

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg
Universitet

Seksualitet som tema i jordemoderkonsultationen?

En kvalitativ undersøgelse af 4 danske jordemødres oplevelser og erfaringer.

Udarbejdet af: Signe Fog-Møller

Studienummer: 20131888

Måned og år: Maj 2015

Vejleder: Birgitte Shantz Lauersen

Anslag: 118.718

RESUME

Titel: Seksualitet som tema i jordemoderkonsultationen? –En kvalitativ undersøgelse af 4 danske jordemødres oplevelser og erfaringer.

Periode: Februar – Maj 2015

Udarbejdet af: Signe Fog-Møller

Vejleder: Birgitte Shantz Lauersen

Masterafhandling ved "Masteruddannelsen i Sexologi", Aalborg Universitet

Baggrund og formål:

De betragtelige fysiske, psykiske og sociale forandringer som kommende forældre oplever under graviditeten, fødsel og barsel har stor betydning for deres seksuelle og intime liv. Parrene efterspørger rådgivning fra sundhedsprofessionelle om seksualitet og samliv, men studier viser at denne information ofte udebliver.

Danske jordemødre har i kraft af en kontinuerlig kontakt med den gravide og hendes partner i jordemoderkonsultationen en unik mulighed for at styrke de kommende forældres intimitet. Der mangler imidlertid viden om danske jordemødres erfaring og oplevelse af at tale om seksualitet med de kommende forældre.

Afhandlingens formål er at få en dybere indsigt i, og forståelse for, de udfordringer, som danske jordemødres har i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner med det perspektiv at optimere den jordemoderfaglige indsats i svangreomsorgen.

Metode:

Afhandlingens metode er kvalitativ med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Empirien er indsamlet via 4 individuelle dybdegående interviews med jordemødre som har varierende erfaring med jordemoderkonsultation. Interviewguiden er udarbejdet ud fra en induktiv tilgang med en struktureret litteratursøgning samt egen forforståelse som baggrund.

Analyse & diskussion:

Analysen afslørede fire hovedtemaer og 10 undertemaer. Temaerne er 1) Seksualitet så følsomt at afventende holdning prioriteres, 2) Synliggørelse af seksualitet i praksis lægges i jordemødrenes hænder, 3) Seksualitet- en væsentlig opgave i konsultationen. 4) Seksualitet og problemer. Jordemødrene oplever flere barrierer som begrænser dem i at talesætte seksualitet selvom de finder temaet væsentligt og har en betragtelig erfaringsbaseret viden på området.

Konklusion:

Jordemødrene begrænses af barrierer som tidsbegrænsning, blufærdighed og fravær af institutionelle retningslinjer på området hvorfor initiativet til at bringe seksualitet op overvejende overlades til den gravide og hendes partner. Der er behov for en institutionel samt uddannelsesmæssig anerkendelse og synliggørelse af seksualitet som et naturligt tema i jordemoderkonsultationen samt en personlig holdningsbearbejdning hos jordemødrene samt mere forskning på området.

ABSTRACT

Title: Sexuality as a theme in the antenatal clinic? – A qualitative research of the perceptions and experiences of 4 Danish midwives.

Period: February – May 2015

Compiled by: Signe Fog-møller

Supervisor: Birgitte Shantz Lauersen

Master thesis: Master of sexology, University of Aalborg

Background and purpose:

The physical, psychological and social changes that expectant parents experience during pregnancy, birth and maternity have a considerable impact on marital relations. Couples demand advice from healthcare professionals, but studies show frequent lacks of relevant information.

Danish midwives have a unique possibility of strengthening the quality of intimacy between couples because of their continuous contacts with the pregnant woman and her partner in the antenatal clinic. But there is a lack of knowledge about how those Danish midwives meet the challenge of mentioning sexuality in order to optimize care.

The aim of the thesis is to gain a deeper insight and understanding of the challenges that meet Danish midwives when vocalizing sexuality. And how to optimize their professional contribution in care in that respect.

Method:

The method of this thesis is qualitative with a phenomenological hermeneutic approach alongside a structured literature search and with the preunderstanding of the author as background.

Analysis and discussion:

The analysis revealed 4 mainthemes and 10 subthemes. The themes are 1) Sexuality as so sensitive that a hesitant approach is being prioritized. 2) Noticeability of sexuality in the antenatal clinic is mostly in the hands of the midwife. 3) Sexuality as an important part of their task. 4) Sexuality as a problem. The midwives experience numerous barriers that limit them in vocalizing sexuality, although they find it important and have a significant knowledge of it based on experience.

Conclusion:

Midwives are curtailed by barriers such as lack of time, a sense of decency and a lack of institutional guideline regarding the area, so that initiating the theme of sexuality is almost entirely up to the pregnant woman and her partner. There is a need of institutional as well an educational recognition and priority of sexuality as a natural theme in the antenatal clinic. Furthermore a need for refinement of certain attitudes among the midwives and more research on the area as a whole.

Indholdsfortegnelse

1 Initierende problem	1
1.1 Begrebsafklaring	2
2 Problemanalyse	2
2.1 Seksualitet under graviditet, fødsel og barsel.	4
2.2 Den gravide og hendes partner - om seksuelle forandringer.	6
2.3 Retningslinjer for jordemødre	7
2.4 Jordemødrenes faglige forudsætninger	9
2.5 Afgrænsning, formål og problemformulering.....	10
3 Litteratursøgning	11
3.1 Strukturert litteratursøgning	12
3.2 Præsentation af inkluderet samt ekskluderet litteratur	13
4 Videnskabsteoretisk referenceramme	15
5 Metode	17
5.1 Det kvalitative forskningsinterview.....	17
5.1.1 Tematisering	17
5.1.1.1 Egen forforståelse	18
5.1.2 Design	19
5.1.2.1 Udvælgelse af informanter	19
5.1.2.2 Rekruttering og præsentation af informanter.	20
5.1.2.3 Ethiske aspekter.	21
5.1.3 Udarbejdelse af interviewguide	21
5.1.3.1 Interviewerens rolle	22
5.1.3.2 Overvejelser om udførelse af interviews.....	23
5.1.4 Transskription	23
5.1.5 Analyse ved hermeneutisk meningsfortolkning	25
6 Analyse og diskussion - rapportering	25
6.1 Seksualitet så følsomt at afventende holdning prioriteres	25
6.2 Seksualitet og problemer	33
6.3 Synliggørelse af seksualitet i praksis lægges i jordemødrenes hænder	34
6.4 Seksualitet – en væsentlig opgave i jordemoderkonsultationen	40
7 Verifikation	41
8 Konklusion	43
9 Perspektivering	44

10 Referenceliste	46
11 Bilagsfortegnelse	51
Bilag 1: Oversigt over litteratursøgningsproces	52
Bilag 2: Oversigt over inkluderet litteratur.....	56
Bilag 3 Information og samtykkeerklæring.....	58
Bilag 4 Interviewguide	59

1 Initierende problem

Seksualitet er en central del af vores liv og har derfor stor betydning for folkesundheden. Således oplyser 9 ud af 10 danskere i et nyere befolkningsstudie, at de anser et velfungerende sexliv for vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt (1).

Sundhedsvæsnets (herefter SST) synliggørelse af det seksuelle aspekt fremgår af sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer for graviditet, fødsel og barsel "Anbefalinger for Svangreomsorgen" (2). De seneste anbefalinger lægger i højere grad end tidligere vægt på seksualitet og forælderroller – temaer, som praktiserende læge og jordemoder ifølge retningslinjerne bør have fokus på at italesætte for de vordende forældre.

Der blev i 2014 født 56.870 børn i Danmark, hvoraf en lille del udgør tvillinger. Omkring 55.500 kvinder gennemgik således i 2014 en graviditet (3).

De betragtelige fysiologiske, psykologiske og sociale forandringer, som parret oplever i graviditeten, kan påvirke seksualiteten i form af ændret lyst hos begge parter og give anledning til usikkerhed og bekymring. Omvendt kan graviditeten knytte relationen tættere i forventningens glæde over det kommende forældreskab. Dette kan få betydning for parrets relation, da intimitet og seksualitet under graviditeten har direkte sammenhæng med deres samliv på længere sigt (4). I løbet af graviditeten konsulterer den gravide og hendes partner en jordemoder op til 7 gange. Dermed har jordemoderen, som den kontinuerlige fagperson, en unik mulighed for at medvirke til at styrke parrets intimitet under familiedannelsen.

Litteraturen peger imidlertid på, at det seksuelle aspekt tilsyneladende undertematiseres, da flertallet af vordende forældre *ikke* modtager den ønskede information og rådgivning omkring seksualitet og samliv fra jordemoderen (4). Ovenstående bekræftes af egen erfaring fra en profession som jordemoder. Seksualitet er et emne som sjældent bringes op hverken blandt kollegaer eller i jordemoderkonsultationen. Denne problematik søges belyst i nærværende afhandling.

1.1 Begrebsafklaring

Familiedannelse

Når betegnelsen 'familiedannelse' anvendes i afhandlingen henvises der til en proces som både omfatter graviditet, fødsel og barselsperioden.

Jordemoderfaglig omsorg

Når begrebet 'jordemoderfaglig omsorg' anvendes henvises til følgende begrebsafklaring fra "etiske retningslinjer for jordemødre":

"Jordemoderfaglig omsorg er samlebetegnelse for jordemoderens fagligt begrundede interaktion med gravide og fødende, deres partnere, ufødte og nyfødte børn, familien efter fødslen og unge fremtidige forældre" (5)

2 Problemanalyse

Følgende problemanalyse vil indeholde en afklaring af begrebet seksualitet som det ses anvendt i afhandlingen. Efterfølgende redegøres der for hvilke seksuelle problematikker som kan have betydning for familiedannelsen og hvorledes disse håndteres af sundheds-professionelle – her lægges vægt på jordemoderens praksis og uddannelse. Til sidst vil de væsentligste pointer fra analysen danne baggrund for en afgrænsning som leder til afhandlingens problemformulering.

Der tegnes ofte et billede af begrebet seksualitet som begrænser sig at fokusere på samleje og sex, men sexologiske erfaringer viser, at seksualitet er en langt mere nuanceret størrelse og begrebet skal derfor forstås i en væsentligt bredere kontekst (6). Således er seksualitet for det enkelte individ i lige så høj grad knyttet til nærhed, ømhed og sanselighed (6). WHO's definition af seksualitet præsenterer en positiv og bred forståelse af begrebet:

"Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, Gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors." (7).

Af ovenstående definition fremgår det, at seksualitet både favner biologiske, psykologiske og sociale dimensioner som i varierende grad indgår i et dynamisk samspil, hvor seksualitet kan udtrykkes på mange måder. Seksualitet er ikke udelukkende knyttet til fysiologiske aspekter men kan for eksempel alene være en mental proces i form af erotiske fantasier og drømme, eller udleveres via kunst og musik. WHO's definition inkluderer alle aldre og seksualitet er derfor en del af vores identitet livet igennem (7).

Seksualiteten spiller en vigtig rolle i vores tilværelse og har stor betydning for livskvaliteten og vores psykosocial trivsel, hvilket afspejles i en dansk befolkningsundersøgelse, hvor omkring 90% af informanterne i alderen 16 til 95 år vurderede at seksualitet er "vigtigt, "meget vigtigt" eller "særdeles vigtigt" for deres samlede trivsel (1). Et velfungerende seksualliv kan derfor betegnes som en indikator for den generelle sundhedstilstand og dermed udgøre en positiv ressource til mestring af sygdom og kriser (6). Omvendt er det påvist at der er sammenhæng mellem seksuel mistrivsel, nedsat sundhed og livskvalitet (6).

Fysisk, psykisk og socialt kan der derfor være store omkostninger forbundet med seksuel mistrivsel, såvel for det enkelte menneske som for samfundet. Set i et folkesundhedsperspektiv er det på denne baggrund væsentligt at beskæftige sig med fremme af seksuel sundhed og forebyggelse af seksuel usundhed i det kliniske felt. WHO arbejdsdefinition af begrebet "seksuel sundhed" anerkender at seksualitet er et samfundsanliggende:

"Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled." (7)

Definitionen er rettighedsbaseret og indebærer at det enkelte menneske for at opnå seksuel sundhed blandt andet har adgang til at modtage adækvat viden om seksualitet, seksualundervisning og diagnosticering, samt behandling af seksuelle dysfunktioner, hvilket er anbefalingen i rapporten "Seksualitet og Sundhed" fra Vidensråd for forebyggelse (8). For at imødekomme anbefalingen er det nødvendigt at sundhedsprofessionelle tilbydes tidssvarende undervisning omkring det seksuelle aspekt og således opnår basale færdigheder inden for almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger (ibid.). Det fremgår af definitionen at der bør udvises en positiv tilgang og dermed en rummelighed til at tale om seksualitet, hvilket nødvendiggør at sundhedsprofessionelle medvirker til at skabe et fordomsfrit aftabuiserende rum.

Foreliggende forskning viser imidlertid en markant diskrepans mellem borgeres ønske om seksuel rådgivning og sundhedsvæsenets udbud af samme (6). Der er risiko for at manglende italesættelse af seksualitet medfører en yderligere tabuisering og en forringet livskvalitet for borgere, hvorfor det er relevant at beskæftige sig med dette dilemma i det sundhedsfremmende arbejde.

Den amerikanske psykiater George L. Engel udviklede i slutningen af 1970'erne den bio-psyko-sociale model i erkendelse af begrænsningerne ved den traditionelt anvendte biomedicinske model, hvis fokus er reduceret til somatisk sygdom og præget af krop-sind dualisme (9). Engels holistiske vinkel går igen i "seksuel sundhed" hos WHO beskrevet som værende omfattet af både biologiske, psykologiske og sociale aspekter (7).

WHO's definition er en udvidelse af Engels arbejde, eftersom det fremgår at sundhed ikke blot er fravær af sygdom eller lidelse (7). Dette indebærer at sundhedsprofessionelle i sexologisk sammenhæng bør inddrage 'det hele menneske' i rådgivningen og anvende en positiv bio-psyko-social sundhedsfremmende tilgang (6).

2.1 Seksualitet under graviditet, fødsel og barsel.

Prof. Dr. Kirsten Von Zydow fandt i en metaanalyse af 59 studier om seksualitet i graviditeten samt efter fødslen, at der er direkte sammenhæng mellem et pars nærhed og seksualitet under graviditeten og kvaliteten af deres samliv på længere sigt (4). Omvendt fremgik det at tilfredshed med parforholdet var relateret til et tilfredsstillende seksualliv under graviditeten (4). Sexologiske erfaringer viser også at parforholdets kvalitet og evne til konfliktløsning, før en eventuel seksuel dysfunktion opstår, er en væsentlig prognostisk faktor i forhold til udvikling af senere seksuelle problemer (6). Det synes at være et problem for mange, idet 1/3 af alle par oplever længerevarende psyko-seksuelle problemer efter fødslen (4).

Familiedannelsen udgør dermed en transition som har stor betydning for seksualiteten og samlivet. Også psykosocialt udgør de nye forælderroller en 'livsomvæltning' for parforholdet, idet faren kan opleve at føle sig overflødig på grund af det tætte samspil mellem mor og barn. Moderen kan opleve at omsorg og nærhed dækkes af barnet, og efterspørger derfor ikke ømhed fra manden (10).

Zydow's studie viser, at der til trods for store relationelle variationer, specielt i 2 trimester, er en tendens til at seksuel lyst, samlejefrekvens og orgasmeevne falder støt gennem graviditeten (4). Efter fødslen ses overvejende nedsat lyst hos kvinder i de første 3-4 måneder (4). Årsagerne til nedsat seksuel lyst er multifaktuelle. I første trimester kan den gravide opleve træthed, kvalme og humørsvingninger som følge af de fysiologiske og hormonelle ændringer (11). Andet og tredje trimester er kendetegnet ved den tiltagende fysiske udvikling af graviditeten. Undersøgelser viser at de gravide oplever seksuelle problemer som dyspareuni 22-50%, ubehag som følge af

kontraktioner af uterus 6-62%, vanskelighed ved samlejestillinger og en følelse af at være mindre attraktiv (4). Frygt for at skade barnet og/eller den gravide er det altovervejende seksuelle problem under graviditeten. Således opgav op mod 50 % af kvinderne, samt 25% af mændene, i ovennævnte metaanalyse at føle sig hæmmet i seksuel aktivitet af denne grund (4). I månederne efter fødslen er seksualiteten ligeledes udfordret. Op mod 70% af kvinder oplever seksuelle problemer som påvirker deres lyst (4). Træthed, urininkontinens, dysparuni som følge af tørhed i skeden, vaginale rupturer og/eller instrumentel forløsning, amning, hormonelle forandringer og negativt bodyimage er nogle af de faktorer som påvirker lysten (4,11).

Den bio-psyko-sociale vinkel som præsenteres indledningsvist i nærværende projekt er underbetonet i majoriteten af undersøgelser på området, idet samleje gøres synonymt med seksualitet og dermed som en dominerende prædikator for et velfungerende seksualliv (4,6,11,12). To nyere undersøgelser af fædres udsagn om hvordan seksualitet opleves, viser et mere nuanceret og komplekst billede af den mandlige seksualitet, som adskiller sig fra den stereotype opfattelse (13,14). Seksualitet defineres i lige så høj grad ved kærtegn, nærhed og intimitet.

Seksuel tilfredshed under graviditeten har i to studier overvejende sammenhæng med relationelle aspekter som intimitet og nærhed set i forhold til samlejefrekvens. Nedtoningen af samleje som altafgørende understreges af hovedparten af de nybagte fædre, som ytrer, at de er indstillede på at udsætte samleje indtil partneren er parat til det (13,14). Ikke desto mindre viser metaanalysen at mænd, ligesom kvinder, oplever nedsat seksuel lyst under graviditeten og efter fødslen men dette til en mindre grad (4). Derimod viste undersøgelserne at kvinders lyst til ømhed forbliver uændret eller stiger under graviditeten.

Mange kvinder i graviditeten samt efter fødslen motiveres til samleje af bekymring for ikke at tilfredsstille deres partner (4). Det tyder på at der forekommer en seksuel asymmetri, som skaber et forventningspres for kvinderne. Tilstedeværelse af en god kommunikation omkring parrets indbyrdes forventning til sexlivet fremhæves af de nye forældre som værende væsentligt for tryk i forholdet (13,15). Dette underbygges af sexologiske erfaringer om, at manglende kommunikation ved seksuel dysfunktion kan lede til konflikter i relationen og følelsesmæssig isolation. (6).

Dårlig psykisk trivsel i form af fødselsdepression rammer hver 10 kvinde og hver 7 mand i Danmark, hvilket ydermere kan påvirke den seksuelle relation, hvorfor det er væsentligt at være opmærksom på at inddrage den kommende far under graviditeten (11). Inddragelse af manden viser sig at være et forsømt område. Således peger et dansk studie fra 1999 af 163 fædres oplevelse af svangreomsorgen på Rigshospitalet i København på at to tredjedele ikke følte sig direkte inviteret til at deltage i svangerskabs kontrol af jordemoderen, og at halvdelen oplevede at jordemoderen eller praktiserende læge ikke henvendte sig direkte dem (16).

Af ovenstående fremgår at familiedannelsen på flere måder er en yderst sårbar periode, og at seksuelle problemer kan risikere at true parforholdet hvilket bekræftes af sexologisk erfaring som viser, at parret ofte først henvender sig med når intimitetsproblemer truer relationen (17). Dette ses ydermere afspejlet i rapporten "Delebørn i tal" fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, hvor det fremgår at 11 % af børneforældre er blevet skilt når barnet når sit tredje leveår (18). På denne baggrund er det nærliggende at undersøge hvorvidt de vordende forældre føler sig "klædt på" til familiedannelsen i relation til det seksuelle aspekt, hvilket vil blive redegjort for i det følgende afsnit.

2.2 Den gravide og hendes partner - om seksuelle forandringer.

Af Zydow's metaanalyse fremgik det at 68% af nye mødre ikke kunne erindre at sundhedsprofessionelle havde nævnt seksualitet i graviditeten, og kun 17 % havde modtaget råd vedrørende samliv 6 uger efter fødslen. 45,5% af 1507 kvinder (svarprocent 60%) i en brugerundersøgelse fra 2010 i Region Hovedstaden angav ikke at have modtaget information omkring "forældreroller, sex og samliv" fra jordemoderen under graviditeten (19). Studierne dokumenterer således en generel underprioritering af det seksuelle aspekt i graviditeten samt i barselsperioden.

I Danmark forsøger et nyt interventions-projekt, "Projekt Nyfødt" fra 2014, at undersøge, samt kvalificere familieforberegende kurser, da der hidtil ikke har kunnet påvises en effekt af disse (20). Projekt Nyfødt består af 4 moduler, hvor vordende forældre mødes i grupper på 5-7 og får undervisning af en jordemoder i graviditeten samt efter fødslen. Indholdet i alle moduler består af temaer som er udviklet på baggrund af forslag til forbedrende tiltag fra brugerne. Et af temaerne "tid til hinanden, ømhed og seksualitet" i første modul "familiedannelse" blev efterfølgende evalueret som værende af "meget relevans" eller "medium relevans" af 87 % af i alt 1037 par, hvilket understreger temaets store interesse (ibid.).

Flere undersøgelser peger på at de nye forældre navnlig savner en bekræftelse fra sundhedsprofessionelle af at kropslige ændringer er forbigående og/eller normale og at de savner rådgivning om de nye forældreroller og mindre seksuel lyst (4,13,15). Det fremgår at den fastlagte efterfødselskontrol derfor opleves frustrerende for flere kvinder og mænd, da fokus fra sundhedsprofessionelle hovedsagelig drejer sig om prævention og det nyfødte barn (13,15). I Zydows's analyse lå fokus for professionel rådgivning i 3 af studierne altovervejende på samleje under og efter graviditeten, hvor 27 % af de kvinder som modtog information fik restriktive råd desangående. I et andet studie fremgår det at 49% af parrene frygter at skade barnet ved samleje, men at kun 29 % havde drøftet dette med deres læge (21). Der ses ingen evidens for samlejeforbud under en normal graviditet og barsel, hvilket er en væsentlig information, da frygt for at skade barn eller mor ved samleje er den største bekymring hos parrene (4,11).

Studierne tyder dermed ikke blot et misforhold mellem den rådgivning som sundhedsvæsenet udbyder og den rådgivning som parrene efterlyser, men også at der ikke altid er fagligt belæg for den givne rådgivning. Ydermere tyder ovenstående analyse på, at der både er tilbageholdenhed overfor at italesætte seksualitet fra den sundhedsprofessionelle, men også fra patienten. Ifølge Graugaard er der ofte tale om et uheldigt "tovejstabu" hvor fagpersonen af hensyn til patientens blufærdighed undgår temaet, mens patienten opfatter fagpersonens tavshed som en nedtoning af emnets relevans og som konsekvens forbliver tavs (6).

Der ses på denne baggrund et behov for større åbenhed og mere information omkring familiedannelsens seksuelle udfordringer fra fagpersoners side. Jordemoderen er den fagperson som hyppigst har kontakt med parret under graviditeten (2). Med baggrund i projektets initierende problem, og med erkendelse af at graviditeten synes at være det mest oplagte tidspunkt at drøfte sex og samliv på, er det i nærværende afhandling valgt udelukkende at fokusere på danske jordemødres rolle og perspektiver i relation til graviditeten for nærmere belysning af emnet.

2.3 Retningslinjer for jordemødre

Danske Jordemødre arbejder med baggrund i Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer "Anbefalinger for Svangreomsorg" (2). Disse retningslinjer har til formål at kvalitetssikre og koordinere en tværfaglig indsats rettet mod gravide med partnere i graviditeten, fødslen og barselsperioden (2). Jordemoderen skal i et tværfagligt samarbejde med praktiserende læger, sundhedsplejersker, og ved komplicerede tilstande en obstetriker eller øvrige specialister, yde en "sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats" og dermed "styrke og bistå kvinden og hendes partner/familie under hele forløbet" (2). Begrebet "sundhedsfremme" er yderligere defineret ved en dialogbaseret "sundhedsrelateret aktivitet" hvor jordemoderen forventes at skabe rammer for at mobilisere patientens handlekompetence, og hvor fokus rettes mod sundhed og væk fra sygdom (2). Under graviditeten har jordemoderen den mest hyppige kontakt med den gravide og hendes partner i form af 4-7 jordemoderkonsultationer da kontrol hos praktiserende læge udgør 3 konsultationer (2).

Det fremgår heraf at jordemoderen, i kraft af den kontinuerlige kontakt til samme gravide, synes at have et reelt udgangspunkt for at arbejde sundhedsfremmende og forebyggende, og derved opbygge en god terapeutisk alliance med plads til nysgerrighed, åbenhed og dialog, hvilket er en vigtig forudsætning for kommunikationen med de vordende forældre omkring samliv og seksualitet (6). I 'Anbefalingerne for svangreomsorg' nævnes begrebet seksualitet i en skematisk oversigt over hvilke aspekter jordemoderen bør have særlig fokus på under samtalerne i graviditetens tre trimestre:

“I 1. trimester bør der især være fokus på kroppens forandring, kvinders og mænds psykologiske processer ved graviditet, forløb af tidligere graviditeter, fødsler og amning, evt. fødselsangst, levevilkår og livsstil med tilbud om intervention i forhold til fx rygestop samt behovet for henvisning til andre instanser, herunder arbejdsmedicinsk klinik eller den kommunale forvaltning”

“I 2. trimester bør der især være fokus på de fysiologiske forandringer, evt. arbejdsmæssige belastninger, forestillinger, viden og erfaringer med amning, tilknytning til det ufødte barn, seksualitet, levevis, forælderroller og identitet”

I 3. trimester bør information og tanker om fødslen, amning, seksualitet, mestring af nye og uvante roller, efterfødselsplanen, barselsperioden og screeningstilbud af det nyfødte barn især være udgangspunkt for samtalerne. Ved behov kan jordemoderen i dette trimester henvise til sundhedsplejen”(2)

Af oversigten fremgår det at jordemoderen, blandt andet, skal have seksualiteten for øje i 2 og 3 trimester. Målet for samtalen i jordemoderkonsultationen er, ifølge ”SST’s anbefalinger”, ikke kun at vidensoverføre, men også ”at give kvinden og hendes partner mulighed for at diskutere og strukturere den megen information som præsenteres i graviditeten, så informationen bliver overskuelig og brugbar” (2). Der lægges dermed op til en dialog, hvor jordemoderen i udgangspunktet er initiativtager. Anbefalingerne konkretiserer ikke nærmere begrebet seksualitet eller hvorledes dette tænkes implementeret - således fremkommer ordet ”seksualitet” tre steder i den skematiske oversigt uden yderligere uddybning.

Det tyder på at der forekommer en forventning om, at jordemoderen selv definerer hvordan, og i hvilket omfang, seksualitet italesættes og inddrages – en undtagelse er dog seksuelle overgreb, hvor det andetsteds i SST’s tekst eksplicit fremgår at fagpersonen, for at identificere overgrebet, anbefales at spørge direkte ind til seksualitet og ofte gentagne gange (2). Ifølge SST’s anbefaling skal den tilbudte information ”så vidt muligt være evidensbaseret”, og være tilpasset den gravide og hendes partners behov og forudsætninger, herunder kulturel diversitet (2). Dette afspejles i autorisationslovens § 17, hvor det fremgår at jordemoderen er forpligtet til: ”at holde sin uddannelse ved lige, følge udviklingen inden for jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen” (22). Det er ikke den enkelte jordemoders ansvar alene at opkvalificere sin viden da kvalitetsudvikling, herunder relevante efteruddannelsesstilbud i svangreomsorgen, påhviler landets regioner (2,23). Rapporten ”Patient Empowerment i Region Hovedstaden 2012” henviser til at ledelsen på de enkelte sygehuse, som et led i at styrke patientens egne ressourcer, blandt andet har ansvar for kompetenceudvikling, uddannelse af personalet samt tilvejebringelse af informationsmateriale i de enkelte afdelinger (23). Rammerne

for jordemødrenes konsultationspraksis er dermed også afhængig af, hvorledes det enkelte fødested fortolker og udmønter sundhedsstyrelsens retningslinjer. En lille undersøgelse af 2 danske jordmødres 23 konsultationer viste, at jordemødrene i deres praksis reproducerede traditionelle kønnede positioner og derudover hierarkier relateret til etnicitet, race og klasse (24). Dette tyder på, at der ikke blot eksisterer et potentiale for opkvalificering af synlige lokale retningslinjer og jordemødres viden, men også et behov for en holdningsbearbejdende kultur. På denne baggrund synes det relevant at undersøge, hvorvidt jordemødrene overhovedet har de nødvendige faglige forudsætninger for at italesætte seksualitet, hvilket vil blive belyst i følgende afsnit.

2.4 Jordemødrenes faglige forudsætninger

Ifølge "Studieordningen for professionsbachelor i jordemoderkundskab" under beskrivelse af jordemoderens virksomhedsområde "*kan jordemoderen varetage undervisning, formidling, vejledning og rådgivning inden for sundhed, familieplanlægning, seksualitet og samliv, forældreskab og familiedynamik*" (25). Den jordemoderstuderende forventes at opnå disse kompetencer gennem studiets teoretiske og kliniske del. Ifølge studieordningen udgør teoretisk undervisning i sexologi og gynækologi 0,5 ECTS point af uddannelsens samlede teoretiske 105 ECTS (25). Desuden kvalificerer studiet jordemoderen yderligere gennem sundheds, natur, human og samfundsvidenskabelige fagområder. Disse udgøres blandt andet af fag som jordemoderkundskab, etik, psykologi, pædagogik, kommunikation, anatomi/fysiologi og sociologi - fag som alle relaterer sig til begrebet seksualitet i varierende grad, og inkluderer aspekter af WHO's brede bio-psyko-sociale definition af seksuel sundhed (7,25).

Det fremgår af målbeskrivelsen for humanistiske fag, at "de studerende skal kunne analysere kvindens og familiens livssituation, samt være i stand til at yde jordemoderfaglig omsorg i alle faser af graviditet, fødsel og barselsperiode" (25). Dette indebærer at jordemoderen dels skal informere samt spørge ind til seksualitet for at klarlægge eventuelle problemer, og dermed kunne rådgive de vordende forældre, men også informere om at ændringer i den seksuelle relation er normale og forbigående.

Mona Hansen skriver i sin bog "Når seksualitet tages alvorligt" at almen viden om seksualitet ofte er tilstrækkeligt til at hjælpe mennesker med seksuelle problemer (26). Ifølge Graugaard kan blot at italesætte det seksuelle aspekt virke afdramatiserende i forhold til patientens bekymringer (6). Jordemødre har med disse argumenter umiddelbart et solidt teoretisk afsæt for at kunne bringe seksualitet op på et informations, vejlednings og rådgivningsniveau.

Sexologisk viden skal, for at integreres i jordemoderpraksis, formidles, hvorfor egenskaber som kommunikationsevne, empati, lydhørhed og indfølelse er afgørende for den sundhedsprofessionelle (26). Forudsætningen for at bruge disse færdigheder i praksis fordrer endvidere

træning (26). Jordmoderuddannelsen består af 50 % klinisk praksis. Dette er i klinisk henseende omsat til 30 timers direkte patientkontakt om ugen (25). I løbet af studiet varetager en jordmoderstuderende i samarbejde med en jordmoder blandt andet 34 jordmoderkonsultationer svarende til 22,5 ECTS, og dermed omsorgen for 510 gravide med eller uden partner (25). Deraf fremgår at muligheden for at træne kommunikative egenskaber relateret til samliv og seksualitet synes at være til stede. Opnåelsen af disse kompetencer er dog betinget af, at den studerende oplever at jordmoderen introducerer temaet i praksis.

Afhandlingens problemanalyse har tydeliggjort et betydeligt fravær af det seksuelle tema i jordmoderkonsultationen og det kan derfor påpeges, at der er en risiko for at den seksuelle dimension yderligere tabuiseres. Ovenstående analyse indikerer at jordmødre, til trods for at de umiddelbart har gode uddannelsesmæssige forudsætninger for at inddrage seksualitet, fortsat står over for udfordringer som begrænser dem. Slutteligt leder denne problematik til en afgrænsning i nærværende afhandling som beskrives i følgende afsnit.

2.5 Afgrænsning, formål og problemformulering

I ovenstående problemanalyse er der blevet gjort rede for hvorledes seksualitet er af stor betydning for folkesundheden. Det er med afsæt i den indledningsvise problemstilling vedrørende undertematisering af seksualitet i graviditeten, og på baggrund af eksisterende litteratur på området, blevet belyst at familiedannelse kan medføre væsentlige ændringer for parrets seksuelle og intime liv, hvilket kan få markant betydning for parforholdet. Gennem problemanalysen er det påvist at der eksisterer en væsentlig diskrepans mellem de kommende forældres efterspørgsel af sexologisk og parforholdsrelateret rådgivning, og sundhedsprofessionelles udbud af samme. I afhandlingens afgrænsning med fokus på jordemødres samtale om seksualitet i graviditeten, har problemanalysen tydeliggjort at jordemødre umiddelbart ses at have tilstrækkelig uddannelsesmæssig kompetence til at inddrage det seksuelle tema, men at deres overordnede retningslinjer på området er uklare.

Da det således er uvist om de uklare retningslinjer har afgørende betydning for jordemødres italesættelse af seksualitet, eller om der eksisterer andre begrænsende faktorer, finder nærværende afhandling det relevant at rette fokus mod jordemødrenes eget perspektiv. Problemanalysen identificerer således afhandlingens formål og problemformulering således:

Formål:

Formålet med afhandlingen er at få en dybere indsigt i, og forståelse for, de udfordringer, som danske jordemødre har i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner med det perspektiv at optimere den jordemoderfaglige indsats i svangreomsorgen.

Problemformulering:

Hvilken erfaring og oplevelse har danske jordemødre i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner?

På baggrund af afhandlingens problemanalyse, som har ført til ovenstående formål og følgende eksplorative og åbne problemformulering, er det relevant at belyse hvilke faktorer som har betydning for jordemødres *manglende* italesættelse af seksualitet, hvilket er udgangspunktet for næste afsnits litteratursøgning.

3 Litteratursøgning

Problemformuleringen har fokus på jordemødres oplevelser af temaet seksualitet i konsultationen, hvorfor afhandlingen tager udgangspunkt i humanvidenskabelig metode som anvender kvalitativ forskning til indsamling af empiri (27). Der er udarbejdet en struktureret litteratursøgning, som har til formål at afdække eksisterende viden i relation til problemformuleringen og sikre at afhandlingen placeres i en faglig kontekst og dermed udgør et gyldigt bidrag til videns- og kompetenceudvikling i forskningsbaseret praksis (28).

Det er valgt at foretage søgninger efter kvalitativ empiri i databaserne PubMed, CINAHL og PsycInfo da databaserne indeholder sundhedsfaglige forskningsartikler af mulig relevans for projektet hvor specielt CINAHL indeholder kvalitative artikler rettet mod jordemoderkundskab. Ligeledes indeholder PsycINFO kvalitative artikler inden for sundhedsvidenskab. Der er foretaget søgning på 3 databaser for at få et bredt fagligt perspektiv. Foruden den strukturerede litteratursøgning er der foretaget kædesøgninger samt ustrukturerede fritekstsøgninger i Google Scholar og på Bibliotek.Dk. Søgningen er foretaget med følgende begrænsninger: abstracts available; humans og peer reviewed. Søgningen blev foretaget systematisk ved anvendelse af udvalgte søgeord samt en kombination af disse og ved at anvende bloksøgning og de booleske søgeoperatorer OR og AND. Da den indledende søgning viste sig at fremkomme med få hits er det i nærværende speciale valgt at anvende søgeordene "postnatal" og post "partum period" som yderligere inkluderer tiden efter fødslen.

De udvalgte søgeord er som udgangspunkt kontrolleret i databasernes tesaurus eksempelvis PubMed's "Mesh-database" for at præcisere søgningen (28).

Nedenstående tabel (tabel 1) viser de valgte emneord.

Facet 1 Subjekt	Facet 2 Theme	Facet 3 Intervention	Facet 4 Outcome
Midwifery Nurse midwife Midwives	Sexuality Sex Intimacy Sexual behavior Pregnancy Pregnancy psychology Postnatal Post partum period Post partum	Qualitative Qualitative research Interview	Knowledge Attitudes Attitudes to sexuality Practice

Tabel 1: Oversigt over de anvendte emneord.

3.1 Struktureret litteratursøgning

Gennem den strukturerede litteratursøgning fremkom et antal hits ved bloksøgning og kombinationer af disse. Den komplette søgehistorie er dokumenteret i Bilag 1-3.

De søgte forskningsartikler blev indledningstvist valgt ud fra overskriften og hvis denne fandtes relevant blev studiets abstract yderligere gennemlæst og vurderet. Endelig udvalgte artikler blev efter gennemlæsning fundet brugbare ud fra valgte inklusions- samt eksklusionskriterier. Disse illustreres i nedenstående tabel (tabel 2).

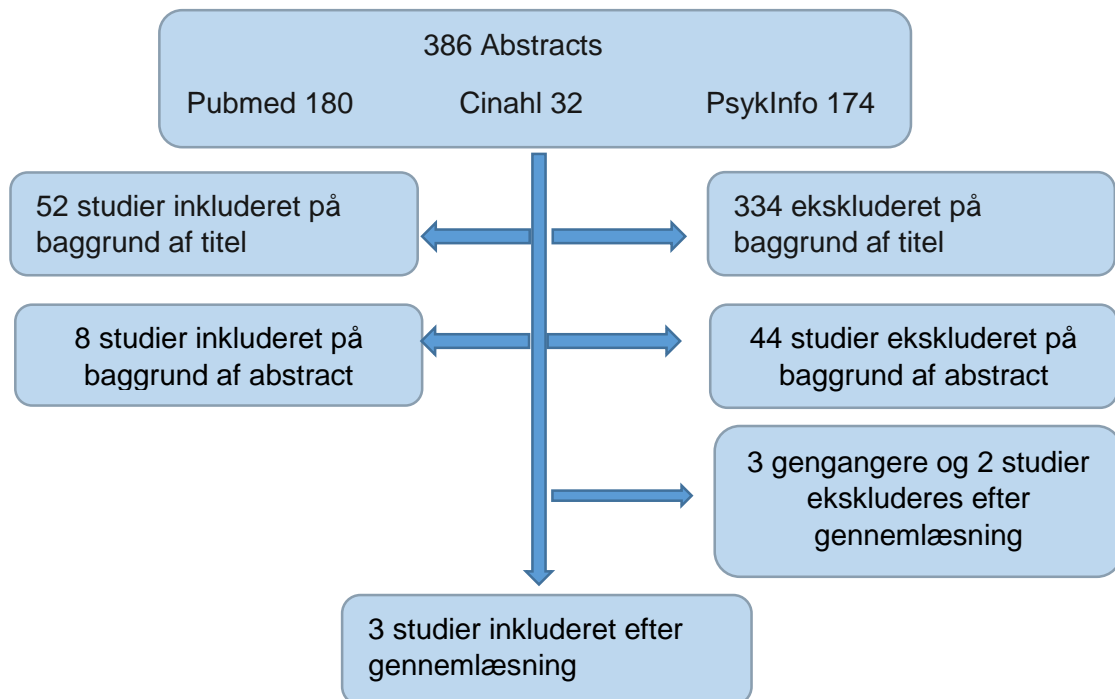
Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artikler som har jordemødre som population. • Artikler som omhandler jordemødres oplevelse med par i graviditeten samt efter fødslen. <p>Litteraturstudier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitative studier baseret på interviews og/eller spørgeskemaer tilrettelagt kvalitativt. • Artikler fra lande sammenlignelige med Danmark – kulturelt samt uddannelsesmæssigt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler som har flere faggrupper inddraget som population. • Artikler uden abstracts. • Artikler med ugenomsigtig forskningsmetodik.

<p>Nøgleområder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artikler som har hovedvægt på jordemoderens perspektiv – holdninger, erfaringer og oplevelse. • Seksualitet som temaområde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler med hovedvægt på den gravide/partners perspektiv.
--	--

Tabel 2: Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier.

3.2 Præsentation af inkluderet samt ekskluderet litteratur

Følgende afsnit vil præsentere litteratursøgningens resultater, baggrunden for valg af in- og ekskluderede studier, samt en kort beskrivelse af endeligt inkluderet materiale. Overordnet resulterede søgningen i sparsomt kvalitativt materiale om jordemødres udsagn i relation til seksualitet. I søgningen fandtes overvejende svenske studier– ingen danske. Da overførbareheden fra svensk til dansk kontekst vurderes som værende høj er det i nærværende speciale valgt udelukkende at inkludere svenske studier. Den strukturerede litteratursøgning resulterede i inkludering af tre relevante studier ud fra de givne søgekriterier- to blev fravalgt efter gennemlæsning og tre studier udgjorde dubletter og blev fravalgt. Den samlede strukturerede søgningsproces fremgår af nedenstående figur 2.



Figur 2: Oversigt over litteratursøgningsprocessen

To studier blev fravalgt efter gennemlæsning af følgende grunde: et studie af Bente Spidsberg og Venke Sørliie om jordemødres møde med lesbiske kvinder fravælges da fokus for undersøgelsen ikke er seksualitet (29). Et studie af Leval et al. om jordemødres oplevelse af mødet med infibulerede somaliske kvinder fravælges da overvejende fokus for undersøgelsen er kulturelle forskelle og kommunikationsvanskeligheder (30). De tre inkluderede studier af Kerstin E. Edin og Ulf Högberg, Leval et al. og Olsson et al. er af kvalitativ karakter med interviews som metode enten i form af fokusgruppe interview eller individuelle interviews (31-33). De inkluderede studier er kritisk vurderet efter "Fortolkning og vurdering af beviser" af Stoltz et al. (34) –denne vurdering samt en oversigt over studierne fremgår af bilag 4 - 6. De tre studier har forskellige tematikker, hvilket vanskeliggør en beskrivelse på tværs af studierne, hvorfor de beskrives enkeltvis. Der tages i beskrivelsen udgangspunkt i problemformuleringens spørgsmål om hvilke oplevelser og erfaringer jordemødre har med samtale om seksualitet.

Edin og Högberg`s studie om jordemødres erfaring, viden, holdning og rutiner med at identificere vold/sekuelle overgreb overfor gravide, viste at jordemødre fandt det udfordrende at spørge ind med mindre der forelå en stærk mistanke om aktuelle overgreb (31). Yderligere fandt jordemødrene at et tillidsforhold, og dermed et godt kendskab til den gravide, var en væsentlig forudsætning for at udsørge kvinden om overgreb, hvorfor de ved mistanke tilrettelagde ekstra konsultationer (ibid.). Andre faktorer, som gjorde det svært at afdække aktuelle overgreb, var den gravides indelukkethed og uvilje til at dele problematikken med jordemoderen. Jordemødrene tolker årsagen som skam eller frygt (ibid.). Jordemødrene i studiet af Edin og Högberg anerkender at en udredning af eventuel pågående seksuel vold er deres pligt, men anser temaet for at være tabuiseret og derfor vanskeligt at tilgå på grund af risiko for at kompromittere den enkelte gravide (ibid.). Jordemødrenes udredning blev yderligere vanskeliggjort af manglende lokale retningslinjer på området, både i forhold til henvisningsmuligheder og interventionsstrategier, men også i relation til selve håndteringen af den voldsramte gravide og hendes partner (ibid.).

Temaet i studiet af Leval et al. er jordemødres holdning og oplevelse af infibulerede afrikanske gravides seksualitet og kønsrolle (32). Forfatterens analyse af jordemødrenes fokusgruppe-diskussion var, at flertallet af jordemødrene opfatter infibulation som et indgreb der fratager kvinden sin seksualitet og hun beskrives derfor af jordemødrene om et aseksuelt offer (ibid.). Flere af jordmødrene i studiet giver tydeligt udtryk for, vrede, sorg og frustration over indgrebet og associerer infibulation med en maskulin dominans over kvinder (ibid.).

Den beskrevne stereotype manderolle bekræftes paradoksalt nok ikke altid i det faktiske møde med de vordende fædre hvor jordemødrene oplever dem som omsorgsfulde og ydmyge over for deres gravide/fødende partner (ibid.). Jordemødrenes indbyrdes diskussion viser at de har mange ubesvarede spørgsmål omkring infibulation og at de er nysgerrige efter mere viden på

området, men at de trods dette ikke opsøger denne viden. Sammenfattende vidner Leval's studie om jordemødrenes usikkerhed og manglende viden om infibulerede kvinder seksualitet, hvilket muligvis forårsager at seksualitet slet ikke italesættes eller spørges ind til. Den beskrevne ambivalens i relation til den mandlige kønsrolle præsenteret i studiet, samt de udtalte negative værdier som karakteriserer denne, kan yderligere tænkes at hæmme jordemoderen i at kommunikere åbent og neutralt om det seksuelle aspekt.

Olsson et al.'s studie: "Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check" omhandler svenske jordemødres refleksioner om at tale sex og samliv med parret ved en helbreds kontrol 2-3 måneder efter fødslen (33). Jordemødrenes refleksioner over hvad der begrænser dem i at tale om seksualitet centrerer sig om manglende tid, utilstrækkelig sexologisk viden, frygt for at overskride parrets men også egne grænser og kommunikative vanskeligheder med par af anden etnicitet (ibid.). Det fremgår ydermere at temaet seksualitet opfattes som et følsomt emne, som kun bliver italesat på kvindens initiativ eller at jordemoderen fornemmer et behov hos kvinden (ibid.).

Ovenstående gennemgang af de inkluderede forskningsartikler peger på flere forskellige årsager til at jordemødre afholder sig fra at italesætte seksualitet. Da de præsenterede studier udelukkende er svenske og er af beskedent omfang samt er domineret af specielle problematikker, er det ikke muligt at generalisere de beskrevne barrierer, dog kan det antydes at de udfordringer jordemødrene møder både har sammenhæng med institutionelle, relationelle samt vidensrelaterede aspekter. Da der eksisterer sparsom viden på området, og da afhandlingens problemanalyse har tydeliggjort at seksuel sundhed spiller en vigtig rolle i familiedannelsen, finder nærværende afhandling det væsentligt at få indblik i danske jordemødres *erfaring i og oplevelse* af hvorledes og i hvilket omfang den seksuelle dimension italesættes og synliggøres i jordemoderkonsultation. Afhandlingen lægger dermed op til forskning, hvor den kvalitative metode, hvis udgangspunkt er at tilnærme sig en forståelse af centrale temaer i den interviewedes livsverden, vurderes bedst egnet (35). På baggrund af dette samt problemformuleringens åbne karakter benyttes en fænomenologisk- hermeneutisk forståelsesramme i afhandlingens problembearbejdelse (35).

4 Videnskabsteoretisk referenceramme

I følgende afsnit gøres rede for brug af afhandlingens videnskabsteoretiske referenceramme med inddragelse af det fænomenologiske og hermeneutiske paradigme.

Udgangspunktet for fænomenologisk forskning er at forstå menneskers handlinger og adfærd - deres livsverden ud fra eget perspektiv (35). Fænomenologien anvendes da det er

jordemødrenes personlige oplevede erfaringer som søges belyst, hermed tilstræbes det at opnå et nuanceret og virkelighedsnært billede af jordemødrenes hverdag og deres konkrete livsverden i relation til afhandlingens problemformulering (ibid.). Afhandlingens udarbejdede spørgsmål til indhentning af empiri samt selve interviewprocessen foregår i en fænomenologisk forståelsesramme, hvor det således tilstræbes at processen sker på en åben, og ikkefortolkende måde, hvorved informanternes subjektive oplevelse anerkendes. Denne fremgangsmåde er valgt, da manglende viden i relation til problemfeltet er aktuelt, hvorfor problemformuleringen har en bred og eksplorativ ordlyd, som argumenterer for anvendelse af fænomenologisk tilgang, hvis formål er at synliggøre allerede eksisterende viden hos jordemødrene.

Fænomenologiens grundlægger filosof Edmund Husserl introducerer begrebet 'epoché' – at holde tilbage, som indebærer, at forskeren som beskrevet sætter egne forhåndsantagelser i parentes og dermed forholder sig neutralt til det studerede fænomen (36). Dette indebærer at informantens egen oplevelse af de fænomener, som er i spil, ikke påvirkes af undersøgerens forforståelse (ibid.). Husserls elev Martin Heidegger modificerer fænomenologien med en hermeneutisk drejning idet hans interesse er den menneskelige "væren i verden", og spørgsmålet er dermed at opnå en forståelse af menneskets eksistentielle væren gennem *fortolkning* (37). Hermeneutikken inddrager egen forforståelse som et aktivt element i at opnå ny forståelse af et givet fænomen, som for eksempel jordemødres oplevelse af at tale om seksualitet. Formålet med hermeneutisk analyse er dermed at komme fra konkrete beskrivelser gennem meningsfortolkning til en ny forståelse af hvordan jordemoderen erfarer sin verden (ibid.).

Gandamer sætter i analysearbejdet fokus på tekstens indehold af eksplicite og implicite budskaber en såkaldt "forståelseshorisont" som fortolkeren bevidst må forholde sig til og møde med egen forståelseshorisont. (ibid.). Dette "møde" med teksten genererer en ny forståelse hos fortolkeren også benævnt "horisontsammensmeltning" (ibid.). Ifølge Gandamer er det en nødvendig forudsætning at fortolkeren i denne proces forsøger at forholde sig åbent og dermed være villig til at ændre på egne forudfattede meninger og altså egen forforståelse, hvilket indebærer at fortolkeren må gøre sig denne bevidst (35). Tilgangen er således en kontinuerlig cirkularitet – også kaldet *den hermeneutiske cirkel*, hvor fortolkeren i gensidig vekselvirkning med teksten –og ved at sætte sin forforståelse i spil får mulighed for at møde umiddelbart uforståelige "horisonter", der rykker ved forforståelsen og fører til ny erkendelse (37). En anden forudsætning er at fortolkningen sker i en stadig bevægelse mellem helhed og enkeltdele i teksten, således at de enkelte dele forstås ud fra helheden, mens helheden omvendt forstås ud fra de enkelte dele (35). På baggrund af ovenstående tætte interaktion med data er det væsentligt at forskeren ekspliciterer sin forståelseshorisont hvilket vil blive beskrevet i følgende metodeafsnit.

5 Metode

Følgende metodeafsnit indeholder afhandlingens metodologiske overvejelser samt strukturelle fremgangsmåder.

5.1 Det kvalitative forskningsinterview.

Det er i denne afhandling valgt at benytte en kvalitativ metode som ifølge Launsø og Rieper interesserer sig for at forstå og indfange hvordan mennesker beskriver, opfatter og konstruerer mening, hvorfor denne findes velegnet at anvende i forhold til problembearbejdningen samt problemformuleringen (38). Da hensigten med afhandlingen er at gå i dybden og derved opnå et grundigt kendskab til jordemødrenes oplevelser og erfaringer, ses den kvalitative metode yderligere som et hensigtsmæssigt valg (ibid.). Til indsamling af empiri er det kvalitative forskningsinterview valgt, da dette ifølge Kvale og Brinkmann forsøger at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser og afdække deres livsverden (35). Ifølge Kvale er en væsentligt forudsætning for interviewets kvalitet at processen op til selve interviewfasen er grundigt forberedt (ibid.). Kvale præsenterer i bogen "Interview –introduktion et håndværk" syv faser til hvorledes et kvalitativt interview gennemføres, hvilket i det følgende afsnit vil blive anvendt til at strukturere præsentationen af de enkelte elementer i interviewprocessen og kvalificere afhandlingens interviews (35). De syv faser benævnes:

Tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering.

Verifikationsfasen vil blive beskrevet efter rapporteringsafsnittet.

5.1.1 Tematisering

Tematisering er en formulering af undersøgelsens formål, tema og metode i nævnte rækkefølge hvilket vil blive præsenteret i dette afsnit. Undersøgelsens formål er identificeret under afsnittet "formål" i nærværende afhandlings problemanalyse:

Formålet med afhandlingen er at få en dybere indsigt i, og forståelse, for de udfordringer, som danske jordemødre har i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner med det perspektiv at optimere den jordemoderfaglige indsats i svangreomsorgen.

Undersøgelsens tema er identificeret i problemformuleringen som et produkt af det initierende problem samt problemanalysen:

Hvilken erfaring og oplevelse har danske jordemødre i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner?

Ifølge Kvale indebærer tematisering at forskeren som en forudsætning har viden om undersøgelsens emne for at kunne stille relevante spørgsmål (35). Dette understreges yderligere af Launsøe og Rieper idet "afgrænsningen af rammen vil afhænge af forskerens faglighed og perspektiv på undersøgelsesfeltet" (38). På denne baggrund, samt med afsæt i nærværende afhandlings videnskabsteoretiske forståelsesramme, som fordrer positionering af egen forforståelse, vil denne blive ekspliciteret i følgende afsnit.

5.1.1.1 Egen forforståelse

Med baggrund i 24 års arbejds erfaring som basisjordemoder, heraf 10 år som uddannelsesansvarlig jordemoder for jordemoderstuderende, opnået viden fra uddannelsen "Master i sexologi", samt nærværende speciales inkluderede litteratur og problemanalyse, opstilles følgende for-forståelser i nævnte rækkefølge:

Seksualitet er et tema som kollegaer sjældent taler med hinanden om. Jordemoderstuderende i klinisk praktik fortæller at de sjældent oplever, at deres kontaktjordemoder uopfordret taler med den gravide og hendes partner i jordemoderkonsultationen om seksualitet. De oplever overvejende at information om seksualitet begrænser sig til jordemoderens udlevering af pjecen fra Sex og Samfund "Når 2 bliver til 3 – hvad så med sexlivet? ved første graviditets undersøgelse. Egen erfaring er at parret under graviditeten sjældent tager initiativ til at tale om seksualitet og sexliv med mindre de oplever problemer som kontaktblødning efter samleje og frygt for at gøre skade på barnet i sammenhæng med samleje. Parrenes bekymring har medført et øget fokus på den seksuelle dimension og efterfølgende italesættelse af temaet. Jeg har således erfaret at den gravide og hendes partner ofte er interesserede i at tale om seksualitet og samliv. Afhandlingens problemanalyse samt inkluderet litteratur har tilført supplerende/cementerende viden til egen forforståelse i form af følgende:

Seksuel sundhed udgør en vigtig sundheds og trivselsfaktor for livskvaliteten, hvilket gør det væsentligt at beskæftige sig med i et folkesundhedsperspektiv (1,6,7). Familiedannelsen er en sårbar periode hvor seksualitet og samliv forandres på det biologiske, psykologiske og sociale plan hvilket både kan udgøre en trussel for relationen men også være en kilde til større intimitet (4,6,10,11,13,15,16,18). Seksualitet er et tema som underprioriteres i svangreomsorgen da omkring halvdelen af alle gravide par ikke erindrer at have modtaget information og rådgivning om emnet fra egen læge eller jordemoder Seksualitet og samliv et temaer som den gravide og hendes partner finder væsentlige; trods dette tyder det på, at der eksisterer et tovejstabu som hæmmer samtale om seksualitet (6). Retningslinjerne for sundhedsprofessionelles inddragelse af den seksuelle dimension under graviditeten er uklare, hvilket kan medføre, en undertematisering af emnet eller at rådgivningen bliver ukvalificeret (2,24). Jordemødre har

umiddelbart en solid teoretisk baggrund for at tale om seksualitet og samliv, dog dokumenterer litteraturen samt tilbagemeldinger fra jordemoderstuderende at temaet underprioriteres i klinisk praksis (19).

Jordemødres erfaring og oplevelse af samtale om seksualitet under familiedannelsen er sparsomt belyst i litteraturen, dog peger jordemødre i tre svenske studier på at betydende faktorer som manglende viden, manglende tid, relationen til kvinden og hendes partner, det følsomme tema, samt fravær af lokale retningslinjer begrænser dem (15,31,32).

Identifikation af forfatterens forforståelse har dannet udgangspunkt for en grundigt forberedt interviewguide som ifølge Kvale skaber forudsætning for tilføjelse og integration af ny viden. Overvejelser over udformning af interviewguide vil blive præsenteret i Kvales fase tre ”interview” (35). Afhandlingens forforståelse danner ydermere grundlag for valg af metode. Det er således valgt at benytte det individuelle interview som metode, da specialets hensigt er at producere data om enkeltindivers oplevelse og erfaring, modsat fokusgruppeinterview som er bedre egnet til at producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer (37). Kvale anbefaler at udføre fokusinterview når det drejer sig om følsomme, tabubelagte emner, da gruppesamspillet kan facilitere normalt utilgængelige synspunkter (35). I modsætning til dette synspunkt mener Rieper og Launsøe at individuelle interview er at foretrække ved emner af mere privat karakter, hvilket synes at være tilfældet for jordemødre jævnfør egen forforståelse (38). Slutteligt argumenterer Brinkmand og Tanggaard for at det individuelle interview er velegnet til at få en dybere indsigt og større nuancer i de interviewedes livsverden, hvilket nærværende afhandling tilstræber (36).

5.1.2 Design

*Design*fasen består i at planlægge undersøgelsens design. Processen indebærer overvejelser over hvilke og hvor mange informanter der vælges, praktiske foranstaltninger omkring dataindsamling, udarbejdelse af interviewguide, etiske aspekter og interviewerens rolle (35).

5.1.2.1 Udvælgelse af informanter

Valget af informanter til nærværende speciales undersøgelse er foretaget på baggrund af flere overvejelser. Udvælgelse af informanter foretages med det sigte, at de skal kunne bidrage til at belyse problemformuleringen, da formålet ved kvalitative forskningsinterviews er at generere brugbar viden (35). Det er på baggrund af nærværende afhandlings ressourcer og omfang valgt at inkludere 4 jordemødre hvilket ikke opfylder Kvales anbefaling om at ”interviewe tilpas mange informanter” indtil der opnås et mætningspunkt i den indsamlede empiri eller opnå *statistisk generaliserbarhed* (ibid.). Nærværende speciales *formål* om at: ” få en dybere indsigt i og forståelse for jordemødres udfordringer”, vurderes imidlertid opnåeligt med det valgte design. Der

er på denne baggrund foretaget en kriteriebestemt strategisk udvælgelse af 4 jordemødre som informanter hvilket illustreres i nedenstående tabel 3 (27):

<ul style="list-style-type: none">• Jordemoderen skal have mindst 1 års anciennitet og erfaring med egen konsultation og dermed kontinuerlig kontakt med samme gruppe af gravide.• Jordemoderen skal tale dansk og have ansættelse i Danmark.• Jordemoderen må ikke have specialkonsultation, der primært henvender sig til gravide med specielle problematikker.• Jordemoderen må ikke have efteruddannelse som sexolog.
--

Tabel 3: in- og eksklusionskriterier for inkluderede interviewpersoner.

Baggrunden for ovenstående in- og eksklusionskriterier er baseret på en intention om at belyse den daglige og generelle inddragelse af temaerne seksualitet og samliv i jordemoderkonsultationen hvorfor informanten skal være fortrolig med det danske sprog og kultur. Da yderligere kvalifikation i sexologi ikke er påkrævet af en "almindelig jordemoder" udgør dette et eksklusionskriterie.

5.1.2.2 Rekruttering og præsentation af informanter.

Rekruttering af informanter blev foretaget af en nøgleperson som var bekendt med in- og eksklusionskriterierne. Nøglepersonen samt informanterne blev rekrutteret fra en anden obstetrisk afdeling end forfatterens arbejdsplads for at undgå personlig kendskab til informanterne, hvilket ifølge Kvale er væsentligt for at interviewereren under samtalen opretholder en neutral professionel afstand. (35). Nøglepersonen fik tilsendt "Informations og samtykkeerklæring" som blev introduceret for interesserede informanter (bilag 3). Informanterne mailede herefter deres samtykke om deltagelse til afhandlingens forfatter.

Nærværende afhandling erkender at det anvendte frivillighedsprincip kan udgøre bias idet interesserede informanter kan have en særinteresse for temaet og dermed skævvride den indsamlede empiri, hvilket kan påvirke undersøgelsens validitet (35). I det tilsendte materiale er afhandlingens formål og tema ekspliciteret hvilket er hensigtsmæssigt for at "modvirke vildledelse" af informanterne (ibid.). De interesserede informanter tog egenhændigt kontakt til afhandlingens forfatter med accept om deltagelse, hvilket formodes yderligere at sikre frivillighedsprincippet. Nøglepersonen rekrutterede 7 jordemødre hvoraf 3 blev fravalgt ud fra afhandlingens overvejelser om informanternes anciennitet og formodede erfaringsgrundlag.

Hermed tilføjes en yderligere strategisk udvælgelse- idet afhandlingen ønsker at undersøge hvorvidt anciennitet og dermed den uddannelsesmæssige kontekst har betydning for italesættelse af seksualitet i jordemoder-konsultationen. Følgende tabel (tabel 4) viser de inkluderede informanter.

Køn	Alder	Anciennitet som jordemoder med konsultationserfaring.
Kvinde	29	1 ½ år
Kvinde	34	8 ½ år
Kvinde	63	38 år
Kvinde	58	39 år

Tabel 4: Inkluderede informanter registreret november 2014

5.1.2.3 Ethiske aspekter.

Afhandlingen er omfattet af "Ethiske retningslinjer for jordemødre" hvoraf det fremgår at "forskning inden for jordemoderfaget vedkender sig de videnskabsetiske principper der tjener til beskyttelse af individet" (5). Afhandlingens undersøgelse er på denne baggrund blevet præsenteret til Datatilsynet samt Videnskabsetisk Komité ved telefonkontakt, hvor tilbagemeldingen var at der ikke stilles krav om anmeldelse, da der ikke er tale om opbevaring af personfølsomme oplysninger. I den tilsendte samtykkeerklæring fremgår det at der er tale om frivillig deltagelse, at det til enhver tid er muligt at trække sig fra projektet, at forskeren har tavshedspligt og at indhentede data anonymiseres og behandles fortroligt (bilag 3).

De beskrevne informationer er inkluderet i de overvejelser som forskeren bør foretage i henhold til etiske retningslinjer (35). Fortrolighed inden for forskning indebærer at identifikation af informanten ikke er mulig i det præsenterede materiale hvilket informanterne i nærværende afhandling er skriftligt oplyst om (ibid.). Informanterne har ved interviewets indledning fået repeteret oplysningerne vedrørende informeret samtykke. Der eksisterer et asymmetrisk magtforhold mellem interviewer og interviewede hvilket forfatteren har gjort sig bevidst (ibid.).

5.1.3 Udarbejdelse af interviewguide

Nærværende afhandling har dokumenteret at der mangler viden i relation til problemfeltet og det er tydeliggjort at formålet med undersøgelsen er at få en dybere indsigt og forståelse af samme, og at problemformuleringen er af eksplorativ karakter. Kvale anbefaler ved eksplorative undersøgelser at der udarbejdes en interviewguide med en mere åben struktur, hvor rækkefølgen af de valgte temaer kan ændres i interviewprocessen så eventuelle interessante fænomener præsenteret af den interviewede kan forfølges (ibid.). Forfatteren har på denne baggrund valgt at

anvende en semistruktureret interviewguide (bilag 4) der er opbygget således at tematiske forskningsspørgsmål er "oversat" til letforståelige interviewspørgsmål, hvilket øger samtalens dynamik og spontanitet (35). Spontane beskrivelser fra interviewpersonen tilstræbes ligeledes ved at hovedspørgsmålene indledes med "hvad" og "hvordan" i stedet for "hvorfor", da "hvorfor"-spørgsmål kan føre til et overreflekteret, intellektualiseret interview" (ibid.).

Interviewguidens script opbygges således at rækkefølgen af spørgsmålene går fra det generelle til det mere specifikke, hvilket anbefales af Launsøe og Rieber for "at undgå en for hurtig indsnævring af diskussionen" (38). Endelig følger afhandlingens interviewguide reglen om at indlede med de spørgsmål som er mere centrale for undersøgelsens problemstilling og over til de mindre centrale (ibid.). Interviewguidens spørgsmål er udarbejdet på baggrund af forfatterens beskrevne forforståelse samt afhandlingens inkluderede litteratur.

Interviewguiden er indledningsvist afprøvet ved et pilotinterview med en jordemoder som opfylder undersøgelsens inklusionskriterier, hvilket ikke fik indflydelse på scriptets endelige struktur eller sprog da "den indbyggede logik" resulterede i et righoldigt svarmateriale.

5.1.3.1 Interviewerens rolle

Nærværende afhandling er bevidst om at interviewerens udgør det centrale redskab i interviewundersøgelsen og derfor skal kunne skabe en tryk atmosfære, tillid og åbenhed (38). Yderligere erkendes det at interviewerens må kunne indtage en lyttende, aflæsende og afventende position, for dermed at give rum til refleksion hos den udforskede og mulighed for kvalificerede svar (35). Da den sociale relation mellem interviewer og informant kan influere på interviewets kvalitet er det bevidstgjort at specialets forfatter samt inkluderede informanter har samme profession, hvilket kan påvirke de svar som interviewet frembringer (35).

På denne baggrund er det i afhandlingens undersøgelse tilstræbt at indtage en "naiv" position under interviewet og dermed mindske bias. I problemanalysen er det tydeliggjort at seksualitet og samliv er temaer som er tabubelagte og kan være en udfordring at italesætte for informanten hvilket kan udgøre et etisk dilemma for interviewerens som ønsker at frembringe empiri uden at krænke den interviewede (ibid.). På denne baggrund udgør interviewerens håndværksmæssige dygtighed en kvalitetsfaktor, hvorfor afhandlingen har valgt at træne interviewteknik samt anvendelse af forskellige typer af interviewspørgsmål såsom indledende tillidsskabende og faktuelle spørgsmål i førromtalte pilotinterview (38). Der er yderligere lagt vægt på validerende spørgsmål i afhandlingens undersøgelse som for eksempel: "Du mener altså, at?" eller "er det rigtigt at du føler, at?" idet informanterne af tidsmæssige årsager ikke har haft lejlighed til at gennemlæse interviewudskrifterne og dermed verificere deres udtalelser (35) .

5.1.3.2 Overvejelser om udførelse af interviews

Forfatteren har valgt at informanterne selv fik lejlighed til at udvælge tid og sted for afholdelse af interviewene for at skabe tryghed og dermed facilitere samtalen. To jordemødre valgte således deres arbejdsplads og to jordemødre eget hjem som ramme for interviewene. For at fremme interviewerens fokus og koncentration er det i afhandlingens undersøgelse valgt at anvende båndede interviews, ligeledes er det fravalgt at gøre brug af noter under interviewene for ikke at forstyrre samtalen (35). Lydfiler er ydermere valgt så nuancer som tonefald og pauser medtænkes, at citater præsenteret i undersøgelsen gengives korrekt, samt at gøre en efterfølgende transskribering lettere på grund af muligheden for at høre filerne igennem gentagne gange. Kort efter afsluttet interview er det overordnede stemningsleje, umiddelbare indtryk af informantens tilbagemelding samt kommentarer til kropssprog nedfældet i en notesbog for at kvalificere dokumentationen af samtalen (ibid.). Det erfarer at to af informanterne efter endt interview og slukket båndoptager fremkom med bemærkninger af interesse for undersøgelsen, hvorfor disse efter accept fra deltagerne blev medtaget i den videre analyse.

Alle 4 interviews blev afholdt af afhandlingens forfatter og varede 30- 40 min. Interviewene introduceredes indledningstvist med en briefing hvor formål med undersøgelsen og tekniske informationer omkring båndoptagelsen blev gennemgået. Det er i briefing valgt at inkludere afhandlingens begrebsafklaring af seksualitet som værende omfattet af bio-psyko-sociale aspekter, da denne er udgangspunktet for den udarbejdede problemformulering.

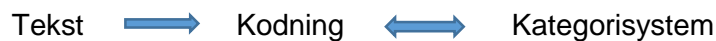
Det er i afhandlingen således bevidstgjort at begrebsafklaringen kan få betydning for informanternes svar i relation til seksualitet. Afslutning af et interview kan udgøre en sårbar følelsesmæssig situation for informanten som eventuelt har åbnet op for meget personlige oplevelser og bør derfor rundes af "på en etisk acceptabel måde" (38). Undersøgelsens følsomme emne kan yderligere tænkes at forstærke denne sårbarhed hvorfor interviewene i afhandlingens undersøgelse blev afsluttet med en debriefing før samt efter at båndoptagelsen blev stoppet hvor informanten fik lejlighed til at tilføje yderligere bemærkninger samt give feedback på interviewet (35).

5.1.4 Transskription

Transskription er ifølge Kvale en proces som omfatter en skriftlig registrering af de mundtlige interviews til et materiale som er egnet til nærmere analyse, - selve transskriberingen udgør i sig selv et første analysetrin (35). Afhandlingens forfatter har på denne baggrund valgt selv at udføre transskriberingen af de fire interviews samt at nedskrive disse ordret, synliggøre pauser, betoning og latter samt medtage hyppige gentagelser i form af "øh" og "hmm". Ved at nedskrive de mundtlige samtaler i detaljeret form tilsigtes det at væsentlige nuancer som kan have betydning i analysen medtænkes. Det er yderligere valgt at transskribere interviewene kort tid

efter at de blev foretaget for bedre at kunne huske hvad der blev sagt samt stemningslejet omkring interview-situationen.

De transskriberede interview analyseres ved at anvende meningskodning og hermeneutisk meningsfortolkning. Meningskodning udgør et system, der kan sammenfatte udsagn i teksten til et passende og overskueligt antal kategorier som danner grundlag for forståelse af et givent emne eller fænomen og mulighed for at generere ny viden (36). Meningskodningen i afhandlingen foregik ved at der til de enkelte tekstafsnit blev knyttet et eller flere nøgleord – såkaldte meningskoder markeret med tal med henblik på senere at kunne identificere en udtalelse (ibid.). I en fortløbende proces mellem læsning af teksten og kodningen udvikles kategorier som defineres som en generaliseret helhed af kendetegn (ibid.). Kategorierne blev ligeledes fortløbende udviklet, ændret, nuanceret i henhold til den induktive kodningsproces (ibid.). Processen illustreres således:



Afhandlingens meningskodning resulterede i dannelsen af 10 underkategorier og 4 Temaer hvor 2 af temaerne var inkluderet i underkategori-gruppen hvilket illustreres i tabel 5:

Kategorier	Temaer
<ul style="list-style-type: none">• Pjecen et godt udgangspunkt• Seksualitet opleves som et tabu emne• Initiativet ligger hos parret• At fornemme sig frem• Manglende tid til alliance	Seksualitet så følsomt at afventende holdning prioriteres
<ul style="list-style-type: none">• Seksualitet og problemer.	Seksualitet og problemer
<ul style="list-style-type: none">• Seksualitet en del af standardpakken?• Viden/erfaring kommer fra praksis ikke fra "systemet"• Samvær så meget mere end samleje	Synliggørelse af seksualitet i praksis lægges i jordemødrenes hænder.
<ul style="list-style-type: none">• Seksualitet- en væsentlig opgave i jordemoderkonsultationen	Seksualitet- en væsentlig opgave i jordemoderkonsultationen

Tabel 5: Under og overkategorier

5.1.5 Analyse ved hermeneutisk meningsfortolkning

Der anvendes, jævnfør nærværende afhandlingens videnskabsteoretiske afsæt, hermeneutisk meningsfortolkning hvor de fremkomne koder og kategorier sættes over for interview teksten hvorved det "testes" om delfortolkningerne afspejler interviewets globale mening (35). Dette princip har til formål at sikre at interviewets overordnede budskab ikke ændres som følge af præsenterede citat udpluk eller af nye sammensætninger af delfortolkninger.

Der er i næstkommende afsnits analyse taget udgangspunkt i Kvaless tre fortolkningskontekster: selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og teoretisk forståelse (ibid.). Således anvendes der både et fortolkningsniveau "selvforståelse" hvor den interviewedes egen opfattelse af, hvad deres udsagn betyder formuleres, en kritisk commonsense-forståelse hvor fortolkningen inddrager en bredere forståelsesramme end den interviewedes egen og en teoretisk forståelse hvor der inddrages teori og forskningsartikler til fortolkning af den interviewedes udsagn (ibid.).

6 Analyse og diskussion - rapportering

Følgende afsnit, Kvaless fase 7; "rapportering", omfatter en analyse og diskussion af resultaterne fra nærværende afhandlings undersøgelse i form af empiri fra 4 kvalitative interview med jordemødre. Afsnittet struktureres således at de 4 fremkomne temaer præsenteres adskilt med tilhørende underkategorier som analyseres og diskuteres løbende. Da nogle kategorier har sammenfald på flere områder vil der refereres til forrige afsnit i analyse og diskussionsdelen hvor det findes relevant. De anvendte citater er markeret med Jdm som forkortelse for jordemoder samt et bogstav for hver af de 4 jordemødre.

6.1 Seksualitet så følsomt at afventende holdning prioriteres

En opfølgning på italesættelse af seksualitet og samliv udgør første tema. Temaets tilhørende underkategorier peger på at det hovedsagelig er op til parret om samtalen udvikler sig.

Pjecen et godt udgangspunkt?

De fire jordemødre fortæller at de udleverer en mappe med pjecer ved første graviditetsundersøgelse, her iblandt pjecen "når 2 bliver til 3" – hvad så med sexlivet? (39). Pjecen fungerer generelt for jordemødrene som en indgangsbilet til at introducere emnet seksualitet over for den gravide og hendes partner:

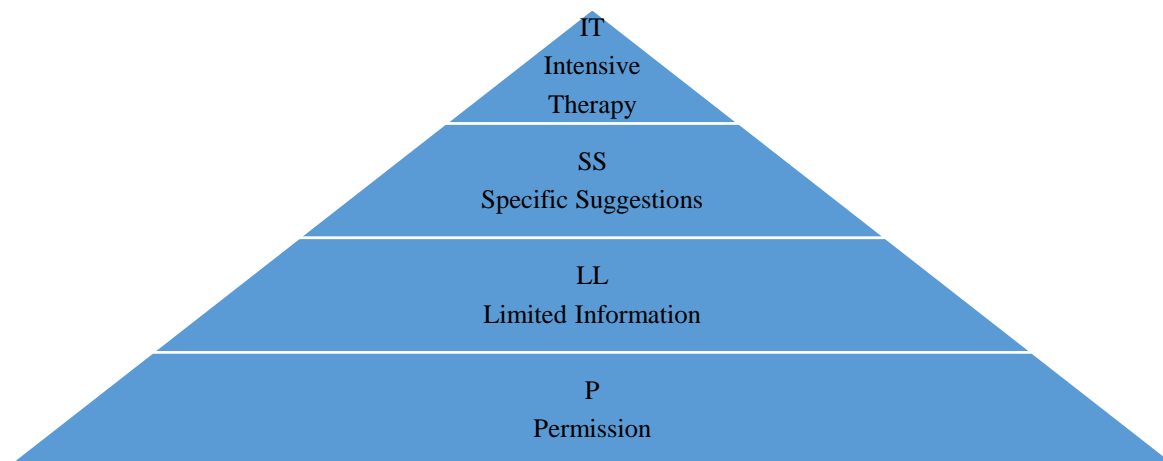
Jdm. A "Jeg taler om seksualitet i den udstrækning, hvor jeg afleverer pjecerne og siger at det er vigtigt at man læser dem og at man holder en åben dialog med sin mand, for hvis man ikke taler

om tingene, går man meget tit skævt af hinanden”...”så lader jeg det være lidt op til parret eller hende hvor meget hun vil gå ind i.”

Jdm. C ”Jeg gennemgår pjecerne og ligesom henviser til at der er noget der har med seksualitet at gøre, jeg mener at det er den der hedder når 2 bliver til 3.”

Jdm. D ”Jeg siger dette er en lille pjec, som handler om jeres samliv, fordi selvom man er gravid er det jo ikke forbudt at have samleje, og hvis jeg ligesom kan fornemme at de er interesserede i vide mere.....det der med at når man får orgasme kan man få flere plukveer, og man kan få en lille smule blødning....at afdramatisere det som noget helt normalt.”

Graugaard anbefaler en tidlig introduktion af seksualitet, som et signal om temaets væsentlighed ved behandleres møde med borgere i klinisk praksis (6). Jordemødrene har i kraft af arbejdspladsens valg om obligatorisk at uddele *pjecen* en lejlighed til at sende dette signal. Det fremgår imidlertid, at jordemødrenes information om seksualitet varierer i indhold og form, hvilket kan få betydning for parrene opfattelse af temaet som væsentligt for jordemoderen eller ej, og om de dermed føler sig inviterede til at tale om seksualitet i jordemoderkonsultationen. I ovenstående citater fremgår det, at der leveres en lineær verbal formidling af information, som synes at lægge op til en høj grad af fortolkning hos modtageren. Ifølge Gregory Bateson's relationelle kommunikations teori omfatter mellem menneskelig kommunikation to budskaber- et indholds- og et relationsbudskab (40). Når jordemødrene informerer om *pjecen* (indholdet), er relationsbudskabet implicit og må fortolkes af den gravide. På denne baggrund kan det fremstå uklart for den gravide om jordemoderen giver udtryk for om der reelt *kan* kommunikeres om indholdet i *pjecen*. En rådgivningsmodel- ”PLISSIT” modellen kunne tænkes at kvalificere og støtte jordemødrene i deres rådgivning, hvorfor denne præsenteres i nedenstående figur 3.



Figur 3: PLISSIT modellen

PLISSIT modellen er udviklet af den amerikanske psykolog og psykoterapeut Jack Annon i 1976 og beskriver 4 forskellige rådgivningsniveauer hvormed den sundhedsprofessionelle kan forholde sig til og behandle seksuelle problemer (41). De 4 rådgivningsniveauer; Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy repræsenterer karakteren af den gravide og/eller partners problem og får dermed betydning for hvor mange rådgivningsniveauer der er behov for at inddrage (ibid.).

Permission er det første og vigtigste trin og indebærer at jordemoderen (og parret) giver tilladelse til at drøfte seksuelle spørgsmål. Ved direkte eller indirekte at tilkendegive vilje til at tale om sex og samliv åbnes mulighed for en dialog, hvor parret kan få sat ord på eventuelle spørgsmål og dermed føle sig hørt. Langt de fleste spørgsmål kan afhjælpes på dette niveau, da mange blot har behov for at blive forsikret om, at ændringer omkring sex og samliv i graviditeten er normale. Det anbefales at spørge ind til seksualiteten i åbne og generelle vendinger, som for eksempel: "Jeg ved fra andre, at der kan opstå bekymringer i forhold til at skade barnet ved samleje. Hvordan er det for jer? ".

Niveauet ' Limited Information' indebærer at jordemoderen giver en begrænset specifik information som Jdm. D eksemplificerer:

"Det er en naturlig del af orgasmen at din livmoder trækker sig sammen og du kan få nogle pletblødninger fordi din slimhinde er skrøbelig under graviditeten – det er ikke farligt og helt normalt. "

På det tredje niveau 'Specific Suggestions' kommer jordemoderen med konkrete løsningsforslag til parret som Jdm. B fortæller:

" Jeg havde et par hvor bomben lige var sprunget- det var både seksuelt, ikke føle sig set og bange for at de skulle gå fra hinanden, manden brød fuldstændigt sammen... så sagde jeg at nu

går I hjem og får passet jeres søn fra tidligere, læg jer under dynen og mærk hinanden- det er ikke kun et spørgsmål om sex, så sætter jeg tid af om 2 uger og så ser vi hvor I er henne.”

Modellens fjerde trin: 'Intensive Therapy' omfatter specialiseret behandling eller intensiv terapi (ibid.). PLISSIT modellen synes at være anvendelig som et fleksibelt redskab i jordemoderkonsultationen, da den kan tilpasses forskellige kompetenceniveauer, den tid der er til rådighed og det enkelte pars konkrete behov. Således er erfaringen at sundhedsfaglige med kendskab til basale sexologiske spørgsmål i de fleste tilfælde kan imødekomme parrets behov på modellens niveau 1 og 2 (6,17). Rådgivning på niveau 3 kræver mere specialindsigt, men kan hurtigt læres og operationaliseres (6). Med baggrund i afhandlingens problemanalyse af jordemødres uddannelsesmæssige faglige kompetencer, vurderes det, at rådgivning på niveau 1 til 3 kan varetages af jordemødre.

Niveau 4 indebærer involvering af specialister, hvorfor jordemoderen dels skal være bevidst om egne kompetencer, dels skal have kendskab til henvisningsmuligheder (ibid.).

Skriftligt materiale i form af en pjece synes at udgøre et væsentligt udgangspunkt for jordemødrenes mundtlige formidling af seksuelt relaterede aspekter, og materialet ses således som afgørende for om, og i hvor høj grad, temaet italesættes:

Jdm. B *”jeg syntes at pjecen er helt ideel, jeg ville være rigtig ked af hvis den pludselig forsvandt – hvis den ikke fandtes måtte jeg jo finde en anden måde”.*

Ifølge erhvervsforsker Helle Petersen skal pjecer altid suppleres med mundtlig information for at kvalificere kommunikationen og dermed opnå større patienttryghed, det anbefales at en pjece derfor aldrig må stå alene i sundhedsvæsenet (42). Der ses en stigende tendens i sundhedsvæsenet til at benytte digitale medier til patientinformation, således også under graviditeten (43-46). En af undersøgelsens jordemødre fortæller således om at kunne henvise til en e-platform som hun finder meget anvendelig til at kvalificere samtalen i jordemoderkonsultationen. E-platformen har overordnet til formål at øge tryghed og forståelse for eget graviditetsforløb, og samtidig, som følge af automatiseringen af den mere generelle information, give mere tid til specifikke spørgsmål i konsultationen. Fordelene synes umiddelbare, dog er det væsentligt at digitaliseringen ikke ”overtager” den personlige samtale da, *”datamengden som bearbejdes i mødet med et andet menneske, overstiger en hviken som helst datamaskins kapacitet”*(17).

Da skriftlig materiale til at understøtte samtale om seksualitet ses at være et vigtigt redskab for jordemødrene, er det på denne baggrund væsentligt at være opmærksom på, at flere store fødesteder ifølge forfatterens forforståelse *ikke* længere benytter sig af udlevering af pjecen fra Sex og 'Samfund, men at denne netop er erstattet af digitale informationskilder. Det kan således i en 'digital svangreomsorg' udgøre en yderligere udfordring at bringe temaet i spil for jordemødre

og parret i graviditeten. Omvendt kan en e-platform, hvis denne benyttes aktivt som udgangspunkt for dialog og har det seksuelle aspekt med, facilitere en samtale om seksualitet. Et webbaseret spørgeskema til gravide fra Rigshospitalet i København som har til formål, at kvalificere det første møde med jordemoderen kunne eksempelvis udbygges ved også at indeholde spørgsmål om seksualitet (47). PLISSIT-modellen synes yderligere at være et godt kommunikations redskab til at kvalificere denne samtale og kan med fordel operationaliseres i jordemoderkonsultationen som et supplement.

Initiativet ligger hos parret

Graugaard anbefaler sundhedsprofessionelle at følge introduktionen op med en opfordring til parret om at henvende sig ved behov (6). Dette er umiddelbart ikke tilfældet for jordemødrene i denne undersøgelse, som efter udlevering af pjecen indtager en afventende position og lader yderligere samtale om seksualitet være op til parret, hvilket som oftest ikke medfører en reaktion. Jordemødrene har flere forklaringer på dette:

Jdm..A "Jeg synes at folk er utroligt sparsomme i deres reaktion, men det er jo en ud af 10 pjecer de får udleveret. De fleste er bare så trætte og har svært ved at overskue andet:"

Jdm. B "Det er ikke så tit at vi møder par som kommer med problemstillingen (manglende lyst) måske føler de ikke at de skal komme ind på det og holder det for sig selv."

Jdm. D "Der er nogen der er utroligt lukkede omkring privatsfæren, at dén skal man ikke ind i, og det er det jeg mener med...hvis de lukker op så lukker jeg også op (for at tale om seksualitet) men hvis de ikke lukker op, så bliver det ved standarderne."

Jordemødre tolker således at en manglende reaktion fra parret, blandt andet, skyldes overload af information, manglende overskud samt at parret føler seksualitet som for privat et emne i konsultationen. Hver 5. kvinde i en brugerundersøgelse fra 2010 i Region Hovedstaden vurderede information om forældrroller, sex og samliv fra jordemoder negativt. 46 % havde ikke modtaget information om temaet (19). Ovenstående tyder på at information om sex og samliv er væsentlig for gravide, men at behovet ikke bliver mødt i tilstrækkelig grad, og at der tilsyneladende er behov for en mere proaktiv tilgang til temaet fra jordemødrene. På spørgsmålet "følger du op på sex og samliv ved de kommende konsultationer? giver jordemødrene udtryk for at initiativet ligger hos parret:

Jdm B " jeg følger kun op på det hvis der faktisk kommer en åbning... hvis hun for eksempel fortæller at hun har haft blødning, så kan jeg godt spørge ind til blødningen, og hvis hun fortæller

at det var i forbindelse med samleje...deres mand var bange....ellers bringer jeg det ikke op med mindre de selv gør. Jeg spørger jo altid "hvordan går det? og "hvor står vi henne nu?"...det er svært at finde en åbning med det der skal lægges vægt på i forhold til at tiden er så knap".

Jordemødrene er i løbet af graviditeten dermed gennemgående parate til at gå i dialog om temaet seksualitet, men dette kræver først og fremmest en aktiv indsats fra parret – denne holdning findes ligeledes hos sygeplejersker (48). Det kan tolkes som om at jordemødrene har en antagelse om at sex og samliv er et tabuiseret tema for parret, eller at det ikke er aktuelt, hvorfor emnet ikke følges op. 42 førstegangsfødende par beretter i en dansk undersøgelse "Den gode fødsel" om at tryghed, tillid og information er helt grundlæggende forventninger til jordemoderen (49). Det tyder dermed på at kvinderne forventer at blive "klædt på" til opgaven mens jordemødrene derimod forventer at parrene selv ekspliciterer deres behov.

Seksualitet, nye forælderroller og samliv er netop temaer som jordemødre ifølge SST skal drøfte i løbet af graviditeten (2). Undersøgelsen viste imidlertid at jordemødrene ikke kender SST's anbefalinger på området om at tale om seksualitet i graviditetens 2 og 3 trimester. Ifølge "Ethiske retningslinjer for jordemødre" foreligger der "en særlig forpligtelse til at sikre, at den enkelte kvinde får tilstrækkelige informationer på en for hende forståelig måde som en forudsætning for medbestemmelse" (5). Formidlingen af denne information er ikke neutral. Ifølge sygeplejeforsker Kari Martinsen ligger der i denne interpersonelle kommunikation en "en autoriseret magt" som den sundhedsprofessionelle besidder i form af sin fagkundskab, i forhold til "den som modtager faglig hjælp" (50). Jordemødrene bør dermed skærpe deres bevidsthed omkring den professionelle rolles indlejrede asymmetri, og af denne grund påtage sig ansvaret for at italesætte seksualitet (6). Jordemødrenes tilbageholdenhed, en uklar eksplicitering af seksualitet, en tilsyneladende manglende viden om parrets behov og retningslinjerne på området, ses dermed at være problematiske for samtale om seksualitet i jordemoderkonsultationen.

At fornemme sig frem

Jordemødrene i undersøgelsen fortæller at de anvender deres fornemmelse til vurdere om parret er interesserede i at tale om seksualitet og samliv, - typisk efter at jordemoderen har introduceret pjecen "når 2 bliver til 3". Jordemødrenes vurdering beror på den verbale og nonverbale kommunikation fra parret som følgende citater illustrerer:

Jdm. D "Jeg kan ligesom fornemme om det er noget vi kan snakke om, eller om hun siger "fint så ved jeg det"der lægger hun låg på ik? Men sådan er det jo med alt i graviditeten, hvad er det for en kvinde du sidder med."

Jdm. B ” Jeg informerer om det (seksualitet) fordi det er min pligt at gøre det, så der ligger også et ”hvad bør jeg ” i det....men selvfølgelig, hvis jeg kan se og fornemme at hun sidder der og smiler eller om parret bliver meget lukkede i deres kropssprog... jeg vil jo ikke overskride grænserne så meget at de tænker ”hende vil jeg ikke tilbage til”...jeg prøver at informere på en stille og rolig måde og så fornemme deres kropssprog, virker de åbne? Så kan jeg godt tale lidt videre og spørge ”har du erfaret at have ændret lyst”?

Jordemødrenes fortæller at det er vigtigt ikke at overskride parrets grænser, hvorfor en jordemoder eksempelvis nævner at hun ikke til første jordemoderkonsultation ville stille spørgsmålet ”hvordan går det med din seksualitet? ” Forklaringerne er at seksualitet er et tabuiseret emne som kræver pli og takt at italesætte for ikke at krænke parrets blufærdighed. Der er i sexologisk sammenhæng enighed om at klientens grænser skal respekteres, og at modvilje over for at tale om seksualitet, nonverbalt eller verbalt, derfor ikke bør negligeres (6,17). Et fyldestgørende første skridt er derfor som beskrevet under PLISSIT-modellen at den sundhedsprofessionelle signalerer en tilladelse til at berøre sex og samliv, samt at temaerne findes naturlige og relevante. Spørgsmålet ”jeg ved at det kan bekymre gravide om sex er ok – hvordan er det for dig? ” udgør således et første ’frø’ som viser accept og imødekommenhed (17). Af ovenstående citater fremgår det at jordemødrene qua deres fornemmelse netop aflæser og respekterer parrets grænser. Tidligere analyse og diskussion viste at parrene i ringe grad ’griber bolden’ og at temaet sjældent følges op, hvilket kan være forårsaget af en for forsigtig introduktion af temaet – at der ikke tør spørges direkte til hvordan det går med seksualiteten, og at respekten for parrets grænser er så stor, at signalet om accept af seksualitet som tema bliver utydeligt og svagt. Afhandlingens problemanalyse har belyst denne konstellation, som også benævnes ”tovejstabu”. Parret oplever at jordemoderen nedtoner temaets relevans, hvilket medfører en gensidig tabuisering. Det er derfor en væsentlig information at patienters blufærdighedstærskel, ifølge sexologisk erfaring, ofte er højere end behandlerens (6). Dette understøttes af det faktum at brugerne *forventer og ønsker* at sundhedsprofessionelles tager initiativ til at tale om seksualitet, hvorfor en proaktiv tilgang synes nødvendig (19).

”Proaktivitet” er et andet udfordrende element for seksualitetens plads i jordemoderkonsultationen. Sundhedsvæsnets store fokus på patientautonomi og sundhedsprofessionelles fortolkning af denne kan, ifølge Birkler, forårsage at ansvaret for at træffe valg i for høj grad ”glider” over på brugerne (51). I denne optik kan det tænkes at et tabuiseret tema risikerer at blive brugerens ansvar og ikke den sundhedsprofessionelles, navnlig hvis temaet synes svært at italesætte, men også hvis den sundhedsprofessionelle frygter for brugerens reaktion.

Manglende tid til alliance

Mangel på tid er en hæmmende faktor for alle jordemødrene i undersøgelsen. Dette genfindes i undersøgelser, hvor sygeplejersker samt læger argumenterer for hvorfor de ikke taler seksualitet med patienterne (48,52,53). Jordemødrene har 40 min til første graviditets undersøgelse og 20 min til de resterende undersøgelser i graviditeten (2). Jordemødrene fortæller at de oplever et tiltagende tidspres i konsultationen, da flere administrative opgaver skal løses inden for samme ramme, hvilket medfører en stram prioritering i praksis. Seksualitet som samtaleemne erfares overvejende af jordemødrene som potentielt tidskrævende:

Jdm. A " Man skal jo, hvis man tager hul på et i mine øjne vigtigt emne, være sikker på at man kan gøre noget ved det. Når de (parret) kommer ind ser vi på deres baggrund, -er de forældre i forvejen?, - er de nybagte?...og så har vi en hel masse informationer til dem ...og der får de så en stak i en mappe...og selvfølgelig får de et ord med på vejen....alle brochurerne – men at tage lissom hul på det (seksualitet) når de komme i graviditets uge 14-16 er svært at få tid til...så er der elektronisk journal...så skal vi have en underskrift til samtykke...er graviditeten planlagt eller bare opstået og hvordan har de det med det...så der er nok at gøre på 40 min + jeg stort set altid har en studerende med, som jeg skal undervise...så du kan jo nok se at det er lidt presset."

Jordemoderen i citatet sender et budskab om seksualitet som vigtigt og potentielt problematisk og "noget som der skal findes en løsning på". Det tyder på at jordemoderen dels har en forforståelse om at italesættelse af temaet kan udvikle sig, og dels en egen forventning om at kunne løse problemet. Jordemoderen fortæller:

Jdm. A "Der har jo været nogle groteske ting som man gennem årene er ramlet ind i – så kan man ikke sige "nu må du af døren fordi der står en anden og tripper"...det er jo heller ikke rimeligt at man sender en kvinde grædende ud af døren, men selvfølgelig kan man give hende en ekstra tid hvis man fornemmer noget ...den frihed har vi dog, men så kan det godt være at hun er som en lukket dør næste gang hun kommer. "

Jordemødrene forsøger således at opbygge samt opretholde en alliance med den gravide og hendes partner, som besværliggøres af en stram tidsplan, hvilket også er tilfældet i afhandlingens inkluderede svenske studie (33). Ifølge Eide og Eides udlægning af psykologen Carl Rogers relationsteori må den sundhedsprofessionelle, for at skabe en god kontakt og alliance, og dermed få mulighed for at styrke parrets ressourcer, netop "først og fremst leve seg inn i den andre, møtte den andre med ubetinget respekt og varme, og selv være genuin, ekte og kongruent i forholdet"(40). For jordemødrene fordrer dette tid, og da det er væsentligt for dem ikke at afvise den gravide når følsomme temaer kommer op, og dermed risikere et tillidsbrud i relationen, kan inddragelse

af den seksuelle dimension af denne grund blive fraprioriteret. Udeladelse af det seksuelle tema forstærkes af en generaliserende tilgang, hvor erfaringer om tidskrævende problemer relateret til sex og samliv rettes mod alle par, samt en forventning til egen profession om at skulle kunne løse eventuelle problemer.

Sexologisk erfaring viser at seksuelle spørgsmål ofte først introduceres af folk efter andre spørgsmål er behandlet, hvorfor det anbefales at den sundhedsprofessionelle eksplicit anerkender spørgsmålets vigtighed, og på denne baggrund planlægger en ekstra konsultation med tid til samtalen (17). Jordemødrene kan med fordel desuden optimere *tydeliggørelse* af tidsrammen for samtalen, da dette ifølge Eide og Eide giver parterne mulighed for at fokusere på det væsentlige, samt skabe en hurtigere og bedre kontakt (40). God tid er dermed ikke altid nødvendigvis en forudsætning for en god samtale, hvilket understreges af sexologisk erfaring om at klinisk hverdagssexologi kan udføres med få og beskedne midler (6,17). Et fyldestgørende første skridt er således at tilkendegive, at man finder emnet naturligt og relevant, samt at dette ikke nødvendigvis skal føre til en løsning af spørgsmålet for parret (6,40).

Opsummerende synes der at være et behov for at jordemødrene reflekterer over egne forventninger og for-forståelser, samt hvorledes en tydelig tidsramme kommunikeres. Ydermere er det nødvendigt at de institutionelle rammer, for at møde SST's anbefalinger om en dialogbaseret og ressourceopsporende tilgang, er indrettede således, at de rent faktisk *kan* rumme jordemødrenes stigende arbejdsbyrde i jordemoderkonsultationen (2).

6.2 Seksualitet og problemer

Seksualitet præsenteres når parrene finder denne problematisk –hvilket dette tema illustrerer.

Jordemødrene i undersøgelsen nævner eksempler på hvornår parrene henvender sig med spørgsmål om seksualitet og samliv. Det fremgår af disse eksempler, at seksualitet først bringes op når parrene oplever dette som et problem, hvilket ikke kommenteres yderligere af jordemødrene. De hyppigste spørgsmål fra parret drejer sig således om kontaktblødning eller plukveer efter samleje, hvor den gravide og hendes partner er blevet bange for at skade barn eller mor. Samleje er også en bekymrende faktor pr se. Lystproblematikker og intimitetsproblemer bringes ofte først op når disse truer relationen, hvilket ses at være et klassisk billede i klinisk praksis (6,17).

Det kan tyde på at parret, dels ikke oplever jordemoderkonsultationen som et oplagt forum for at tale om hvordan de kan bevare og styrke kvaliteten i samlivet, dels ikke har modtaget sufficient information om seksuelle ændringer i graviditeten men navnlig, at bekymringer omkring ændringer i seksualitet og samliv ikke luftes. Dermed ses WHO's definition af seksuel sundhed, med fokus på livskvalitet og en positiv tilgang til menneskers seksualitet, ikke umiddelbart repræsenteret i konsultationsrummet. Dette afspejler den generelle samfundstendens, hvor fokus

primært rettes mod risici, -forebyggelse af seksygdomme og uønsket graviditet, frem for fokus på seksualitet som en sundhedsparameter (8). I SST's anbefalinger defineres graviditet –fødsel og barsel som en helt normal livsproces (2). En stigende centralisering og hospitalisering af fødslerne i Danmark, med tilbud om øget brug af teknologiske hjælpemidler og prænatal vejledning, synes imidlertid at sende det modsatte budskab til den gravide og hendes partner, hvilket i 2003 ekspliciteres af praktiserende lægers tidligere formand Jørgen Larssen:

"Det er jo ingen sygdom at være gravid, og vi forsøger da også ikke at gøre den gravide til patient, at undgå den store teknologiske omklamring af kvinden. Men vi må erkende, at den stik modsatte udvikling finder sted på de store sygehuse. Prænatal fosterdiagnostik er på vej, og med den kommer masser af nye tilbud om at lade sig undersøge ." [...](54)

Jordemødre i en hospitalskultur risikerer også at inkorporere risikotænkningen frem for en sundhedsfremmende tilgang i den jordemoderfaglige omsorg. Dette synliggøres i Barfoeds undersøgelse af risikotæknings betydning for jordemødres opfattelse af normalitet og for deres faglige identitet. Den viser at jordemødres normalitetsbegreb løbende påvirkes af hospitalskulturen i en risikobetonet retning, hvor indgreb i den normale fødsel bliver mere og mere acceptabel (55). Jordemødrene i denne afhandlings undersøgelse forholder sig ikke til at seksualitet præsenteres som et problem, hvilket enten kan skyldes manglende refleksion, eller at en risikobetonet tilgang allerede præger feltet. På denne baggrund ses et behov for en jordemoderfaglig diskussion om hvorledes jordemødres sundhedsfremmende kompetencer styrkes og opretholdes, og således sigter mod at sex og samliv under familiedannelsen fremhæves som en positiv ressource.

6.3 Synliggørelse af seksualitet i praksis lægges i jordemødrenes hænder

Tema nr.2 som fremkom af interviewene peger på, at synliggørelse af den seksuelle dimension i jordemoderpraksis er et spørgsmål om den enkelte jordemoders opmærksomhed på området, da det seksuelle aspekt synes fraværende/undertematiseret i institutionen, de overordnede vejledninger fra SST samt i jordemoderuddannelsen .

Seksualitet en del af standardpakken?

Afhandlingens undersøgelse viser at de fire jordemødre har en forskellig erfaring og oplevelse af at tale om seksualitet. På spørgsmålene "taler du om seksualitet?" og "hvordan har du det med at tale om seksualitet?" svarer jordemødrene følgende:

Jdm. B " Jeg har selv stor interesse for det, jeg er en af dem som taler meget om det og er ikke bange for at tage fat om det (seksualitet), det drejer sig om hvordan man selv er som person."

Jdm. C "Det er nok ikke sådan en del af standardprogrammet, eller det er ikke en del af det som jeg tænker jeg har på min liste, som jeg skal tale med dem om, men hvis temaet kommer op så tager vi den derfra.....jeg har ikke gjort mig flere tanker om det."

Jdm. A "Jeg har bestemt ikke noget imod at tale om det, jeg taler i forvejen med dem om mange intime ting – man er jo tæt på familien, det har vi jo lært at leve med, men det er jo virkelig noget hvor man skal fornemme sig frem – noget meget personligt."

Jdm. D "Det er ikke et stort område for mig, ...jeg tror at vi er rigtig mange, måske ikke de unge, som synes at det er et svært område at italesætte, der har været nogle grænser man skulle ind over selv,jeg føler ikke det er let spontant at gå ind i, det gør jeg i fødselsforberedelsen for der ligger en del som handler om seksualitet...men der er ikke noget jeg lægger på banen hvis kvinderne ikke selv bringer det op, det er ikke så nemt som at tale om vitaminer og jern."

Udsagn som disse tydeliggør at italesættelse af seksualitet præges af personlige forhold som blufærdighed, særinteresse, opfattelse af eget arbejdsområde og erfaring med samtale om sex og samliv hvilket genfindes hos andre sundhedsprofessionelle (48,53). Jordemødrenes personlige tilgang til temaet ses direkte afspejlet i interviewenes helhed, hvor det således fremgår at den individuelle 'parathed' til at tale om seksualitet kan få betydning for temaets synliggørelse. Som eksempel udtaler Jdm. D som i ovenstående citat føler det seksuelle tema grænseoverskridende at: *"man siger jo mere med sit kropssprog end man siger med ord, jeg er sikkert ikke en som nogen ville åbne deres inderste for."* Jordemoderen antyder dermed at egen nonverbale kommunikation ikke inviterer parret, hvorved hun undgår at tale om seksualitet. Modsat udtaler Jdm. B som har særinteresse for emnet: *"det er vigtigt at informere alle ud fra pjecen også muslimer og på engelsk – hele vejen igennem. Jeg gør det for at vise at her er et forum hvor man kan snakke om det (seksualitet)."* Jdm B opfatter dermed informationen som en obligatorisk og væsentlig del – implicit giver hun ydermere udtryk for at muslimer kan udgøre en speciel udfordring. For det enkelte par er muligheden for at tale om seksualitet dermed afhængig af hvilken jordemoder de møder og deres professionelle samt personlige holdning til temaet. Ifølge sexologerne Almås og Benestad vil sundhedsprofessionelle, i mangel på uddannelse i relation til det seksuelle aspekt, netop trække på personlige erfaringer, hvilket kan være sårbart, da egne tabuer, konflikter eller problemer omkring seksualitet dermed eksponeres, hvorfor det er nødvendigt at antage "en professionel holdning" (17). En professionel holdning indebærer besiddelse af færdigheder, respekt for parrets grænser, bevidsthed om egne grænser og

fordomsfrihed (ibid.). Jordemødre må, for at tilgå seksualitet med en professionel holdning, dermed blandt andet aktivt bearbejde egne valg, holdninger, følelser og for-forståelser. Denne proces består ifølge Almås og Benestad af 3 stadier: *desensivering* som indebærer en opsøgning af frygtfremkaldende situationer med seksuelle emner, udtryksformer og variationer, hvorved der opbygges en tryghed, *sensivering* som indebærer øget opmærksomhed på egne følelser og holdninger i relation til seksuelle emner, og *inkorporering* –en proces hvor den nye information integreres i allerede eksisterende viden, hvorved eventuelle fordomme revurderes (ibid.). Det synes evident at processen mod en mere professionel holdning i høj grad forudsætter personlig vilje til egen udvikling omkring det seksuelle aspekt. Dette tilstræbes i nuværende studieordning for jordemødre, hvor ”analyse af egen livssituation og udvikling af personlige kvalifikationer er nødvendig” (25). I undersøgelsens interviews fremgår det at jordemødrene generelt føler sig sufficient ”klædt på” til at tale om seksualitet; dog peger ovenstående analyse på at personlige for-forståelser virker hæmmende, og at inddragelse af temaet seksualitet præges af subjektivitet. På denne baggrund ses et behov for øget fokus på hvordan og om *den professionelle rolle* tilnærmes i institutionen og i jordemoderuddannelsen.

Viden og erfaring kommer fra klinikken ikke fra ’systemet’.

Adspurgt om hvor jordemødrenes viden, relateret til seksualitet og graviditet, kommer fra, svarer informanterne at den stammer fra jordemoderpraksis og egen livserfaring:

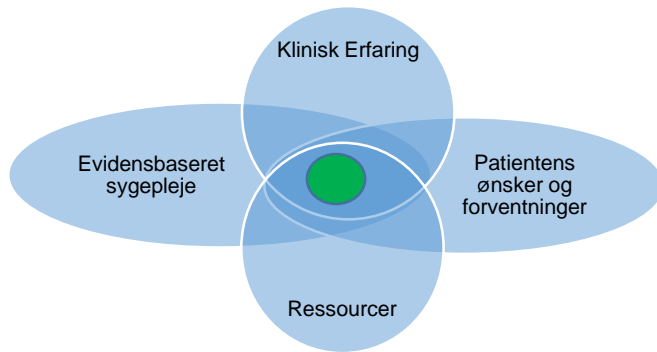
Jdm. B ”når man har stiftet bekendtskab med det (seksualitet) i praktikken ude på hospitalet og erfaret at nogen spørger ind til det bliver man nødt til at forholde sig til hvordan man selv spørger ind”.

Ingen af jordemødrene kan erindre undervisning om seksuelle aspekter fra jordemoderuddannelsen eller fra kurser udbudt af arbejdspladsen. Tre af jordemødrene nævner at trække på erfaring fra fødselsforberedende kurser samt efterfødselskurser. Aktuelt er 2 af jordemødrene undervisere på ” En familie fødes”- et kursus bestående af 4 moduler, hvor sidste modul involverer temaerne sex og samliv *efter* fødslen. Her erfares det at gruppekonstellationen ikke altid fremmer dialog om seksualitet, men at budskabet ’måske’ giver anledning til efterfølgende dialog i hjemmene:

Jdm. C ”[...]..det er svært for en gruppe at tale om, når jeg har sat punktum er det ikke sådan at parrene griber bolden, de har ikke lyst til at tale indbyrdes om det (seksualitet)...men jeg tænker at jeg måske har sat noget i gang”.

Det synes således væsentligt at temaet ikke udelukkende begrænses til kurser, som for nogen kan virke hæmmende. Empirien viser at jordemødrene hovedsagelig anvender erfaringsbaseret frem for forskningsbaseret kundskab, hvilket ikke begrundes yderligere af informanterne. Ifølge SST skal den givne information i svangreomsorgen ”så vidt muligt være evidensbaseret” (2).

Ifølge Willman, Stoltz og Bathsevani's formulering af evidensbaseret sygepleje i behandlingssituationer defineres denne ikke udelukkende ved anvendelse af forskningsbaseret kundskab, men er også omfattet af erfaringsbaseret kundskab, patientens ønsker og forventninger samt de tilstedeværende ressourcer, hvilket illustreres i Figur 3 (34).



Figur 3: Illustration af evidensbaseret sygepleje i behandlingssituationer

Der kan argumenteres for at jordemødre med længere anciennitet kan have udfordringer i relation til at tilegne sig jordemodervidenskabelige forskningsartikler samt kritisk vurdere disse, da jordemoderuddannelsen først efter 2001 blev en professionsbachelor med øget fokus på forskning, faglig udvikling og kritiske kompetencer (25). Det synes på denne baggrund væsentligt at det enkelte fødested, for at højne det faglige niveau, bør implementere retningslinjer og tilbud om tidssvarende efteruddannelse vedrørende seksualitet og samliv (8).

Samvær så meget mere end samleje.

Informanternes erfaringsbaserede viden omkring 'gængse' graviditetsrelaterede seksuelle aspekter er omfangsrig. Således vidner interviewmaterialet om en alsidig og bred erkendelse af seksualitet som værende omfattet af bio-psyko-sociale faktorer samt konkrete rådgivningsforslag desangående. Jordemødrene i afhandlingens undersøgelse fortæller alle at det er vigtigt at adressere parret og *ikke* ekskludere partneren i rådgivning omkring samlivet. Dette tydeliggøres ved følgende udtalelser omkring rådgivning og information:

Jdm. A " Hvis man ikke har en åben dialog og hvis man ikke kan give hinanden rummelighed og tryghed så kommer det ikke til at fungere – jeg siger at de må prøve at snakke om det – det er vigtigt at man godt kan kæle med hinanden uden krav om decideret samleje."

Jdm C" Seksualitet er helt naturligt og en stor del af livet og baggrunden for at dette barn er kommet til verden, man er meget sårbar i graviditeten, der er mange følelser på spil som kan påvirke parrets sexliv og nærvær over for hinanden, nogle kvinder beskæftiger sig med de fysiske

forandringer i kroppen – manden ser ændringerne, nogle par oplever at deres seksualitet ændrer sig og lysten kan svinge og variere i perioder – det er helt normalt.”

Jdm. B ” Jeg råder til at det stadig er helt normalt at have sex- barnet tager ikke skade –lysten kan ændre sig i graviditeten – det er vigtigt at tale om – mange mænd er bange for at barnet tager skade og det påvirker hans lyst – det er der mange mænd som går rundt med.”

Jdm. D ” Seksualiteten dukker jo op på mange måder ..altså det er jo ikke kun et spørgsmål om samleje ..det omhandler jo vores liv på alle mulige måder, altså den kvinde som har fået en spinkterruptur modsat den kvinde som har født uden en skramme, født et dårligt barn.. det har meget med kærlighed og solidaritet at gøre ..det synes jeg er vigtigt.”

Umiddelbart understøtter udtalelser som disse jordemødrenes egne vurderinger om at besidde den fornødne viden til at rådgive om 'almindelige' sex og samlivsspørgsmål i graviditeten, modsat svenske studier hvor jordemødre gav udtryk for utilstrækkelig sexologisk viden (15,32). Sygeplejersker angiver også at føle sig rustet til den sexologiske samtale 47,1 % i nogen grad og 23,6 % i høj grad (48). Jordemødrene i afhandlingens undersøgelse giver udtryk for at de sjældent taler med kollegaer om graviditetsrelaterede seksuelle temaer, hvorimod hos sygeplejersker taler 39,1% taler med kollegaer om "sygepleje i relation til patienters sexliv" (48). Den begrænsede erfaringsdeling forklares af informanterne med travlhed samt egen og /eller kollegaers blufærdighed.

Således er det nærliggende at jordemødrenes opnåede erfaringsbaserede kundskaber- også kaldet tavs viden, risikerer at forblive 'tavs' og fastlåst i den enkeltes konsultationspraksis. Filosof Jacob Birkler argumenterer for, at det at tale om viden nødvendigvis inkluderer tale om uvidenhed (56). Begrebet uvidenhed tillægges ikke negativ værdi men anskues som dynamisk og positiv og potentielt frugtbar, hvilket dog forudsætter at jordemoderen er *bevidst* om at give sig selv ret til at være uvidende, samt at antage en nysgerrig, ydmyg og åben position, hvorved integrering af ny viden gøres mulig (ibid.). På denne baggrund synes det væsentligt at tavs viden om seksualitet ikke udvikler sig til "*tavs uvidenhed*" om seksualitet – da tavs uvidenhed ifølge Birkler er synonymt med "faglig forkalkning" og dermed en ufrugtbar stadfæstelse af hidtil anvendte praksisser som ideal, hvilket kan forhindre opøvelse af nye kundskaber i jordemoderens praksis (ibid.). Det kan således påpeges, at ringe erfaringsudveksling samt underbetoning af seksualitet i sundhedsvæsenet, kan risikere at skabe tavs uvidenhed. Denne tendens forstærkes af rammerne for jordemoderens konsultationspraksis hvilket følgende citat illustrerer:

Jdm. B []..*man sidder jo meget alene i konsultationen, og så kører man sin egen praksis og så er det jo et spørgsmål om hvad man lægger vægt på og hvor man kan bidrage med noget ekstra i forhold til almenbefolkningen – derfor tror jeg at det kommer meget an på hvilken jordemoder man møder og hvor meget sex og samliv berøres.”*

Nogle af jordemødrene fortæller at de føler sig usikre på at italesætte seksualitet overfor lesbiske kvinder. Flere studier viser at lesbiske par ønsker at jordemødrene fokuserer på graviditeten og ikke på deres seksuelle tilhørsforhold, men at de i øvrigt forventer de samme spørgsmål som alle andre gravide (57,58). Det er for kvinderne et vigtigt tegn på anerkendelse, når sundhedsprofessionelle ikke anvender heteronormativt sprogbrug, men bruger ord som 'lesbisk' samt 'partner' i stedet for 'far' (ibid.). Studier viser at jordemødres usikkerhed kan bevirke at kvinderne gemmer deres homoseksualitet af frygt for at blive forskelsbehandlet, hvilket derfor bør være et fokus (ibid.).

Nogle af jordemødrene i undersøgelsen giver udtryk for usikkerhed i forhold til samtale om seksualitet med par med anden etnisk baggrund og religion, en jordemoder fortæller at netop mænd med anden etnisk baggrund stiller *flere* spørgsmål end danske mænd – hvor temaet typisk er parrets frygt for samleje under graviditet. Ifølge Hawwa og Vissing er udfordringen for sundhedsvæsenet at der mangler forskning omkring seksualitet blandt indvandrere med islamisk baggrund, og at gruppen er stor og heterogen, hvorfor der ikke bør generaliseres (59). Forfatterne nævner dog i hovedtræk at graden af blufærdighed ofte er højere hos patienter fra mellemøstlige kulturer, - billeder og tegninger kan virke grænseoverskridende for nogle kvinder, og mænd kan opleve det som nedværdigende at tale om seksuelle temaer med en kvinde (ibid.). Af denne årsag kan det tage længere tid at opnå en tryk alliance, dog anbefales det at seksualitet trods kulturelle forskelle bør være et legitimt rådgivningstema og ikke af denne grund overses (ibid.).

Det skriftlige materiale bør afstemmes, på baggrund af de belyste udfordringer for grupper af anden seksuel orientering end den heteroseksuelle, samt større blufærdighed hos ikke etniske danskere så det ikke signalerer eksklusion. Pjecen fra sex og samfund kunne med fordel suppleres med yderligere målrettet materiale, da dette er rettet mod heteroseksuelle og desuden indeholder fotos som kan virke stødende (39). Ydermere synes der at være behov for mere uddannelse på det nævnte område. I afhandlingens undersøgelse fremgår det at en jordemoder, som var blevet oplyst om hyppigheden af seksuelle overgreb blandt kvinder, trods denne oplysning, ikke finder screening omkring overgreb acceptabel:

Jdm. D ”jeg ville være angst for hvordan hun modtog sådant et spørgsmål, måske ville hun tænke signalerer jeg den slags? – det føler jeg i den grad grænseoverskridende – incest er noget

fuldstændigt sygt, noget unormalt som jeg ikke kan koble på en normal kvinde, jeg ville selv blive chokeret og vred.”

Jordemoderen gav samtidig udtryk for at *ville* tale med kvinden hvis hun udsendte overbevisende signaler på seksuelle overgreb hvilket er i overensstemmelse med andre studier (31). Hyppigheden af seksuel vold mod kvinder blev i et dansk studie fra 2010 af 2638 gravide opgjort til 9,2% og i et norsk studie fra 2014 af 74059 gravide til 18,4% (60,61). Ligeledes rapporterer 22 % af danske 9 klasser piger i 2008 at de har haft seksuelle oplevelser hvor de selv betegner 9% som overgreb (62). Under familiedannelsen kan en historie med seksuel vold medføre at kvinden oplever fødselsangst i graviditeten, og under fødslen *reviktimiseres*, hvorfor det synes væsentligt at identificere disse kvinder (2). Litteraturen byder ikke på klare forslag til hvorledes jordemødre skal tilgå denne problematik, selvom samme erkender at kvinderne sjældent selv fortæller om overgrebene (2,31,60). Der kan på denne baggrund argumenteres for at sundhedsvæsenet i højere grad bør adressere området og tage ansvar for udarbejdelse af synlige og konkrete retningslinjer.

6.4 Seksualitet – en væsentlig opgave i jordemoderkonsultationen

Seksualitet er en væsentlig opgave i jordemoderkonsultationen ifølge jordemødrene hvilket udgør undersøgelsens tredje tema.

Gennem interviewene fremgår det at jordemødrene finder seksualitet vigtig hvilket stemmer overens med sygeplejerskers holdning (48). Således fortæller flere af jordemødrene at de opfatter samtale om seksualitet og samliv som en del af deres professionspraksis:

Jdm. C ”Det er godt og vigtigt at nogen tør tage det i munden...for hvis jordemødrene ikke gør det kan man ikke forvente at parrene gør det af sig selv”.

Jdm. B ”vi har en vigtig mission i forhold til det nye forhold ved at tale om seksualitet i graviditeten”.

Ikke desto mindre viser de forrige afsnits analyser at temaet nedtones hvor forklaringerne var fraprioritering som følge af tidspres, frygt for at overskride grænser og derved skabe en barriere for alliance. Yderligere fremgår det at jordemødrene selv forventes at definere opgaven i mangel på institutionelle og lokale retningslinjer samt efteruddannelse. Analysen viser desuden, at jordemødrene anvender erfaringsbaseret viden og at den formaliserede uddannelse ikke får indflydelse på praksis.

På denne baggrund kan det påpeges at 'systemet' i ringe grad understøtter jordemødrenes forventede opgave, hvilket Graugaard forklarer med sundhedsvæsenets traditionelle fokusering på seksualitetens 'hardware' med et somatisk fokus, - således er seksualitetens 'software', de bløde værdier undertematiserede inden for samme system (63). Denne tendens tydeliggøres af at "LUP", den landsdækkende årlige patientundersøgelse blandt fødende hos Danske Regioner, *ikke*

længere har fokus på temaerne nye forældreroller, sex og samliv. Dette synes paradoksalt da informationen om netop disse temaer vurderedes utilstrækkelig og negativ af hver 5 kvinde i 2010- i første publicerede rapport på området (19,64). Fraprioriteringen af temaerne i LUP findes navnlig uhensigtsmæssig, da flere studier inkluderet i nærværende afhandlings problemanalyse har tydeliggjort en betydelig efterspørgsel på information fra nye og kommende forældre (4,13,15). En kontinuerlig monitorering af brugerens ønsker og behov synes på denne baggrund oplagt, hvilket netop er 1 af 33 konkrete indsatser i en nyligt lanceret plan fra 23 april 2015 fra Danske Regioner- "Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen" hvor der satses på udvikling og justering af LUP (65). Der lægges i planen op til et gennemgribende paradigmeskifte mod et mere rummeligt og imødekommende sundhedsvæsen (ibid.). Der er således tale om en forandringskultur hvor "borgeren sættes i centrum" og hvor kommunikation i øjenhøjde er mantraet. Involverede sundhedsprofessionelle fremhæver at en tydelig og god ledelse er en forudsætning hvis indsatserne skal blive til virkelighed. Således "skal ledelsen understøtte patientcentrering både i retorik, handling, tillid og strukturer" (ibid.). I afhandlingens undersøgelse suppleres denne udmelding af Jdm. C som efterlyser at:

"Ledelsen bør forpligte os lidt mere så det (seksualitet) bliver en del af vores vejledning til første konsultation og i løbet af graviditeten...det skal indgå som en fast del...det kan godt være at det gør det i forvejen, men det fylder ikke nok til at det er aktuelt"

På baggrund af ovenstående synes det muligt i langt højere grad at synliggøre den seksuelle dimension under familiedannelsen, men det fordrer en aktiv indsats fra sundhedsvæsenet, hospitalsledelserne, jordemoderuddannelsen og fra jordemødrene.

7 Verifikation

Verifikation vurderer afhandlingens pålidelighed og validitet hvorfor følgende afsnit omfatter metodekritiske overvejelser i denne henseende.

Ved validitet forstås om afhandlingens interviewundersøgelse undersøger det som den foregiver at undersøge. Kvale og Brinkmann formulerer validitet i relation til kvalitative metoder som beroende på forskerens håndværksmæssige kvaliteter –og om der dermed i forskningsprocessen er udført kontinuerlig 'kvalitetskontrol' i alle led af den udarbejdede vidensproduktion, herunder forskerens etiske integritet (35). Afhandlingen har efterstræbt at synliggøre sammenhænge mellem de konkrete processer for således at møde kvalitetskriteriet om gyldighed (ibid.). Yderligere er der gennem hele problemanalysen argumenteret for

anvendelse af data i relation til formål og forskningsspørgsmål. Gennem kodnings- analyse- og diskussionsprocessen er forskningsspørgsmålet løbende stillet over for data for at sikre konsistens og forankring mellem delene. Ligeledes er der under de fire interviews stillet validerende spørgsmål til informanterne for at sikre korrekt forståelse af de fremkomne svar. Det kan indvendes at udgøre en svaghed at informanterne ikke har haft lejlighed til at validere og acceptere data – dette kan imidlertid også udgøre en styrke, da interviewprocessen ofte giver anledning til refleksion og eftertænkning hvorved påfølgende svar kan influeres (66). Det kan beskrives som en svaghed at transskriberingen udelukkende er udført af forfatteren, da involvering af flere personer vil muliggøre sammenligning og afstemning af flere forståelser og fortolkninger, hvilket øger undersøgelsens gyldighed. På den anden side kan der argumenteres for at den umiddelbare stemning samt nonverbale kommunikation er vanskelig at tolke og medtænke i det skriftlige materiale for andre end interviewerens selv (35).

Den anvendte kvalitative forskningsmetode benytter sig af analytisk generaliserbarhed som er karakteriseret ved at kunne generalisere fra et udvalg til nogle idealtyper, til at sige hvorledes lignende situationer eller målgrupper kunne tænkes at se ud eller opføre sig (ibid.). Den strategiske udvælgelse af informanter hvor erfaringsgrundlaget for konsultationspraksis varierede fra 1,5 til 39 år vurderes som værende en fordel for undersøgelsens resultater og overførbare. Afhandlingens resultater kan med en vis sandsynlighed overføres til andre gruppe af jordemødre, da uddannelsesmæssige forudsætninger samt arbejdsforhold i hospitalskulturen er umiddelbart sammenlignelige. Derimod kan resultaterne ikke overføres til jordemødre som arbejder i for eksempel 'hjemmefødselsordningen' eller privatklinikker da disse har andre rammer og ressourcer end hospitalskulturen. Flere af de i analysen inddragede fund fra sammenlignelige faggrupper samt teoretisk viden genfindes i afhandlingens undersøgelse hvilket yderligere styrker generaliserbarheden. Da undersøgelsens resultater hviler på interviews med fire jordemødre ses denne begrænsning som en svaghed idet det anbefales at interviewe 'et tilstrækkeligt' antal informanter indtil der opnås datamætning (ibid.). Et større antal interviews med flere jordemødre kunne tænkes at bidrage med flere perspektiver på det at tale om seksualitet i jordemoderkonsultationen. En metodetriangulering hvor en kvalitativ metode kombineres med andre kvalitative eller kvantitative metoder kunne yderligere kvalificere validiteten samt generaliserbarheden af afhandlingens undersøgelse (38). Et observations-studie ville eksempelvis kunne understøtte eller afdække diskrepanser mellem det sagte og de udførte handlinger i jordemoderkonsultationen hvilket er en væsentlig anke i relation til afhandlingens undersøgelse.

Det vurderes at afhandlingens metode og design har været velegnet i forhold til indsamlet empiri og analyse af denne. De fremkomne resultater ses dermed at møde afhandlingens formål om at

få en større og dybere indsigt i jordemødrenes oplevelse og erfaring af samtale om seksualitet under familiedannelsen. Resultaterne vurderes dermed at udgøre et ydmygt bidrag til en større forståelse på området og nuværende afhandling kan på denne baggrund udgøre et pilotprojekt for yderligere forskning på området.

8 Konklusion

Følgende afsnit omfatter en besvarelse af afhandlingens problemformulering:

Hvilken erfaring og oplevelse har danske jordemødre i forhold til at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner?

Problemformuleringen er søgt besvaret gennem fire individuelle interviews med jordemødre som har varierende erfaring med jordemoderkonsultation. Empirien er indhentet ved hjælp af en induktiv tilgang med anvendelse af en semistruktureret interviewguide som er udarbejdet på baggrund af afhandlingens opnåede for-forståelse samt inkluderet litteratur. De fremkomne resultater er analyseret og diskuteret med inddragelse af relevant teori og forskning på området samt sexologisk erfaring. Den egentlige besvarelse af problemformuleringen er opstillet i følgende underpunkter:

- Jordemødre oplever seksualitet som et sjældent tema i jordemoderkonsultationen – da den gravide og hendes partner sjældent responderer på jordemødrenes introduktion af seksualitet i form af en pjece. Pjecen ses at have afgørende betydning for om seksualitet italesættes. En tiltagende digitalisering af information under familiedannelsen ses at udgøre en potentiel erstatning eller en kvalificering af den personlige samtale hvilket kan få betydning for en fremtidig dialog om seksualitet og samliv.
- Jordemødrenes introduktion og medfølgende signal om temaets naturlige relevans under familiedannelsen varierer i tyngde, form og indhold og påvirkes af personlig interesse, opfattelse af temaets relevans, blufærdighed samt en erfaring om at seksualitet som tema er potentielt tidskrævende og problematisk. Temaet fraprioriteres derfor som følge af tidsmangel i jordemoderkonsultationen hvilket viser sig at udgøre en væsentlig begrænsning.
- Overordnet synes parret ikke at modtage et overbevisende signal fra jordemødrene om accept af seksualitet som et obligatorisk og naturligt tema hvilket forstærker et eksisterende 'tovejs tabu'. Jordemødrene anser temaet for så følsomt at en afventende position prioriteres.

- PLISSIT-modellen som samtaleredskab vurderes som velegnet til at gøre jordemødre mere proaktive- så sådanne modeller bør derfor overvejes indført i praksis.
- Italesættelse af seksualitet forudsætter jordemødrenes bevidstgørelse af egne forhold til emnet, hvorfor en 'professionel' holdning bør tilstræbes, da personlig tilgang influerer og har betydning for graden af italesættelse af tabubelagte temaer.
- Jordemødrene finder egen viden i relation til samtale om seksualitet og samliv sufficient set i forhold til opgaven, hvilket den indsamlede empiri til dels understøtter. Denne viden anvendes ikke proaktivt i konsultationen, hvilket, sammenholdt med jordemødrenes og parrenes egne udsagn om temaets væsentlighed, samt jordemødrenes udsagn om at de altid følger op på parrets initiativ, udgør et dilemma.
- Dilemmaet kan forklares ud fra de ovenfor beskrevne barrierer, samt en organisatorisk og uddannelsesmæssig undertematisering af seksualitet som en væsentlig trivselsfaktor. Denne diskurs medfører at ansvaret for italesættelse af seksualitet i jordemoderkonsultationen reelt overlades til den enkelte jordemoder.
- Tidsrammen for jordemoderkonsultationen bør fra organisatorisk side revurderes under hensyntagen til Sundhedsstyrelsens anbefaling om inkluderede temaer samt organisationens understregning om at disse bør tilgås med dialog og *sundhedsfremme* for øje.
- 'Tavs uvidenhed' bør være et fokuspunkt da jordemødrenes viden udelukkende er erfaringsbaseret og der kun er ringe monofaglig erfaringsudveksling og et totalt fravær af efteruddannelse.
- Afhandlingens undersøgelse finder at seksualitet udelukkende italesættes af parret når der opstår problemer desangående. Jordemødrene reflekterer ikke over dette, hvorfor en iboende diskurs om risikotækning frem for sundhedsfremme synes at influere på jordemoderens praksis.
- En større synliggørelse af den seksuelle dimension under familiedannelsen synes mulig, men det fordrer en aktiv indsats fra sundhedsvæsen, hospitalsledelserne jordemoderuddannelsen og fra jordemødrene.

9 Perspektivering

Graviditet, fødsel og barsel forløber for langt de fleste par som en normal og naturlig del af livet. Transitionen indebærer ligeledes for langt de fleste ændringer i relationens seksualitet og intimitet – ændringer som ofte er normale og forbigående, men, som tydeliggjort i afhandlingens analyse, også kan medføre langvarige og uløselige konflikter i parforholdet hvis disse ikke

italesættes. Set i et folkesundheds- og samfundsøkonomisk perspektiv er det således væsentligt at jordemoderen, som den kontinuerlige rådgiver under graviditeten, jævnfør afhandlingens undersøgelses fund, oplever flere udfordringer i forhold til italesættelse af seksualitet og samliv, hvilket medfører at temaerne ikke synliggøres som en obligatorisk del af jordemoderkonsultationen. Resultaterne er som beskrevet i analyserne sammenfaldende med fund fra lignende studier, som viser at seksualitet nedtones af sundhedsprofessionelle generelt, nationalt- samt internationalt. Disse adskiller sig imidlertid væsentligt på flere punkter. Jordemødrene i afhandlingens undersøgelse demonstrerer en viden om seksualitet relateret til graviditet, som vurderes fyldestgørende for at operationalisere temaet på et informations-vejlednings og rådgivningsniveau hvilket kan være årsagen til at supplerende viden på området, i modsætning til sygeplejersker, ikke efterspørges af jordemødrene i undersøgelsen. Yderligere er jordemødrene generelt villige til at tale om seksualitet og samliv hvis parrene bringer temaerne op. Derimod er aktuelle udfordringer som tidspres, blufærdighed og manglende viden om *brugerens* interesse på området sammenfaldende med udsagn fra øvrige sundhedsprofessionelles. Kvalificering af det seksuelle aspekt i svangreomsorgen kræver en indsats på flere fronter. Grundlæggende er det nødvendigt med mere forskning på området – både i relation til brugerens behov og forventninger, hvilket kan effektueres ved at inkludere temaerne seksualitet og samliv i allerede eksisterende undersøgelsesdesign i form af LUP, og i relation til danske jordemødre, eventuelt med afhandlingens undersøgelse som inspiration. Ydermere vurderes det som afgørende at sundhedsmyndighederne demonstrerer en reel anerkendelse af WHO's brede bio-psyko-sociale definition af seksuel sundhed, og på denne baggrund i højere grad fokuserer på seksualitet som en sundhedsfremmende trivselsfaktor, og ikke bare som nu rette ressourcerne mod forebyggelse af sygdom. Dette indebærer at signalet til sundhedsprofessionelle centralt som lokalt bør dimensioneres således at seksuel sundhed som tema formuleres som en obligatorisk og naturlig del af svangreomsorgen. Dette kan gøres ved at medtænke temaet i efteruddannelse, pjecer og retningslinjer hvor indhold og fremgangsmåde, eventuelt i form af eksempler ved PLISSIT-modellen, ekspliciteres tydeligt. Det findes relevant at udpege nøglepersoner lokalt på afdelingerne som motivatorer for hvorledes kommunikation omkring seksualitet optimeres. Jordemoderuddannelsen bør sideløbende opprioriterer faget seksuel sundhed samt inddrage elementer af personlig bevidstgørelse. Endelig vil en inkludering af seksualitet og samliv i aktuelle web-baserede spørgeskemaer til gravide beregnet til at kvalificere det første møde med jordemoderen, sende et signal om at temaerne anses for at være en naturlig og velkommen del af konsultationen (47).

10 Referenceliste

- (1) Christensen BS, Grønbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav* 2011;40(1):121-132.
- (2) Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2nd ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; eksp. Komiteen for Sundhedsoplysning; 2015.
- (3) Danmarks statistik. *Fødsler: Hovedtal*. [Internet] 2015 [March/5; 2015] Available at: <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/foedsler/foedsler.aspx>.
- (4) Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47(1):27-49.
- (5) Jordemoderforeningen. *Etiske retningslinjer for jordemødre*. [Internet] 2010 [March/17; 2015] Available at: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf.
- (6) Graugaard C, Hertoft P, Møhl B. *Krop, sygdom & seksualitet*. Kbh.: Hans Reitzel; 2006.
- (7) WHO. *Defining sexual health*. [Internet] 2015 [March/2; 2015] Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
- (8) Graugaard C, Pedersen B, Frisch M. *Seksualitet og sundhed*. [Internet] 2013 [Mar/15; 2015] Available at: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/rapporten_seksualitet_og_sundhed.pdf.
- (9) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8;196(4286):129-136.
- (10) Mosbæk C. *Det nyfødte barn - de nye forældre : om fødselens psykologi*. Kbh.: Hans Reitzel; 1996.
- (11) Iversen H, Gimbel H. *Gynækologi, fødsel og seksualitet*. In: Graugaard, C, Hertoft P, Møhl, B, editor. *Krop, sygdom & seksualitet*. Kbh: Hans Reitzel; 2006. p. 313-339.
- (12) Sobecki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex1: Results of a National Survey of US Obstetrician/Gynecologists. *The journal of sexual medicine* 2012;9(5):1285-1294.
- (13) Olsson A, Robertson E, Björklund A, Nissen E. Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scand J Caring Sci* 2010;24(4):716-725.
- (14) Radoš SN, Vraneš HS, Šunjić M. Sexuality during pregnancy: What is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *J Sex Marital Ther* 2014(ahead-of-print).
- (15) Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci* 2005;19(4):381-387.

- (16) Madsen SA, Munck H, Tolstrup M. Fædre og fødsler. Kbh.: Frydenlund; 1999.
- (17) Almås E, Benestad E. Sexologi i praksis. 2nd ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
- (18) Ottosen M, Stage S. Delebørn i tal -en analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse. [Internet] 2015 [March/3; 2015] Available at: <http://www.sfi.dk/resultater-4726.aspx?Action=1&NewsId=3450&PID=9422>.
- (19) Gut R, Region Hovedstaden. Enheden for Brugerundersøgelser. Kvinders oplevelser af graviditet, fødsel og barsel i Region Hovedstaden 2010 : spørgeskemaundersøgelse blandt 2511 kvinder. :84 sider.
- (20) Axelsen SF, Brixval CS, Due P, Koushede V. Integrating couple relationship education in antenatal education—A study of perceived relevance among expectant Danish parents. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2014;5(4):174-175.
- (21) Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000;107(8):964-968.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv. [Internet] 2015 [March/17; 2015] Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704>.
- (23) Region Hovedstaden. Patient Empowerment i Region Hovedstaden. [Internet] 2014 [March/15; 2015] Available at: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Documents/Patient_empowerment_RegionH.pdf.
- (24) Frydendahl Lassen B. På vej til at blive mor og far : køn, klasse, etnicitet og race i jordemoderkonsultationer. *Kvinder* 2010;19(1):18-27.
- (25) Professionshøjskolen Metropol. Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab. [Internet] 2015 [March/14; 2015] Available at: <http://www.phmetropol.dk/Uddannelser/Jordemoder/Uddannelsen/Studieordning>.
- (26) Johansen M, Thyness EM, Holm J, Møgelmoose K. Når seksualitet tages alvorligt. Kbh.; Ringsted: Gad; i samarbejde med Formidlingscenter Øst; 2001.
- (27) Lunde IM, Ramhøj P. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab : kvalitative metoder. Kbh.: Akademisk Forlag; 1995.
- (28) Kristiansen HM, Buus N, Tingleff EB, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis : begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken* 2008;108(10, Tillæg):2-8.
- (29) Spidsberg BD, Sørli V. An expression of love—midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *J Adv Nurs* 2012;68(4):796-805.
- (30) Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery* 2002;18(2):113-125.
- (31) Edin KE, Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002;18(4):268-278.

- (32) Leval A, Widmark C, Tishelman C, Maina Ahlberg B. The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care Women Int* 2004;25(8):743-760.
- (33) Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery* 2011;27(2):195-202.
- (34) Stoltz P, Willman A, Bahtsevani C, Ludvigsen MS. Evidensbaseret sygepleje : en bro mellem forskning og klinisk virksomhed. 2nd ed. Kbh.: Gad; 2007.
- (35) Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (36) Brinkmand S, Tanggaard L editors. Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015.
- (37) Martinsen B, Norlyk A. Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken* 2011;111(12):64-68.
- (38) Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. 4th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2000.
- (39) Sex og Samfund. Når 2 bliver til 3 - hvad så med sexlivet? [Internet] 2006 [April/11; 2015] Available at: <http://www.sexogsamfund.dk/Files/Filer/Sex%20og%20Samfund/Klar%20Besked%20%20i%20PDFformat/Naar2blivertil3.pdf>.
- (40) Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. reviderede og utvidede utgave ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
- (41) Annon JS, Robinson CH. The use of vicarious learning in the treatment of sexual concerns. In: LoPiccolo J, LoPiccolo L, editors. *Handbook of sex therapy* Newyork: Plenum Press; 1978. p. 35-56.
- (42) Petersen H. Det kommunikerende hospital. Kbh.: Børsen; 2008.
- (43) Århus Universitetshospital. Pjecer og vejledninger om Graviditet og fødsler. [Internet] 2015 [May/4; 2015] Available at: <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/pjecer-og-vejledninger/graviditet-og-fodsler/>.
- (44) Den offentlige sundhedsportal. Sundhed og forebyggelse -graviditet-fødsel-barsel. [Internet] 2015 [May/4; 2015] Available at: <https://www.sundhed.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/graviditet-foedsel-barsel/gravid-liste/>.
- (45) Professionshøjskolen Metropol. Min eGraviditet. [Internet] 2015 [May/4; 2015] Available at: <http://www.phmetropol.dk/Forskning/Sundhed/Teknologi+og+medikalisering+i+graviditet+foedel+og+barsel/Min+eGraviditet>.
- (46) Rigshospitalet. En familie fødes- Fødsels- og familiekursus for førstegangsfødende på Rigshospitalet. [Internet] 2015 [May/4; 2015] Available at: [://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-](http://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-)

[og-klinikker/julianemarie/obstetrisk-klinik/graviditeten/foedselsforberedelse/Sider/en-familie-foedes.aspx.](#)

(47) Jordemoderforeningen. De gravide skal inddrages. [Internet] 2015 [May/4; 2015] Available at: <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/de-gravide-skal-inddrages/>.

(48) Christensen K, Sommer C. Sygeplejersker forsømmer at tale seksualitet med patienterne. [Internet] 2015 [April 16; 2015] Available at: http://www.dsr.dk/sygeplejersken/sider/sy-2007-06-24-1-sex_p%C3%A5_skemaet.aspx.

(49) Gohr C, Holme Bertelsen AM. Den gode fødsel : en antropologisk analyse af fødselsfortællingen. København: Museum Tusulanum Press; 2006.

(50) Martinsen K. Samtalen, skjønnets og evidensen. Oslo: Akribe; 2005.

(51) Birkler J. Valg er en tung forpligtelse for mange patienter. Ugeskrift for læger 2010;172(49):3438-3439.

(52) Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. J Adv Nurs 2010;66(6):1308-1316.

(53) Stead M, Brown J, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. Br J Cancer 2003;88(5):666-671.

(54) Skovmand K, Hyldgaard N. Når graviditeten bliver et sygeforløb. Politiken. 2003 Sep 7: Danmark.

(55) Region Hovedstaden. Risiko Normalitet Faglig identitet. [Internet] 2015 [April/14; 2015] Available at: https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/forskningsenheden-kvindes-og-boerns-sundhed/netvaerk-og-videndeling/Documents/MVUnetvaerk_anneBarfoedMasterNRF.pdf?rhKeywords=risiko+normalitet+faglig+identitet#search=risiko%20normalitet%20faglig%20identitet.

(56) Birkler J. Filosofi & jordemoderkunst. 1st ed. Esbjerg: UC Vest Press; 2010.

(57) Larsson A, Dykes A. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. Midwifery 2009 2009-12;25(6):682-682-690.

(58) Spidsberg BD. Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. J Adv Nurs 2007 2007-12;60(5):478-478-486.

(59) Hawwa A, Harwaa V. Etnicitet, kultur og seksualitet. In: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B, editors. Krop, sygdom og seksualitet. Kbh: Hans Reitzel; 2006. p. 57 - 71.

(60) Schroll A, Tabor A, Kjaergaard H. Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2011;32(1):19-26.

(61) Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2014 2014;121(10):1237-1237-44.

(62) Helweg-Larsen K, Larsen HB, Schütt NM. Unges trivsel år 2008 : en undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed; 2009.

(63) Stampe C. Læger bør tale langt mere om patienternes sexliv. Politiken. Oct 28. ;Debat.

(64) Danske Regioner, Region Hovedstaden. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. LUP fødende : den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser blandt fødende : spørgeskemaundersøgelse blandt 9.500 kvinder. :55 sider.

(65) Danske Regioner. Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen. [Internet] 2015 [May/2; 2015] Available at: <http://www.e-pages.dk/regioner/87/>.

(66) Dyhr L, Schmidt L. Interviewet som forskningsmetode. In: Lunde IM, Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. 3rd ed. Kbh: Akademisk forlag; 1995. p. 154-168.

11 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Oversigt over litteratursøgningsproces (side 52 - 55)





Bilag 2: Oversigt over inkluderet litteratur (side 56 - 57)

Bilag 3 Information og samtykkeerklæring (side 58)



























Bilag 4 Interviewguide (side 59 – 60)

Bilag 1: Oversigt over litteratursøgningsproces



Søgefraser PubMed d.21.03-2015 (de røde pile illustrerer gennemgået litteratur).

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#74	Add	Search (((((((qualitative) OR interview) OR qualitative research)) AND (((sexuality) OR intimacy) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((midwifery) OR nurse midwife) OR midwives) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (pregnancy AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((knowledge) OR attitudes) OR practice) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((postnatal) OR postpartum period) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh]) Filters: Abstract; Humans	 8	06:23:38
#73	Add	Search (((((((qualitative) OR interview) OR qualitative research)) AND (((sexuality) OR intimacy) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((midwifery) OR nurse midwife) OR midwives) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (pregnancy AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((knowledge) OR attitudes) OR practice) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh]) Filters: Abstract; Humans	 27	06:22:31
#72	Add	Search (((((((qualitative) OR interview) OR qualitative research)) AND (((sexuality) OR intimacy) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((midwifery) OR nurse midwife) OR midwives) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (pregnancy AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh]) Filters: Abstract; Humans	 32	06:21:39
#71	Add	Search (((((((qualitative) OR interview) OR qualitative research)) AND (((sexuality) OR intimacy) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh])) AND (((midwifery) OR nurse midwife) OR midwives) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh]) Filters: Abstract; Humans	 107	06:19:38
#70	Add	Search (((qualitative) OR interview) OR qualitative research) AND (((sexuality) OR intimacy) AND hasabstract[text] AND Humans[Mesh]) Filters: Abstract; Humans	7157	06:18:28
#69	Add	Search (postnatal) OR postpartum period Filters: Abstract; Humans	46096	06:16:35
#67	Add	Search ((knowledge) OR attitudes) OR practice Filters: Abstract; Humans	789914	06:15:59
#65	Add	Search pregnancy Filters: Abstract; Humans	359064	06:15:03
#63	Add	Search ((midwifery) OR nurse midwife) OR midwives Filters: Abstract; Humans	14619	06:14:43
#61	Add	Search (sexuality) OR intimacy Filters: Abstract; Humans	64999	06:13:24
#60	Add	Search ((qualitative) OR interview) OR qualitative research	276549	06:12:53

Søgefraser på CINALH (TX ALL TXT) d.21.03.2015

S11	 S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (0) 
S10	 S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7) 
S9	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (10) 
S8	 S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (15) 
S7	 S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,218)
S6	 postnatal OR post partum	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (4,743)
S5	 attitudes to sexuality OR knowledge OR attitudes OR practice	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (137,002)
S4	 pregnancy OR pregnant woman	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (25,539)
S3	 midwives OR midwifery OR nurse midwife	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,802)
S2	 sexual behavior OR sexuality OR intimacy	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7,973)
S1	 qualitative OR interviews	Limiters - Abstract Available; Peer Reviewed; Human	 View Results (101,208)

Søgefraser på PsykInfo d.21.03.2015 (Skærbillede nr.1)

#	Query	Databases	Results
1. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(attitudes) OR Any Field:(knowledge) OR Any Field:(practice) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND (Any Field:(postnatal) OR Any Field:(post partum)) AND (Any Field:(pregnancy)) AND (Any Field:(midwifery) OR Any Field:(midwives) OR Any Field:(nurse midwives)) AND (Any Field:(sexuality) OR Any Field:(sex)) AND (Any Field:(qualitative) OR Any Field:(interview) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	0
2. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(postnatal) OR Any Field:(post partum)) AND (Any Field:(pregnancy)) AND (Any Field:(midwifery) OR Any Field:(midwives) OR Any Field:(nurse midwives)) AND (Any Field:(sexuality) OR Any Field:(sex)) AND (Any Field:(qualitative) OR Any Field:(interview) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	0
3. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(pregnancy)) AND (Any Field:(midwifery) OR Any Field:(midwives) OR Any Field:(nurse midwives)) AND (Any Field:(sexuality) OR Any Field:(sex)) AND (Any Field:(qualitative) OR Any Field:(interview) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO ,  PsycARTICLES , PsycTHERAPY	23
4. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(midwifery) OR Any Field:(midwives) OR Any Field:(nurse midwives)) AND (Any Field:(sexuality) OR Any Field:(sex)) AND (Any Field:(qualitative) OR Any Field:(interview) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO ,  PsycARTICLES , PsycTHERAPY	157
5. <input type="checkbox"/>	(Any Field:(sexuality) OR Any Field:(sex)) AND (Any Field:(qualitative) OR Any Field:(interview) AND Publication Type:"Peer Reviewed Journal") AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	24,357

Søgefraser på PsykInfo d.21.03.2015 (Skærbillede nr.2)

6.	<input type="checkbox"/>	Any Field: attitudes OR Any Field: knowledge OR Any Field: practice AND Publication Type: Peer Reviewed Journal	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	600,495
7.	<input type="checkbox"/>	Any Field: postnatal OR Any Field: post partum AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	15,274
8.	<input type="checkbox"/>	Any Field: pregnancy AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	25,058
9.	<input type="checkbox"/>	Any Field: midwifery OR Any Field: midwives OR Any Field: nurse midwives	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	7,582
10.	<input type="checkbox"/>	Any Field: sexuality OR Any Field: sex AND Peer-Reviewed Journals Only	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	189,987
11.	<input type="checkbox"/>	Any Field: qualitative OR Any Field: interview AND Publication Type: Peer Reviewed Journal	PsycINFO , PsycARTICLES , PsycTHERAPY	289,638

Bilag 2: Oversigt over inkluderet litteratur

Nedenfor er de udvalgte artikler skematisk gengivet for at tydeliggøre specielt formål, metode og konklusion.

Oversigt over og vurdering af inkluderet litteratur							
Inspireret af Sundhedsstyrelsen, Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, 2004							
Forfatter/ årstal/ tidsskrift/ land	Titel	Formål	Population/ Materialer	Undersøgelser- design	Data- materiale	Fund/ resultater	Kommentarer/ Begrænsninger
Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. 2009 Midwifery Sverige	Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check	At beskrive jordemødres refleksion omkring rådgivning af barslende kvinder og partner med specielt fokus på sexlivet.	32 svensk ejordemødre	Kvalitativt deskriptivt. 5 fokus-gruppe interviews på 5 til 7 jordemødre Åben interview guide	Transskribering af interviews kodes - der udformes individuelle kodeskema af 3 af studiets forfattere – disse sammenholdes og danner grundlag for kategorisering. Analysen er inspireret af Graneheim og Lundman.	Jordemødrene identificerede 4 kategorier af kvinder som en guide for deres valg af rådgivning omkring sexlivet, – sunde kvinder, kvinder med traumatisk fødsel, kvinder med samlivs-problemer og kvinder med kommunikative udfordringer. Jordemødrene fandt at mangel på sexologisk viden, manglende tid og manglende retningslinjer begrænser dem.	Grundig beskrivelse af rekruttering samt frafald af interview-personer. Detaljeret beskrivelse af data indsamlings metode. Grundig beskrivelse af data-analyse. Tema følsomt kunne være en fordel med individuelle interview

<p>Edin KE, Högberg U</p> <p>2002</p> <p>Midwifery</p> <p>Sverige</p>	<p>Violence against pregnant women will remain hidden as long as no questions are asked</p>	<p>At undersøge om vold /seksuel vold er et tema som jordemødre italesætter i svangreomsorgen og i så fald hvordan</p>	<p>5 svenske jordemødre</p>	<p>Kombination af Kvalitativt og kvantitativt.</p> <p>Der blev udført 5 individuelle interview</p> <p>Semi-struktureret interview-guide</p>	<p>Der foretages en åben kodning af det transskriberede materiale (grounded theory). Interviewene blev transskriberet og kodet af 2 forskellige personer.</p>	<p>Jordemødrene fandt det grænseoverskridende at spørge den gravide ind til vold/seksuel vold men mindre de havde stærke beviser på forekomst af vold. Dette blev yderligere vanskeliggjort hvis relationen mellem jdm og kvinde var svær samt mangel på retningslinjer.</p>	<p>Grundig beskrivelse af rekruttering</p> <p>Detaljeret beskrivelse af dataindsamling og Data-analyse</p> <p>Ikke generaliserbar lille materiale</p>
<p>Leval A, Widemark C, Tishelman C, Ahlberg BM</p> <p>2004</p> <p>Health Care for Women International</p> <p>Sverige</p>	<p>The encounter that rupture the myth: contradictions in midwives` descriptions and explanations of circumcised women immigrant sexuality</p>	<p>At analysere hvordan jordemødre taler om infibulerede afrikanske patienters seksualitet</p>	<p>26 svenske jordemødre</p>	<p>Analytisk ekspansion af data fra 8 fokus-gruppe interview og 3 individuelle interview med 26 jordemødre</p>	<p>Forfatterene identificerede 4 temaer:</p> <p>Seksualitet opfattes fra et inherently ethnocentric perspective.</p> <p>Jordemødrene har mange spørgsmål vedr. kvindernes seksualitet men søger ikke svar på disse</p> <p>Den infibulerede kvinde opfattes som magtesløs i forhold til maskulin dominans.</p>	<p>Svagthed at metode til frembringelse af data ikke er tilgængeligt i artiklen. Dog henvises der til us. som danner baggrund for data.</p>	

Bilag 3 Information og samtykkeerklæring

Kære xxxx

Jeg hedder Signe Fog-Møller og er studerende på Master i Sexologi på Aalborg Universitet.

Jeg er i gang med en undersøgelse i forbindelse med mit afsluttende masterprojekt, som har til formål at få mere viden om graviditet og seksualitet – er det et tema som jordemødre oplever i jordemoderkonsultationen?

Du anmodes om, at deltage i en interviewundersøgelse, der vil indgå i min masterafhandling.

Hensigten med interviewene er, at den viden der kommer frem, måske kan bruges til at sætte fokus på det seksuelle aspekt til gavn for jordemødre og patienter.

Interviewet forventes at være på 1 time. Tid og sted aftales, så det passer dig bedst muligt.

Interviewet optages på bånd – optagelsen slettes når undersøgelsen er afsluttet.

De indsamlede data vil blive behandlet fortroligt og anonymiseres i det endelige projekt. Der kan forekomme citater fra interviewet, som du evt. selv vil kunne genkende. Det skal understreges, at det er frivilligt, at deltage og at du til enhver tid kan trække dig ud af undersøgelsen.

Ved yderligere spørgsmål er du velkommen til at kontakte mig på tlf. xxxx eller xxxxxxx@hotmail.com.

Med venlig hilsen og på forhånd tak

Jordemoder Signe Fog-Møller

Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget skriftligt information, siger ja til at deltage i den beskrevne undersøgelse. Jeg er informeret om at det er frivilligt at deltage, og at jeg til enhver tid kan trække mit udsagn tilbage uden yderligere begrundelse. Jeg er informeret om at alle oplysninger behandles fortroligt.

Deltagers underskrift _____ Dato ____/____/____

Projektansvarlig underskrift _____ Dato ____/____/____

Bilag 4 Interviewguide

Interviewguide (side 1)

Indledende præsentation	Interviewet indgår som en del af mit masterprojekt ved Aalborg Universitet. Projektet har til formål at belyse hvordan danske jordemødre oplever det at tale om seksualitet med den gravide og hendes partner i jordemoderkonsultationen samt deres erfaring med denne samtale
Begrebsafklaring	Begrebet seksualitet forstås her ud fra et bredt perspektiv – seksualitet rummer biologiske, psykiske såvel som sociale aspekter.
Faktuelle spørgsmål	Alder, anciennitet som jordemoder (uddannet som professionsbachelor), erfaring med jordemoderkonsultation –år, uddannelsesinstitution.
Forskningsspørgsmål	Interviewsspørgsmål
Hvordan oplever jordemødre det at samtale om seksualitet med den gravide og hendes partner?	Taler du med den gravide og hendes partner om seksualitet? Hvordan italesætter du det (seksualitet)? Hvordan bære du dig ad? Har du nogen redskaber som du benytter dig af? Kan du nævne nogen eksempler? Er det efter din opfattelse vigtigt? Hvorfor det/hvorfor ikke? Tror du at den gravide/partner har et behov for at tale om seksualitet? Hvordan finder du ud af det? Hvad tænker du om det?
Hvad oplever jordemødre som fremmende for italesættelse af seksualitet?	Hvad oplever du som fremmende for at tale om seksualitet? Hvad gør det nemmere? Hvad kunne gøre det nemmere for dig? Er der nogen situationer hvor det er nemmere end andre? Hvad skyldes det? Kan du nævne et eksempel?
Hvad oplever jordemødre som hæmmende for italesættelse af seksualitet?	Hvad oplever du som hæmmende for at tale om seksualitet? Hvad gør det sværere? Er der nogen situationer hvor det er sværere end andre? Hvad skyldes det? Kan du nævne et eksempel? Hvem tager initiativet?

	Vi ved godt at der er travlt i konsultationen men hvis du havde tid ville du så tale om seksualitet og hvordan ville du gribe det an?
--	---

Interviewguide (side 2)

Hvilke faglige forudsætninger har jordemødre for at tale om seksualitet?	Hvordan har din uddannelse forberedt dig til at tale om seksualitet? Kan du give nogle eksempler? Hvad kunne du forestille dig man kunne gøre rent uddannelsesmæssigt for at det bliver lettere? Hvordan det? Hvordan har din arbejdsplads forberedt dig? Har i nogen konkrete vejledninger lokalt? Taler du med dine kollegaer om hvordan de griber samtalen an? Hvad siger de?
Hvordan er jordemødres oplevelse af patienternes behov for at få vejledning om seksualitet?	Der er mange undersøgelser som viser at gravide og partner efterspørger mere vejledning og information omkring seksuelle aspekter i graviditeten? Hvad mener du om det? Hvad tror du det skyldes? Hvad sker der hvis vi som sundhedsprofessionelle ikke italesætter seksualitet? Hvad skal der til?
Retningslinjer på området	Kender du til de overordnede anbefalinger fra sundhedsstyrelsen på området? Hvad tænker du om det?