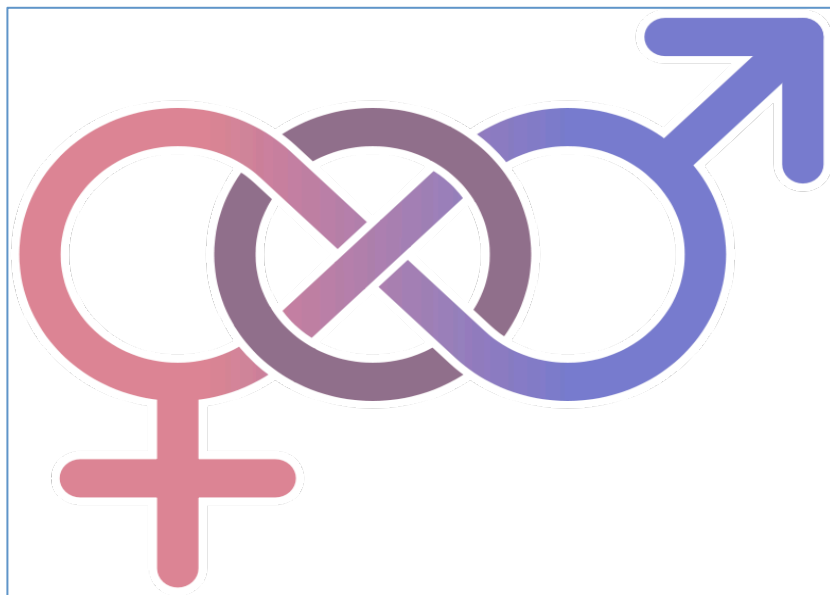


Seksualitet & Moderskab

Et kvalitativt projekt om kvinders oplevelse af seksualitet og sexliv i forbindelse med moderskabets indtræden

**Bachelorprojekt i jordemoderkundskab
af
Elizabeth Hegermann-Lindencrone**

**December 2012
14. modul**



Vejleder: Signe Beck

Antal anslag: 76.073

Jordemoderuddannelsen
Professionshøjskolen Metropol

Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.

"Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vor mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, så må også seksuel helse være en basal menneskeret."

(Langfeldt & Porter, WHO, 1986)

I henhold til "Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser" nr. 1016 af 24/08/2010 bekræfter undertegnede med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 19, stk. 6:

Elizabeth Hegermann-Lindenchrone

Resumé:

I dette projekt ønskes der med en hermeneutisk tilgang at belyse, hvordan kvinder oplever, at seksualiteten og sexlivet påvirkes i forbindelse med moderskabets indtræden, og endvidere hvordan jordemoderen kan støtte kvinden bedst muligt. Med udgangspunkt i 3 kvalitative studier, Giddens teori om seksualitet i det moderne samfund, Eide & Eides kommunikationsteori samt PLISSIT-modellen, konkluderes det, at det ville være positivt, hvis jordemoderen støttede og vejledte kvinder om forandringer relateret til seksualitet og sexliv allerede i transitionen til at blive mor, da kvinder måske kan føle sig mere trygge og forberedte, hvis samtalen om sex vægtes og italesættes i svangreomsorgen.

Indholdsfortegnelse

Problemstilling	1
Problemformulering	3
Afgrænsning.....	3
Begrebsafklaring.....	3
Transition.....	3
Seksualitet og sexliv.....	3
Den postnatale undersøgelse.....	3
Fokusgruppeinterviews.....	3
Metode	4
Valg af videnskabsteoretisk position.....	4
Egen forforståelse.....	5
Projektets struktur.....	5
Begrundelse af valg af Empiri.....	5
Begrundelse for valg af teori.....	6
Samspil mellem teori og empiri.....	7
Søgestrategi.....	7
Teori	8
Anthony Giddens – Seksualitet i det moderne samfund.....	8
Eide & Eide – Kommunikation.....	9
PLISSIT-modellen.....	10
1. Permission.....	10
2. Limited Information.....	11
3. Specific suggestions.....	11
4. Intensive therapy.....	11
Præsentation af begreber til kritisk vurdering af empiri.....	11
Analyse	13
Del 1: Forandringer i parforholdet.....	13
Kvindens kropsbillede.....	13
Roller i parforholdet.....	15
Seksuel lyst.....	16
Delkonklusion analyse del 1.....	17
Del 2: Hjælpende faktorer der støtter kvindens seksualitet og sexliv.....	19

At finde støtte i parforholdet.....	19
Asymmetri mellem kvinden og jordemoderen.....	20
Samtalen om seksualitet og sexliv.....	21
Delkonklusion analyse del 2.....	22
Sammenfatning af analyse.....	23
Diskussion.....	24
Det moderne parforhold.....	24
Kvindens oplevelse af seksualitet og sexliv.....	24
Kan jordemødre anvende PLISSIT-modellen?	25
Hvorfor tale om seksualitet i graviditeten?	26
Jordemoderens pligter.....	27
Jordemoderens viden og uddannelse.....	28
Metodekritik.....	30
Vurdering af projektets teoretisk aktører.....	30
Kritisk vurdering af empiri.....	31
Kritisk vurdering af " <i>Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth</i> " (Olsson et al.,2005).....	31
Kritisk vurdering af " <i>Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood</i> " (Woolhouse et al., 2012).....	31
Kritisk vurdering af " <i>Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check</i> (Olsson et al., 2009).....	32
Vurdering af opgavens metode.....	33
Konklusion.....	35
Litteraturliste	
Bilag 1	
Bilag 2	
Bilag 3	
Bilag 4	

Problemstilling

Som en del af jordemoderens virksomhedsområde består jordemoderens opgave i at forberede de fremtidige forældre på fødslen, barselperioden og rollen som forældre (SST, 2001b). Endvidere er det jordemoderens ansvar og opgave, at støtte kvinden og hendes partner i familiedannelsen, herunder mestring af forældreopgaven (SST, 2009). Jordemoderen skal altså før, under og efter graviditeten støtte parret i udviklingen af forældreskabet, samt de problematikker, der kan opstå i forbindelse med denne overgang. At blive mor medfører på mange områder store livsændringer og kan beskrives som, at man gennemgår en transition til at blive mor. En transition der også påvirker det erotiske samliv i parforholdet og parrets individuelle seksualitet (Mosbæk, 1996). Således ligger det altså inden for jordemoderens kompetenceområde at vejlede kvinder om de ændringer og eventuelle problematikker relateret til sexlivet og seksualiteten, der kan opstå i forbindelse med moderskabets indtræden.

Birkler (2012) beskriver, at seksualiteten i det moderne samfund har gennemgået store forandringer både på det reproduktive område, men også med henblik på lysttilfredsstillelse og sexliv grundet en aftabuivering i samfundet. Selvom der i samfundet er stor fokus på seksualitet viser det sig, at den seksuelle dimension ikke altid er implementeret tilstrækkeligt af de sundhedsprofessionelle. Eksempelvis er de sundhedsprofessionelles kommunikation og vejledning om seksualitet og sexliv i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel begrænset, hvis ikke parret selv bringer emnet op (Alteneder, 1997). Mange sundhedsprofessionelle finder desuden ikke samtalen om seksualitet nødvendig i forbindelse med graviditet og barsel (Lewis & Black, 2006). Risikoen for, at samtalen om sex bliver et tabu i sundhedssystemet kan af den grund tænkes at opstå, hvis ikke seksualitet og sexliv italesættes af de sundhedsprofessionelle.

Den danske svangreomsorg er opbygget således, at kvinden i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel er i kontakt med både egen praktiserende læge, jordemødre, sundhedsplejersker og eventuelt obstetrikere (SST, 2009). Således er der altså flere faggrupper involveret, som alle skal støtte kvinden, også med henblik på eventuelle forandringer i seksualiteten og sexlivet. I *'Anbefalinger fra svangreomsorgen'* (ibid.) fremgår det dog ikke tydeligt, hvordan seksualiteten og sexlivet skal implementeres af de forskellige faggrupper, i arbejdet med de gravide og barslende. Således kan det påpeges som værende problematisk for samtalen om seksualitet og sexliv, at der ikke

ligger flere konkrete anbefalinger hos de professionelle til, hvordan denne del skal integreres i svangreomsorgen.

I jordemoderens kompetenceprofil står beskrevet, hvordan jordemoderen skal kunne kommunikere på en åben og værdig måde og have sociale kundskaber (H:S og Amtsrådsforeningen, 2005). Hvis jordemoderen skal kommunikere om seksualitet og sexliv på en åben og værdig måde, må det således være en forudsætning, at hun har en viden og forståelse af, hvordan der kan tages initiativ til en professionel samtale om sex. Jordemoderen bør altså besidde nogle kommunikative evner til at varetage denne personlige og intime samtale om seksualitet og sexliv. Desuden stilles der forholdsvis store krav til jordemoderens formidlingsevner, idet jordemoderen skal kunne fungere som både underviser, rådgiver, konsulent og supervisor inden for sit fagområde (ibid.). Formidlingsevner der ud over kommunikative færdigheder også må kræve en basisviden om seksualitet og sexliv i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel som jordemoderen, for at kunne give en sammenhængende støtte, bør være uddannet til. Mange kvinder ønsker netop muligheden for at diskutere sexrelaterede emner i forbindelse med graviditeten, men flere sundhedsprofessionelle oplever, at de ikke har nok viden, tid eller kommunikative evner til at vejlede om sex (Alteneder, 1997).

I Danmark gives der i dag på jordemoderuddannelsens 2. modul, teoretisk undervisning i sexologi svarende til kun 0,5 ECTS point ud af uddannelsens samlede 210 ECTS point (Undervisningsministeriet, 2009).

Min egen oplevelse som jordemoderstuderende har været, at der i jordemoderkonsultationen kun bliver talt i meget begrænset omfang om kvindens seksualitet og sexliv. Min erfaring har været, at Sex og Samfunds pjece "Når 2 bliver til 3 - hvad så med sexlivet?" udleveres ved første konsultationsbesøg, men at emnet derefter kun sjældent berøres. Som studerende har jeg aldrig hørt en jordemoder uopfordret vejlede en kvinde om, hvilke ændringer hun kan opleve i sit sexliv i forbindelse med graviditet og barsel. Derfor findes det relevant i denne opgave at undersøge, hvordan kvinder oplever, at seksualiteten og sexlivet ændres i forbindelse med moderskabet, samt at belyse hvorvidt den information og støtte, der gives af jordemoderen, er tilstrækkelig i transitionen til at blive mor.

Problemformulering

Hvordan påvirker det kvindens seksualitet og sexliv at blive mor, og hvordan kan jordemoderen med sine faglige kompetencer og kommunikation støtte seksualitetens udvikling i transitionen til at blive mor?

Afgrænsning

Når betegnelsen kvinder anvendes i projektet, inkluderer dette heteroseksuelle kvinder, der lever i et fast parforhold, og har en vestlig kulturbaggrund. Selvom både det at få et barn og at have et sexliv er noget parret er fælles om, er kvindens perspektiv valgt for at indsnævre opgavens fokus. Projektet beskæftiger sig endvidere kun med, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden i jordemoderkonsultationen og ikke til eksempelvis fødsels,- og forældreforberedelse.

Begrebsafklaring

Transition

Når ordet transition anvendes, henvises til psykolog, Charlotte Mosbæks udlægning i bogen *"Det nyfødte barn, de nye forældre"* (1996): *"En transition er karakteriseret ved, at den har vedvarende effekt, finder sted over et relativt kort tidsrum og påvirker store dele af personens grundlæggende antagelser"* (Mosbæk, 1996, s.37) og som eksempel gives et barns fødsel. I dette projekt opfattes graviditeten dog ligeledes som en del af transitionen, idét transitionen til at blive mor allerede starter i graviditeten, og der allerede der kan opstå forandringer i seksualiteten og sexlivet.

Seksualitet og sexliv

Når denne betegnelse anvendes, refererer dette til både kvindens individuelle seksualitet og det fælles sexliv, hun har med sin partner.

Den postnatale undersøgelse

Når denne betegnelse anvendes, refereres der til den opfølgende undersøgelse af kvinden nogle måneder efter fødslen, afhængigt af det enkelte lands retningslinjer herfor.

Fokusgruppe interviews (benævnt FGI)

Når der i opgaven refereres til FGI, henviser dette til gruppeinterviews med en mindre gruppe kvinder.

Metode

I dette afsnit redegøres der indledningsvis for valg af videnskabsteoretisk position samt gives en præsentation af egen forforståelse. Herefter følger en beskrivelse af projektets struktur, en præsentation af valget af empiri og teori samt et afsnit om samspillet mellem disse. Afsluttende gives en kort beskrivelse af søgestrategien.

Valg af videnskabsteoretisk position

Da projektets problemformulering har fokus på kvinders personlige følelser og oplevelse af seksualitet og sexliv, bliver projektet et humanvidenskabeligt projekt. Med humanvidenskaben anvendes kvalitativ forskning som empiri. Den kvalitative forskning giver netop mulighed for at fokusere på det enkelte subjekts oplevelse af et fænomen og har således ikke til formål at generalisere ud fra indhentet data, men derimod at give et nuanceret kendskab til fænomenet (Almind, Andersen og Boch, 1999).

Udarbejdningen af det humanvidenskabelige projekt vil være underordnet den hermeneutiske videnskabsteori, da denne teori anses som nødvendig at have kendskab til, for at en forståelse af den enkelte kvindes oplevelse af seksualitet og sexliv kan tilnærmes. Birkler (2007) forklarer, at hermeneutikken omhandler begrebet *forståelse* og beskæftiger sig med, hvordan forståelse og fortolkning altid vil foretages i relation til egne forudfattede meninger, benævnt som forforståelser. Ud fra personens forforståelser, dannes en samlet *forståelseshorizont*, som verden anskues fra. Begrebet *den hermeneutiske cirkel* anvendes til at forklare, at nye delforståelser altid vil skabes på baggrund af helhedsforståelsen, og at samme proces ligeledes foregår omvendt. Således giver hermeneutikken en beskrivelse af forståelsens cirkularitet og forklarer hermed, at man aldrig kan fortolke noget forudsætningsløst. Ved at have fokus på egne forforståelser samt have uvidenhed overfor det undersøgte, kan muligheden for at opnå indsigt i en anden persons forståelse opstå. Målet vil dog ikke være en absolut forståelse af en den anden persons forståelse, men derimod en *horisontsammensmeltning*, hvor man ydmygt forsøger at begribe dét den anden forstår (Birkler, 2007.). I dette projekt skal der således med en hermeneutisk tilgang, ved en opmærksomhed på egne forforståelser, forsøges at tilegne en ydmyg forståelse af kvinders oplevelse af seksualitet og sexliv i forbindelse med moderskabet, og hvordan jordemoderen med denne viden, kan støtte kvinden i transitionen til at blive mor.

Egen forforståelse

Ved projektets start var min forforståelse, at det ville have en positiv indflydelse på kvindens oplevelse, hvis jordemoderen allerede i graviditeten tog mere initiativ til samtalen om seksualitet og sexliv. Min forforståelse var desuden, at hvis jordemoderen i konsultationen vejledte om sexlivet, ville kvinderne opleve at være mere forberedte og trygge. En forforståelse af at tiltagende kommunikationen om seksualitet og sexliv kan hjælpe kvinder med at løse seksuelle problemer, som ellers risikerer at blive tabu. Samtidig var jeg dog af den overbevisning, at undervisningen jordemødre får i sexologi og i kommunikation om seksualitet på jordemoderskolen, ikke er tilstrækkelig og dybdegående nok til at give kvinderne optimal vejledning.

Projektets struktur

Dette humanvidenskabelige projekt lægger op til en psykologisk og jordemoderfaglig opgave med et kommunikativt perspektiv, som konsekvens af valget om at inddrage jordemoderens mulighed for at vejlede kvinden i graviditeten. Projektet er opbygget således, at den udvalgte teori først præsenteres og derefter anvendes til at analysere den udvalgte, kvalitative empiri. Dernæst diskuteres analysens resultater samt projektets metode, og der udledes en samlet konklusion.

Begrundelse af valg af Empiri

Kvalitativ empiri om kvinders oplevelse af seksualitet og sexliv i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, viste sig at være et begrænset forskningsområde. I søgningen blev der dog fundet et mindre antal kvalitative studier om kvinder og mænds oplevelse af seksualitet efter fødslen, samt ét om jordemødres oplevelse af samtalen om seksualitet ved den postnatale undersøgelse.

Således blev det svenske studie, *"Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth"* (Ann Olsson, Martina Lundquist, Elisabeth Faxelid, Eva Nissen, 2005), valgt. Studiet er baseret på FGI og inkluderer 27 kvinder, der alle havde født 3-24 måneder før. Studiet findes relevant at anvende i projektet, da det kan give et indblik i nogle kvinders oplevelse af seksualitet og sexliv kort tid efter fødslen.

Det australske studie *"Women's experience of sex and intimacy after childbirth: Making adjustment to motherhood"* (Hannah Woolhouse, Ellie McDonald, Stephanie Brown,

2012), anvendes desuden i projektet. Studiet er baseret på personlige interviews med 18 kvinder, 2.5-3.5 år efter deres første fødsel. Studiet er valgt, da det kan bidrage til projektet ved at give et indblik i, hvordan nogle kvinder oplever, at moderskabet har influeret på seksualiteten og sexlivet på længere sigt efter fødslen. Desuden er studiet baseret på personlige interviews, modsat studiet af Olsson et al. (2005), hvilket måske kan give et mere detaljeret indblik i kvinders oplevelse.

For at give projektet en jordemoderfaglig dimension, som supplement til kvindernes oplevelser, er det svenske studie, "*Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check*" (Ann Olsson, Eva Robertson, Katarina Falk, Eva Nissen, 2009), valgt. I studiet beskriver jordemødre deres refleksioner omkring rådgivningen ved den postnatale undersøgelse, med fokus på det seksuelle liv. Studiet er baseret på FGI med 10 jordemødre. I Sverige kan det, modsat Danmark, være enten en jordemoder eller læge, der varetager undersøgelsen af kvinden 2-3 måneder post partum (ibid.). Selvom det ikke er jordemødre, der foretager undersøgelsen i Danmark, vurderes studiet relevant for projektet, da jordemødre der skal vejlede om seksualitet og sexliv i graviditeten, sandsynligvis vil opleve nogle af de samme problematikker, som de svenske jordemødre fremhæver i dette studie.

Begrundelse for valg af teori

For at få indblik i, hvilken betydning seksualiteten har i det moderne samfund, og hvilke rammer parforholdet lever under i dag, er sociolog og professor i sociologi, Anthony Giddens (f. 1938) teori om '*det rene forhold*' valgt. I bogen "*Intimitetens forandring – Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*" (1994), beskriver Giddens sin opfattelse af seksualiteten og parforholdets implementering i det moderne samfund. Denne teori anses som relevant for projektet, da de gravides opfattelse af parforhold, seksualitet og sexliv vil være præget af og tage udgangspunkt i den moderne verden, de lever i.

Hilde Eide (f. 1953) sygeplejerske, cand.polit. og højskolelektor i psykologi samt Tom Eide (f. 1951) forsker, dr. Phil i nordisk litteratur og koordinator ved etikprogrammet ved Oslos universitet, har skrevet bogen "*Kommunikasjon i Relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*" (2007). I projektet inddrages teorien om kognitiv kontrol og teorien om symmetriske og komplementære relationer, da disse findes relevante til at belyse, hvilken betydning jordemoderens information og vejledning har, og hvordan

kommunikation måske kan medvirke til at undgå, at seksualitet bliver tabu.

Den amerikanske psykolog og psykoterapeut Jack Annon (1929-2005) har i bogen *"Handbook of sex therapy"* (1978) illustreret teorien om PLISSIT-modellen, som er en ofte anvendt model til at kommunikere om seksuelle anliggender. Denne teori er valgt til projektet, da modellen kan være relevant at anvende for jordemødre til samtalen om seksualitet og sexliv. Modellen er valgt, da den måske kan optimere kommunikationen mellem jordemoderen og kvinden, og bidrage til en italesættelse af emnet inden for svangreomsorgen.

Samspil mellem teori og empiri

Giddens (1994) teori om seksualitet i det moderne samfund og Eide & Eides (2007) kommunikationsteori vil i analysen blive anvendt til at analysere de udvalgte empiriske studier. I diskussionsafsnittet vil Annons PLISSIT-model (1974) dernæst anvendes til at diskutere jordemoderens mulighed for med kommunikation at støtte kvindens seksualitet i graviditeten.

Søgestrategi

Empirien er indhentet på databaserne PubMed, CINAHL Og PsycInfo, for at få et bredt fagligt perspektiv. Især databaser CINAHL og PsycInfo er anvendelige, når der søges efter kvalitativ empiri (Glasdam, 2011). Til søgningen blev der anvendt systematisk søgning med forskellige kombinationer af relevante søgefraser og emneord. Følgende begrænsninger blev sat: Engelsk, dansk, svensk, norsk, publiceret efter år 2000, abstract available, humans. Studierne skulle ligeledes inkludere kvinder fra et vestligt land, hvor forholdene er sammenlignelige med danske levestandarder. Som dokumentation er den komplette søgehistorie vedlagt (bilag 1).

Teori

I dette afsnit fremlægges Giddens (1994), Eide & Eide (2007) og Annons (1994) teori. Afslutningsvis gives en præsentation af de begreber, der senere skal anvendes til en kritisk vurdering af empirien.

Anthony Giddens – seksualitet i det moderne samfund

Ifølge Kaspersen (2001) har det moderne samfund haft stor indflydelse på Giddens sociologiske virke. Giddens har med sine modernitetsteorier beskæftiget sig med samspillet mellem samfundets udvikling og det enkelte individ og mener, at det moderne menneske kendetegnes af dets selvidentitet og af indbyrdes relationer (Kaspersen, 2001). I dette afsnit vil fokus dog ligge på Giddens teori om *det rene forhold* samt begreberne *plastisk seksualitet* og *konfluerende kærlighed*.

Giddens (1994) beskæftiger sig med seksualitetens opståen og væren i det moderne samfund og mener, at det i dag er den romantiske relation, det intime parforhold er baseret på, og ikke længere nødvendigheder eller tvangsbaserede årsager, som eksempelvis økonomiske forhold. Parforholdet er ikke underlagt traditionen, men derimod er det nu op til det enkelte individ at vælge de intime relationer. Det intime forholds prototype introduceres med begrebet *det rene forhold*, som netop henviser til, når to mennesker indgår i et forhold for deres egen skyld, og kun så længe begge finder det attraktivt at være en del af. *Det rene forhold* er således præget af gensidig tillid, og under forudsætning af at begge parter forpligter sig i dette med deres kærlighed til hinanden (Giddens, 1994).

Med begrebet *plastisk seksualitet* beskriver Giddens (1994) en seksualitet, der netop ikke er underlagt reproduktive krav og forpligtelser, men derimod bliver en del af selvets personlige udvikling og identitet. Det moderne samfunds prævention og fertilitetsbehandlinger har bidraget til at skabe fænomenet den *plastiske seksualitet*, da seksualiteten ikke længere er en konstant faktor underlagt biologi og forplantning (ibid.).

Giddens beskriver, at mange parforhold i det moderne samfund er baseret på *konfluerende kærlighed*. Den *konfluerende kærlighed* er en aktivt betinget kærlighed, der udvikler sig i det omfang parterne åbner sig op overfor hinanden. En kærlighedsform der forudsætter en ligestilling i følelsesmæssig given og tagen mellem parterne, og som ikke nødvendigvis er hverken monogam eller heteroseksuelt betinget. Den *konfluerende*

kærlighed bygger på ønsket om at finde det specielle forhold modsat at finde den specielle person. Opnåelsen af gensidig seksuel nydelse er et nøglepunkt for den *konfluerende kærlighed* og er afgørende for forholdets beståen eller opløsning. Med et fælles ønske om at optimere begge køns seksuelle tilfredsstillelse, indhentes der i stort omfang rådgivende information fra eksperter (ibid.).

Giddens mener dog, at der opstår konsekvenser af *det rene forhold*. Forholdet er ikke underlagt faste værdier eller ydre regler, men står derimod til forhandling parterne imellem. Således bliver det tilliden mellem parterne, der er forholdets grundlag, og der tillægges mere personligt ansvar. Parterne skal indbyrdes forhandle sig frem til forholdets betingelser i en konstant kommunikationsproces. Samtidig opstår der usikkerhed ved, at der i *det rene forhold* altid være risiko for, at en af parterne ikke længere finder det tilfredsstillende at være i forholdet og forlader det (ibid.).

Eide & Eide – Kommunikation

Ifølge Eide og Eide (2007) medfører god information, at patienter kan opleve forudsigelighed. Begrebet *kognitiv kontrol* anvendes til at beskrive denne proces, hvor information og vejledning kan modvirke utryghed og usikkerhed i nye situationer. "*Det man ikke vet, vil man ha en spontan tendens til å spekulere og engste sig over*" (Eide og Eide, 2007, s.182). Grundig information om sygdom og behandling kan således grundet en forudsigelighed og et overblik medvirke til, at patienten føler tryghed i situationen, og dette kan styrke oplevelsen af kontrol. Information til patienter er dog ofte mangelfuld, men netop at give information, der er tilpasset patientens individuelle behov, og som imødekommer patientens spørgsmål, er vigtig for patientens tanker og følelser om situationen (ibid.).

Forudsætningen for en god, informerende samtale er, at den foregår ved dialog og på patientens præmisser. Fagpersonen må da finde ud af, hvilke behov og ønsker patienten har, og hvad patienten oplever er relevant at få information om. Sundhedspersonale kan især være dårlige til at give information, hvis budskabet overvejende er negativt. Eide og Eide (2007) henviser her til Folkman & Lazarus teori om coping og forklarer, at meget imidlertid tyder på, at information om selv meget negative ting, kan reducere stress og fremme patientens mulighed for at opleve kontrol over situationen (ibid.). Endvidere skal der være en balance i informationssamtalen, idét både for lidt og for meget information gør, at patienten ikke kan forholde sig til situationen. Information

bør endvidere komme på det rette tidspunkt og gerne i god tid, og gives i et sprog, der er naturligt og forståeligt, og hvor medicinske fagtermer udelades, da dette kan bidrage til forståelse, forudsigelighed og overskuelighed (ibid.).

Eide og Eide (2007) beskriver ligeledes teorien om symmetriske og komplementære relationer. Symmetriske relationer er relationer, der er baseret på lighed mellem parterne, og den komplementære relation på en forskel mellem parterne. Forholdet mellem patienten og den sundhedsprofessionelle er et komplementært forhold, da den sundhedsprofessionelle har magten i situationen. Den sundhedsprofessionelle har med sin viden og uddannelse kompetencer på et område, som således skal komme patienten til nytte. Her bliver det dog den sundhedsprofessionelles opgave samtidig at erkende, at patienten ligeledes besidder kompetencer, ved netop at kende sin egen situation bedst. Således bør den sundhedsprofessionelle fokusere på at skabe en samarbejdende proces, hvor det komplementære forhold mellem den sundhedsprofessionelle og patienten minimeres ved, at patientens egne ressourcer anvendes. Således kan der skabes en dialog præget af symmetri på trods af uligheden mellem patient og professionel (Ibid.).

PLISSIT-modellen

Jack Annon (1978) beskriver PLISSIT-modellen som et redskab fagpersoner kan anvende til at tale med patienter om seksuelle problemer og bekymringer. Modellen består af fire stadier; *Permission, Limited information, Specifik Suggestions og Intensive Therapy*. Modellen kan anvendes i mange forskellige sammenhænge og af flere faggrupper, da den kan tilpasses den fagprofessionelles kompetencer, og hvor meget tid der er til rådighed. PLISSIT-modellens fire niveauer er en gradvis intensivering af samtalen om seksuelle problemer, og patientens behov afgør, hvor mange stadier samtalen gennemgår. Således vil de færreste have behov for nå til det fjerde stadie, *Intensive Therapy*. Desuden pointeres det, at de mest hjælpsomme samtaler om seksualitet og sexliv foregår ved begge involverede parter tilstedeværelse (Annon & Robinson, 1978).

1. Permission

Modellens første og vigtigste stadie omhandler, hvordan fagpersonen indledningsvis bør give tilladelse til, at der kan tales om seksuelle problemer eller bekymringer. Ofte har personen bare brug for, at fagpersonen kan bekræfte, at de seksuelle tanker og

følelser er normale. I dette stadie bør fagpersonen således forsikre personen om, at de seksuelle bekymringer er normale. Samtalen i det første stadie løser ikke alle seksuelle problemer, men mange problemer kan løses allerede her. Hvis der er yderligere behov for samtale, og hvis fagpersonen besidder relevant viden, evner og ressourcer, kan næste stadie tilnærmes. Hvis ikke, bør personen henvises til andre med den rette viden (ibid.).

2. Limited Information

I andet stadie skal den fagprofessionelle give specifik faktuel information relateret til det problem eller de bekymringer personen har. Samtalen i andet stadie kan anses som værende en udbyggende del af det første stadie, og således kan *Permission* og *Limited Information* til tider overlape hinanden (ibid.).

3. Specific suggestions

I tredje stadie skal personen give en uddybende beskrivelse af de seksuelle problemers forløb, og ud fra dette skal fagpersonen komme med konkrete løsningsforslag. Personen skal ikke beskrive hele sin seksuelle livshistorie, fokus bør derimod ligge på de specifikke problemers opståen og udvikling. Ved at fokus bliver på de konkrete problemer, bliver dette ikke intensiv terapi, og kan således også anvendes af fagpersoner, der kun har kort tid til rådighed og ikke har en specialiseret viden om sexologi (ibid.).

4. Intensive therapy

Fjerde stadie tilnærmes, hvis patientens problemer kræver intensiv, individualiseret, terapi, for at løse de seksuelle problemer (ibid.).

Præsentation af begreber til kritisk vurdering af empiri

I dette afsnit præsenteres Kvale & Brinkmanns (2009) udlægning af de begreber, der anvendes til vurdering af kvalitativ empiri. Begreberne vil senere i projektet blive anvendt til at vurdere den udvalgte empiri på baggrund af Lindahl & Juhls (2002) kriterier for kvalitative studier.

Validiteten henviser til, hvorledes en metode undersøger det, den foregiver at undersøge. Afspejler forskningen de aspekter der egentlig oprindeligt var interesse i at undersøge. Begrebet *validitet* vedrører således kvaliteten af forskerens håndværksmæssige kompetencer, kvaliteten af forskningsprocessen, den kontinuerlige kontrol af den indhentede forskning og beskriver da styrken og gyldigheden af et

resultat (Kvale & Brinkmann, 2009). *Reliabiliteten* refererer til troværdigheden, pålideligheden og konsistensen af forskningen, og hvorvidt denne ville kunne gentages af andre forskere med den samme metode og fortsat give samme resultat (ibid). Med *generaliserbarhed* forstås, hvordan resultaterne fra en situation kan overføres til en anden. *Generaliserbarhed* forudsætter, at forskningens *validitet* og *reliabilitet* er vurderet som rimelig god, idét pålidelighed og gyldighed er med til at afgøre om resultaterne kan overføres til andre personer eller situationer (ibid.).

Analyse

Den udvalgte empiri vil i dette afsnit blive analyseret. Analysen er opdelt i to dele: 'Forandringer i parforholdet' og 'Hjælpende faktorer der støtter kvindens seksualitet og sexliv'. Denne opdeling er naturligt opstået i henhold til problemformuleringens todelte opbygning. Således vil kvindernes oplevelse af, hvordan seksualiteten og sexlivets ændres i forbindelse med moderskabet hovedsageligt analyseres i første del, imens der i anden del af analysen er fokus på, hvordan jordemoderen kan støtte kvindens seksuelle udvikling i transitionen til at blive mor.

Del 1: Forandringer i parforholdet

I første del af analysen vil temaerne 'Kvindens kropsbillede', 'Roller i parforholdet' og 'Seksuel lyst' blive analyseret i forhold til Giddens (1994) teori og Eide og Eides teori (2007). Studierne af Olsson et al. (2005) og Woolhouse et al. (2012), vil blive analyseret i denne del af analysen.

Kvindens kropsbillede

I de to kvalitative studier (Olsson et al, 2005; Woolhouse et al, 2012) omhandlende kvinders oplevelse af seksualitet efter fødslen, beskriver kvinderne deres opfattelse af, hvordan deres egen krop har haft indflydelse på sexlivet. *"I do not feel happy with my body. Pregnancies and babies deplete it. The breasts get smaller and the vagina is not as tight as before"* (Woman nr.1, FGI 4, Olsson et al, 2005, s. 383). Kvinden beskriver her, hvordan hun oplever, at graviditeten og barnet har nedbrudt hendes krop samt utilfredsheden med ændringerne. Kvinden føler sig altså mindre attraktiv og er meget selvbevidst om de ændringer graviditeten og fødslen har forårsaget. Suturerede, vaginale bristninger gjorde desuden nogle kvinder bekymrede for deres fremtidige sexliv. Endvidere beskrives det, at for at undgå negativt oplevede kropsforandringer mente nogle kvinder, at plastikkirurgi var en løsning (Olsson et al., 2005). Kvinders forhold til deres bryster opfattedes ligeledes problematisk for nogle, ved både at være barnets føde og et seksuelt symbol. *"The baby owned my breasts and he (the partner) could not have them until I stopped breastfeeding"* (Woman nr. 2, FGI 4, Olsson et al., 2005, s.384). Kvindens opfattelse af brysterne som noget seksuelt er således ændret. Fra at være en del af sexlivet med partneren, er brysterne nu kun babyens ejendel. En anden kvinde beskriver, hvordan kropsforandringerne påvirkede seksualiteten: *"(...) I*

am actually horrified by the thought of having sex in broad daylight" (Carrie, Woolhouse et al., 2012, s.3). Her beskriver kvinden, hvordan hun skræmmes af tanken om at have sex, hvis manden kan se hendes krop. Kvindens sexliv må derfor være påvirket af de negative følelser, hun har til sin forandrede krop.

Giddens (1994) omtaler, hvordan parforhold i det moderne samfund oftest er frivillige og lystbaserede forhold, *det rene forhold*, og baseret på *konfluerende kærlighed*. Netop parrets sexliv har en stor betydning for forholdets opbygning og beståen. Parret har selv valgt hinanden som partnere, og forholdet eksisterer på baggrund af ønsket om at være sammen og tiltrækningen til hinanden. Således må det altså både i graviditeten og barselsperioden, en tid præget af store kropsforandringer, få stor indflydelse på parforholdet, hvis en negativ oplevelse af disse påvirker sexlivet. Seksualiteten og sexlivet er nemlig en stor bestanddel af forholdets eksistens, og må således også være en vigtig faktor i opretholdelsen af fællesskab mellem kvinden og manden (ibid.). Hvis kvinder således ikke finder sig selv attraktive, men oplever vanskelighed ved at acceptere graviditets-, og fødselsrelaterede kropsforandringer, må dette være udfordrende for forholdet, fordi det ikke længere er baseret på samme seksuelle fællesskab som tidligere. Omvendt må det dog ligeledes være problematisk for parforholdet, hvis manden har svært ved at forlige sig med kropsforandringerne. Kvinder i studiet af Woolhouse et al. (2012) beskrev dog, at de ikke mente, at deres partner så på dem anderledes, men at det var deres syn på dem selv, der havde ændret sig (s.4).

Giddens (1994) beskriver, at der i det *rene forhold* altid vil være en risiko for, at forholdet går i opløsning, da forholdet ikke er underlagt nogle faste regler og rammer, men baseres på tillid og kommunikation. Det moderne parforhold er altså skrøbeligt af karakter, og således afhængigt af et godt samarbejde mellem kvinden og manden. Hvis kvindens negative oplevelse af egen krop og opfattelsen af sig selv som et seksuelt væsen påvirker sexlivet, og parret har en mangelfuld kommunikation og tillid til hinanden, må der således opstå en risiko for, at forholdet kan gå i opløsning.

I både studiet af Olsson et al. (2005) og Woolhouse et al. (2012) er få positive opfattelser af kroppens forandringer dog også beskrevet. Nogle kvinder oplevede, at graviditeten og fødslen bidrog med en respekt og viden om egen krop. *"I had more respect for myself and for the female form. (...) I found that empowering, rather than sort of negative..."* (Victoria, Woolhouse et al., 2012, s. 3). Her beskriver en kvinde altså,

hvordan hun accepterer kropsforandringerne som noget positivt og kvindeligt. En kvinde beskrev endda, at hun var mere i kontakt med sin krop nu, og efterfølgende havde lettere ved at nå seksuelt klimaks (Olsson et al, 2005, s.383). Hvis kvinden har oplevelsen af, at de kropslige forandringer hun gennemgår er naturlige og en del af den kvindelige udvikling, må det få en positiv indflydelse, når sexlivet skal genoptages.

Roller i parforholdet

Flere kvinder beskrev udfordringer i parforholdet og sexlivet i forbindelse med moderskabet. Træthed, travlhed, anderledes prioriteter, manglende frihed og tid alene som par, var faktorer, som kvinder oplevede havde indflydelse på parforholdet og sexlivet efter barnets fødsel (Olsson et al, 2005; Woolhouse et al, 2012). Nogle kvinder beskrev endvidere følelsen af, hvordan stereotype roller blev en del parforholdet, selvom der tidligere havde været en ligelig fordeling af huslige gøremål. *"There becomes these assumed roles, and that pisses me off (...) And then it affects your view of yourself, in term of thinking: God is this all I've become"* (Greta, Woolhouse et al., 2012, s. 3). Kvinden beskriver utilfredsheden over, at stereotype, kønsbestemte roller pludselig er en del af hendes liv. Hvis kvinden er fortørnet over arbejdsfordelingen og ude af sin vante rolle, må dette ligeledes udfordre sexlivet. En anden kvinde beskriver: *"I'm a completely different person, I no longer have my own financial independence, I don't work and interact whith other adults on a daily basis. I'm a completely different person now to what I was"* (Carrie, Woolhouse et al., 2012, s.4). Kvinden fortæller her, hvordan hun er blevet en helt anden person efter barnets fødsel. Kvinden oplever altså, at hendes personlighed har ændret sig i takt med at blive hjemmegående mor. I Giddens (1994) teori om *det rene forhold* beskrives det, hvordan parforhold i dag ikke er baseret på ydre nødvendigheder, som ægteskabet før i tiden var underlagt, men derimod på begge parter tilfredsstillelse ved at indgå i forholdet. Den moderne kvindes følelse af en stor personlighedsændring i takt med moderrollens indtræden, må således også kunne anskues som resultat af den store overgang moderne kvinder gennemgår fra at være ligestillede, selvstændige individer på arbejdsmarkedet, til at blive hjemmegående husmødre. *Det rene forhold* er baseret på frivillighed og følelsesmæssig tilfredshed hos begge parter og er karakteriseret af gensidig tillid (Giddens, 1994). Det moderne parforhold er således præget af en høj grad af ligestilling, og hvis dette pludselig ændres, når kvinden bliver hjemmegående i barselsperioden, må ændringen også få

indflydelse på sexlivet. Parret, der tidligere har været to selvstændige individer, som indgik i et forhold til hinanden af lystbaserede årsager, kan tænkes at være i risiko for at distancere sig fra hinanden, hvis der opleves ulighed i parforholdet. Hvis kvinden oplever frustration over den stereotype rollefordeling eller har en følelse af at være løsrevet fra sit tidligere liv, må dette altså sandsynligvis også få indflydelse på det seksuelle forhold til manden.

Seksuel lyst

Seksuel lyst var desuden et gennemgående tema, som var udfordrende for parforholdet. Flere kvinder beskrev et drastisk fald i seksuel lyst af forskellige fysiske og psykiske årsager enten i graviditeten eller efter fødslen (Olsson et al., 2005; Woolhouse et al., 2012). Efter fødslen oplevede nogle kvinder, at deres seksuelle lyst faldt på grund af den intimitet og nærhed de fik hos barnet: *"Every ounce of my energy, my affection, my love, it was all focused on him (the baby). And I think that there wasn't room for anything or anybody else."* (Jemima, Woolhouse et al., 2012, s.3). Her beskrives det, hvordan kvinden simpelthen ikke oplevede, at der var plads til et intimt forhold med manden, fordi barnet fik alt hendes opmærksomhed. Kvinden har således erstattet det forhold hun tidligere har haft med sin partner med sin intime kærlighed til barnet. En kærlighed der selvfølgelig må tolkes som værende positiv for relationen mellem mor og barn, men set med Giddens teori (1994) modsat kan blive udfordrende for parforholdet. Giddens (1994) beskriver seksualitetens vigtighed i det moderne parforhold, og hvis forholdet mellem mor og barn erstatter forholdet til partneren, må dette således kunne resultere i udfordringer i parforholdets sexliv. Begrebet plastisk seksualitet anvendes endvidere til at beskrive, hvordan seksualiteten i det moderne, teknologiske samfund er afskåret fra reproduktion og biologi (Giddens, 1994). Således bliver det i høj grad et individuelt valg at få børn, idét beslutningen om forplantning er noget parret selv hersker over. Denne altoverskyggende kærlighed nogle kvinder oplever til deres barn kan da, set med Giddens (1994) optik, måske ses som resultat af, at børn i dag ofte er forældrenes tilvalgte 'ønskeprojekter', og således bliver del af parrets selvrealiseringsproces.

Flere kvinder gav desuden udtryk for en uoverensstemmelse mellem deres egen og mandens lyst. *"Once I fell pregnant, I had no interest in sex. (...) And I still feel guilt. HUGE guilt. It's the only thing in my relationship that I'm not perfectly happy with"* (Carrie, Woolhouse et al., 2012, s.4). Kvinden fortæller, hvordan hendes lyst til sex faldt i

graviditeten og hendes skyldfølelse omkring dette. Sandsynligvis oplever kvinden skyldfølelse over sin manglende seksuelle lyst både over for sig selv og sin mand. I studiet af Woolhouse et al. (2012) beskrives det også, hvordan nogle kvinder havde meget høje forventninger til sexlivet efter fødslen (s.4). Nogle oplevede dette som resultat af egne høje forventninger, mens andre oplevede partnerens seksuelle lyst som et ydre pres. *"I almost felt like it was – for a better word – my duty. (...). I put a lot of expectations on myself and I didn't live up to that, so, you know, that was a failure."* (Greta, Woolhouse et al., 2012, s.4). Kvinden oplevede, at sex efter fødslen var hendes pligt. Endvidere beskriver hun sine høje forventninger til sexlivet efter fødslen og oplevelsen af at fejle ved ikke at leve op til disse.

Således skildres det, at kvinders manglende seksuelle lyst har resulteret i både oplevelsen af skyld og følelsen af at fejle grundet egne høje forventninger. Med Eide & Eides (2007) kommunikationsteori beskrives det netop, hvordan øget bevidsthed kan bidrage til opnåelse tryghed, og hvordan forberedende, informerende samtaler kan resultere i oplevelsen af øget *kognitiv kontrol*. Kvinders oplevelse af at fejle og føle skyld i relation til ændringer i deres seksuelle lyst, ville således set i forhold teorien om *kognitiv kontrol*, måske kunne mindskes ved forberedende og vejledende samtaler med jordemoderen i graviditeten. Samtaler som kunne give kvinden mulighed for at få vejledning om seksualitet og sexliv samt information om forandringer i den seksuelle lyst i forbindelse med graviditet og barsel. Denne forberedende viden ville måske øge kvindens bevidsthed om normaliteterne i disse følelsesmæssige forandringer og gøre det lettere at acceptere disse ændringer. For at opnå *kognitiv kontrol*, bør information netop komme i god tid, da dette kan resultere i øget forudsigelighed (Eide & Eide, 2007). Samtaler i graviditeten må således være et godt tidspunkt at give vejledende information om seksuelle forandringer, som da kan blive udgangspunktet for en dialog med jordemoderen om kvindens seksuelle følelser.

Delkonklusion analyse del 1

Således viste det sig, at kvindens forandrede kropsbillede, rollefordelingen i parforholdet og den ændrede seksuelle lyst påvirkede kvindernes seksualitet og sexliv, og at disse forandringer har stor betydning for det moderne parforhold, hvor netop seksualiteten har stor betydning. Dog blev det fremlagt, at forberedende og

informerende samtaler om seksualitet og sexliv allerede i graviditeten, måske kan bidrage til kvindens oplevelse af at føle sig normal og give mere kontrol og tryghed.

Del 2: Hjælpende faktorer der støtter kvindens seksualitet og sexliv

I anden del af analysen vil temaerne 'At finde støtte i parforholdet', 'Asymmetri mellem kvinden og jordemoderen' og 'Jordemodersamtalen om seksualitet og sexliv' blive analyseret i forhold til Giddens (1994) og Eide og Eides (2007) teori. I denne analysedel vil alle de tre udvalgte studier blive analyseret.

At finde støtte i parforholdet

Kvinder i studierne af Olsson et al. (2005) og Woolhouse et al. (2012) beskriver forskellige hjælpende faktorer, som de mente kunne forbedre det seksuelle og intime liv i parforholdet.

En kvinde beskrev, hvordan tid alene som par, var vigtigt for hendes parforhold: *"Having Rainer looked after and having some of our time has been really important. Reconnecting as a couple rather than it always being about Rainer"* (Dianne, Woolhouse et al., 2012, s.4). Tid alene sammen uden at skulle tage sig af barnet, havde for kvinden været nødvendigt for, at parret kunne genfinde kærligheden. For andre kvinder handlede det om at tilsidesætte træthed og have sex for parforholdets skyld, selvom lysten ikke meldte sig på nuværende tidspunkt (Woolhouse et al., 2012, s.5). Flere kvinder oplevede, at samarbejdet med deres partner var afgørende for at bevare intimiteten i parforholdet. *"The impact on my life has been about the same as the impact on Dean's life. (...) the fact it's been mutual has really helped"* (Victoria, Woolhouse et al., 2012, s.4). Kvinden oplevede, at det hjalp, at parret delte ansvaret ligeligt. Sammenholdet og den ligelige arbejdsfordeling havde altså positiv indflydelse på det intime forhold. Nogle kvinder oplevede endvidere dét at være enige om, hvad der blev prioriteret var en god og hjælpende faktor. F.eks. at blive enig med partneren om hvorvidt søvn eller sex var højeste prioritet i situationen (Woolhouse et al., 2012, s.4). Kvinderne beskriver altså, hvordan samarbejdet i parforholdet havde positiv indflydelse på intimiteten og sexlivet. Set i forhold til Giddens teori (1994) bygger *det rene forhold* på kommunikation og tillid, og det beskrives, hvordan parterne indbyrdes må forhandle sig frem til forholdets betingelser i en konstant kommunikationsproces. Kommunikation og samarbejde i parforholdet må således tolkes som fordelagtigt, hvis det seksuelle forhold mellem kvinden og manden skal overkomme de ændringer og udfordringer graviditet og fødsel kan medføre.

En jordemoder beskriver vigtigheden i kommunikation: *"Usually, I tell them that it is important to talk to each other; otherwise vast fantasies grow about what each one believes the other thinks, wants and does not want. They need to really talk with each other and not take it for granted – or rather they need to dare to talk about it"* (FGI 4, Olsson et al., 2009, s.198). Jordemoderen beskriver, hvordan hun ved den postnatale undersøgelse fortæller om vigtigheden i at turde tale med sin partner om intime følelser relateret til sexlivet, og hvordan kommunikation kan give manden og kvinden en forståelse af hinandens tanker. I Eide & Eides (2007) teori om *kognitiv kontrol*, beskrives det netop, at information og vejledning med fordel kan introduceres ved forberedende samtaler, og hvordan dette kan bidrage med tryghed, forudsigelighed og kontrol. Samtaler med jordemoderen allerede i graviditeten om vigtigheden af kommunikation om seksualitet og sexliv i parforholdet, kunne således være gavnligt.

Asymmetri mellem kvinden og jordemoderen

Nogle jordemødre fornemmede, at måden hvorpå samtalen om sex blev tilnærmet og håndteret, var vigtig for at give kvinden den bedst mulige støtte. *"I sometimes feel I weigh my words. I really choose my words so she can hear that it is normal, that it is healed (the vagina). So she really takes in (my message)"* (FGI 2, Olsson et al., 2009, s.199). Jordemoderen beskriver, hvordan hun virkelig overvejer sine formuleringer, så kvinden kan forstå hendes budskab. En god information og vejledning kræver netop, ifølge Eide & Eide (2007), at den er rettet mod den enkeltes personlige behov. Jordemoderen må fornemme, hvilket behov kvinden har, og være opmærksom på at bruge et sprog, der er forståeligt for kvinden og uden brug af fagtermer (Eide & Eide, 2007). Ligeledes beskrives det i studiet af Olsson et al. (2009), at jordemødre fokuserede på at give en god støtte ved at anvende aktiv lytning, samt at fokusere på at støtte kvindernes egne evner til at opnå kontrol og finde mere selvtillid (s.199). For at give den bedst mulige støtte er det dog også væsentligt at være opmærksom på, at samtalen med en professionel altid vil være en komplementær relation, grundet en ulige fordeling af magt (Eide & Eide, 2007). Jordemoderen har dog mulighed for at gøre relationen mere symmetrisk ved at erkende patientens egne ressourcer (Ibid.). Således må det være jordemoderens opgave, at samtalen med kvinden har fokus på den enkelte kvindes ressourcer i parforholdet, og at informationen er rettet mod den enkelte kvindes behov (ibid.). Jordemoderen må fokusere på kvindens egen oplevelse af

situationen, og anvende dette til at vejlede og hjælpe hende. Således kan samtalen i graviditeten om både kommunikation i parforholdet og kvindens oplevelse af seksualitet og sexliv, med den rette vejledning og ved at jordemoderen har forståelse for relationen mellem hende og kvinden, måske bidrage til, at kvinden oplever mere tryghed og kontrol efter fødslen.

Samtalen om seksualitet og sexliv

Kvinder i studiet af Olsson et al. (2005) oplevede, at den postnatale undersøgelse var meget vigtig, men flere fandt dog besøget for kort, og med for stort fokus på prævention i stedet for ændrede seksuelle følelser og reduceret seksuel lyst. Nogle mente desuden, at et ekstra besøg hos jordemoderen 4-5 måneder efter fødslen ville være gavnligt til at tale mere om det seksuelle aspekt (Olsson et al., 2005, s.385). For nogle kvinder var der stort behov for, at de professionelle kunne bekræfte dem i, at deres krop var normal igen (Olsson et al., 2005). *"They wish to be reassured that it's possible to have proper intercourse. Is it possible to be together? (...) Then it is important to talk with them, show, and point* (FGI 1, Olsson et al., 2009, s.199). Jordemoderen beskriver her, hvordan kvinder har behov for information om sex og at blive bekræftet i, at de godt kan have seksuelt samvær igen efter fødslen. Flere jordemødre beskrev dog, at de ikke følte, at de havde nok viden om sexologi, og at manglende tid i sundhedssystemet udfordrede samtalen om sex. Nogle jordemødre oplevede også, at disse samtaler om sex ikke var en del af jordemoderens arbejde (Olsson et al., 2009, s.198). *"I feel ignorant about anything, it is sexology...When you do not have in-depth knowledge, you might beat around the bush...I do not get to the point very easily"* (FGI 2, Olsson et al., 2009, s.199). Jordemoderen oplever, at samtalen om sex er svær grundet hendes manglende dybdegående viden om sexologi. Jordemødre forklarer, at deres viden om sexologi er tilstrækkelig, hvis den postnatale undersøgelse forløber ukompliceret, men ved komplicerede forløb, parforholdsproblemer eller kommunikationsvanskeligheder, er enten deres viden utilstrækkelig, eller er der ikke afsat nok tid til samtalen (Olsson et al., 2009, s.198). Jordemødre fandt det lettere at tale om sex, hvis kvinden selv bragte emnet på banen, og fandt det desuden mere udfordrende, hvis partneren var tilstede (Olsson et al., 2009, s.199). Omvendt var der også kvinder, der oplevede, at den postnatale undersøgelse forløb uprofessionelt med f.eks. uprofessionelle kommentarer, som gjorde kvinden utilpas (Olsson et al., 2005, s.385).

Således må det fremhæves at være problematisk, hvis nogle jordemødre og kvinder oplever, at samtalen om sex ikke fungerer optimalt, er utilstrækkelig eller uprofessionel. Olsson et al. (2005) beskriver dog, at den postnatale undersøgelse havde effekt ved at opmuntre flere kvinder til at genoptage det seksuelle liv, hvilket må anses som en positiv og vigtig effekt, på trods af nogle jordemødre og kvinders oplevelse af samtals utilstrækkelighed. I analysens tidligere afsnit er det med Giddens (1994) og Eide & Eides (2007) teori fremhævet, at samtaler allerede i graviditeten om forandringer i sexlivet og vigtigheden af kommunikation om seksualitet med partneren, måske kan give kvinden mere forudsigelighed og kontrol i tiden efter fødslen. Med studiet af Olsson et al. (2009) opstår dog problemet, hvordan vejledning om sexlivet konkret kan formidles af jordemoderen, hvis hun oplever, at samtalen om sex er udfordrende. Jordemødre, der finder det svært at indlede samtalen om sex, kan måske finde hjælp i Jack Annons PLISSIT-model (1978), og dette vil derfor blive diskuteret i diskussionsafsnittet.

Delkonklusion analyse del 2

Nogle kvinder oplevede at finde ressourcer, der styrkede seksualiteten og intimiteten i parforholdet eller hos de professionelle. Med henblik på støtten fra de professionelle pointeredes dog vigtigheden i, at jordemoderen fokuserer på kvindens egen oplevelse af situationen og anvender dette i sin vejledning. Nogle jordemødre oplevede dog, at samtalen om seksualitet var udfordrende blandt andet grundet en manglende viden om sexologi.

Sammenfatning af analyse

I analysen fremkom det, hvordan graviditet, fødsel og barsel udfordrer parforholdet, og at flere kvinder oplever, at forandringerne er svære at håndtere. Forholdets oprindelige fundament præget af seksuel tiltrækning mellem manden og kvinden gennemgår en ny fase, hvor fokus bliver ændret fra at være på det intime forhold, til nu også at inkludere et barn. Giddens (1994) beskriver, hvordan det moderne parforhold er skrøbeligt, fordi risikoen for, at forholdet kan gå i stykker, altid vil være til stede. Nogle kvinder fandt støtte i parforholdet, mens andre havde ønske om støtte fra de professionelle. Nogle jordemødre oplevede dog, at samtalen om sex var udfordrende. Med Eide & Eides teori (2007) tydeliggøres det dog, at jordemoderen allerede i graviditeten med den rette information og vejledning, kunne forberede kvinden på seksuelle forandringer samt vigtigheden af at kommunikere med partneren. Denne forberedende samtale ville således set i forhold til teorien om *kognitiv kontrol*, måske kunne bidrage med mere tryghed og forudsigelighed.

Diskussion

Analysens resultater og jordemoderens anvendelse af PLISSIT-modellen vil i dette afsnit blive diskuteret og sat i relation til jordemoderens retsmæssige pligter, viden og uddannelse.

Det moderne parforhold

I analysen blev det med Giddens (1994) teori beskrevet, hvordan *det rene forhold* er karakteriseret af ligestilling og tilfredsstillelse, og hvordan seksualiteten spiller en stor rolle for parforholdets opståen og væren. Set i forhold til Giddens modernitetsteori (1994) om parforhold i det moderne samfund og projektets analyse, må det således kunne udledes, at *det rene forhold* sættes særdeles på prøve, når parret gennemgår så drastiske og udfordrende ændringer, som det er at blive forældre. Forholdets oprindelige fundament præget af seksuel tiltrækning gennemgår i transitionen til at blive forældre en ny fase, hvor fokus bliver ændret fra at være på det intime forhold til nu også at inkludere et barn. Analysen viste netop, hvordan sexlivet af forskellige årsager ofte bliver tilsidesat i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, og at det seksuelle fællesskab, som tidligere var en stor del af *det rene forholds* fundament, ikke eksisterer på samme måde i denne periode. Således må der altså opstå en skrøbelighed i parforholdet ved, at parret skal klare disse nye udfordringer, og risikoen for at forholdet går i opløsning, som konsekvens af dets ændrede fundament, må tænkes at være forøget. I analysen blev det tydeliggjort, hvordan jordemoderen allerede i graviditeten, med den rette måde at kommunikere på, kunne forberede kvinden på ændringer i seksualiteten og sexlivet. I det moderne samfund er vi ifølge Giddens (1994) vant til at henvende os til professionelle ekspertsystemer, når behovet for hjælp opstår, og således kan jordemoderen netop blive en støtte i graviditeten. En samtale om seksualitet med jordemoderen må nemlig, set i forhold til de store udfordringer *det rene forhold* gennemgår i denne periode, vurderes som en mulig hjælpende og nødvendig støtte til moderne kvinder.

Kvindens oplevelse af seksualitet og sexliv

Med analysen fremkom det, at kvinders selvopfattelse, oplevelse af skyld, pligt og forventningspres var beskrivende for, hvordan kvinderne oplevede, at moderskabet påvirkede seksualiteten og sexlivet. Kvinders høje forventninger, pligtfølelser og

skyldfølelser relateret til parforholdet og sexlivet vidner altså om en usikkerhed og måske også en manglende realistisk viden om, hvordan ændrede seksuelle følelser kan opstå i forbindelse med graviditet og barsel, samt måder hvorpå disse kan håndteres. Kvinderne gav udtryk for, at moderskabet var en ny situation med mange nye indtryk, og at dette også reducerede den seksuelle lyst. Således beskrives altså en del negative følelser relateret til sexlivet og det tydeliggøres, at flere kvinder var påvirkede og frustrerede over disse ændrede følelser. I analysen fremhævedes det ligeledes, hvordan flere kvinder i moderne parforhold, har svært ved at leve op til rollen både at være mor for sit højt elskede barn, og samtidig at skulle bibeholde sin eksistens som seksuel, erotisk kvinde i parforholdet. Denne tvedelte rolle var for flere kvinder umulig at leve op til, og således blev det på bekostning af sexlivet i en længere periode, med eller uden partnerens forståelse. Alligevel oplevede kvinderne dog, at der var forskellige faktorer, der havde betydning for bevarelsen af intimitet og seksualitet i parforholdet. Fælles for disse beskrivelser af hjælpende faktorer, som styrkede samværet i parforholdet, var kommunikation og samarbejde med partneren, ønsket og viljen til at bevare eller genfinde kærligheden samt ønsket om mere støtte fra de professionelle. Flere kvinder gjorde sig altså mange tanker om sex, men med ønsket om mere støtte og bekræftelse fra de professionelle, må nogle tilsyneladende have stået alene med disse bekymringer og frustrationer.

Kan jordemødre anvende PLISSIT-modellen?

I analysen blev det beskrevet, hvordan flere jordemødre oplevede, at samtalen om sex var vanskelig. Selvom studiet af Olsson et al. (2009) omhandler svenske jordemødres oplevelse af samtalen om seksualitet ved den postnatale undersøgelse, kan deres beskrivelser måske tolkes som en mere generel beskrivelse af jordemødres opfattelse af udfordringer ved samtalen om seksualitet og sexliv. Set i forhold til Eide & Eides (2007) teori om *kognitiv kontrol*, må det tolkes som fordelagtigt at tale om sex allerede i graviditeten. PLISSIT-modellen (1976) kan således tænkes at blive et redskab, som jordemødre kan anvende til at indlede samtalen om seksualitet og sexliv i konsultationen, hvis samtalen findes udfordrende. PLISSIT-modellen kan netop være brugbar for jordemoderen, fordi den kan anvendes af flere forskellige sundhedsprofessioner og kan tilpasses den tid og viden, der er til rådighed (Annon & Robinson, 1976). Dermed giver PLISSIT-modellen mulighed for en fleksibel anvendelse

rettet specifikt mod den enkelte kvindes behov og med den enkelte jordemoders faglige kompetencer. Jordemødre vil sandsynligvis især finde første stadie (*Permission*) anvendeligt, men andet stadie (*Limited information*) og tredje stadie (*Specific suggestions*) må ligeledes tænkes at være anvendelige for jordemødre i forhold til deres faglige viden. Fjerde stadie (*Intensiv terapi*) vil dog kræve dybdegående sexologisk og terapeutisk erfaring og mere tid til rådighed, og tolkes derfor ikke som brugbar for jordemødre. I analysen blev det ligeledes med beskrivelsen af komplementære og symmetriske relationer pointeret, hvordan jordemoderen, for at opnå en mere symmetrisk relation, må fokusere på den enkelte kvindes ressourcer og behov (Eide & Eide, 2007). Denne asymmetri der således altid vil være i forholdet til en professionel, kan således med samtalen om seksualitet og sexliv måske minimeres ved, at jordemoderen har nogle konkrete, kommunikative redskaber til at håndtere samtalen. Således ville PLISSIT-modellen måske også kunne bidrage til at optimere symmetrien i relationen mellem kvinden og jordemoderen. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at jordemoderen, på trods af anvendelsen af PLISSIT-modellen, ikke skal arbejde som hverken sexolog eller psykoterapeut i jordemoderkonsultationen, men at modellen netop bør anvendes i relation til jordemoderens faglige viden og erfaring. Hvis PLISSIT-modellen anvendes i jordemoderkonsultationen er det således afgørende, at den ikke skal erstatte noget af det, der allerede foregår i konsultationen, men derimod bør ses som et supplement og et redskab til at kommunikere om seksualitet og sexliv. Vejledning i jordemoderkonsultationen er heller ikke ensbetydende med, at jordemoderen kan løse alle problemer relateret til sex, men derimod at der bliver en reel mulighed for at tale om seksualitet og sexliv.

Hvorfor tale om seksualitet i graviditeten?

I analysen beskrives fordelene ved, at jordemoderen taler om seksualitet og sexliv allerede i graviditeten. Alligevel kan det pointeres at nødvendigheden af, at den seksuelle dimension bør integreres i svangreomsorgen, kan være svær at afgøre, da seksualiteten netop er relateret til den psykologiske del af familiedannelsen, og ikke kan måles med hverken doptone eller symfyse-fundusmål. Psykolog Charlotte Mosbæk (1996) beskriver dog, at ændringer i sexlivet også vil påvirke andre aspekter af parforholdet, og hvordan det derfor er vigtigt, at parret taler sammen om disse forandringer. Jordemoderen og sundhedsplejersken bør vejlede de kommende og de

nybagte forældre om sexlivet før og efter fødslen, og støtte parret i at få talt sammen om deres sexliv (Mosbæk, 1996). BørnepSYKolog og psykoterapeut Margareta Brodén (2004) beskriver ligeledes, hvordan mange parforhold går i stykker i barselsperioden, og hvordan kvinden og mandens kommunikation om sex er betydningsfuld. I jordemoderkonsultationen er der dog mange undersøgelser og samtaler, der allerede skal finde sted på kort tid. Således ville dette kræve, at jordemoderen skal finde tid og mulighed til at integrere den seksuelle dimension i konsultationsarbejdet, hvilket kan være udfordrende i en i forvejen tidspresset jordemoderkonsultation. Det er således relevant at være opmærksom på, hvilke udfordringer det kan give jordemoderen, og at samtalen ikke må tage tid fra andre nødvendige opgaver. Fordelene vil dog være, at kvinder kan undgå følelsen af tvivl og usikkerhed, ved at få kendskab til normaliteten i et ændret erotisk liv (Mosbæk, 1996). Det kan måske virke hårdt at informere gravide eller nybagte forældre om, hvordan det ændrede sexliv eventuelt kan fortsætte i en længere periode. Men set i forhold til både Eide & Eides (2007) teori om kognitiv kontrol samt Mosbæk (1996) og Brodéns (2004) beskrivelser, kan det muligvis give kvinden mere kontrol over situationen, ved at hun kan undgå unødvendige bekymringer, som ellers kan få en negativ indflydelse på parforholdet, og i værste fald resultere i skilsmisse. En samtale med jordemoderen om kvindens seksuelle følelser og vigtigheden af at kommunikere i parforholdet, kan da tænkes at øge kommunikationen i parforholdet og give mulighed for, at parret kan stå stærkere, når udfordringer melder sig.

Jordemoderens pligter

På trods af at der med analysen fremkommer et forholdsvis negativt billede af, hvordan graviditet, fødsel og barsel påvirker parforholdet og sexlivet, beskrev kvinderne dog nogle løsninger på disse problemer. Eksempelvis gav de udtryk for et ønske om at blive bekræftet af de fagprofessionelle. En støtte og rådgivning som jordemoderen ligeledes bør kunne tilbyde i henhold til sine retmæssige forpligtelser: *"Jordemoderens skal under udøvelsen af sin virksomhed udvise omhu og samvittighedsfuldhed"* (SST, 2001a, § 6). Ligeledes beskriver SST (2009), at målet med graviditets-, fødsel- og barselsperioden er: *"...at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed"* (s.17) og om svangreomsorgen som helhed: *"Forløbet bør være differentieret og tilrettelagt ud fra individuelle behov og ønsker"*

(s.27). En jordemoderstøtte der er præget af omhu og samvittighedsfuldhed vil da også, i henhold til kvindernes overvejende negative oplevelser af den forandrede seksualitet, indebære vejledning om seksualitet og sexliv, hvis dette er kvindens behov. Det kan dog pointeres, at det kan være svært at afgøre, om kvinden har behov for en samtale om sex, hvis samtalen om seksualitet og sexliv ikke italesættes i jordemoderkonsultationen. For kvinder der oplever problemer i parforholdet relateret til sexlivet, ville en personlig tryghed og et differentieret forløb måske netop være muligheden for at få vejledning hos jordemoderen. Kvindens mulighed for samtalen om sex vanskeliggøres dog betydeligt og risikerer at blive opfattet som et tabu, hvis ikke seksualitet og sexliv prioriteres og italesættes i svangreomsorgen, som en del af transitionen til at blive mor.

Jordemoderens viden og uddannelse

I analysen gav flere jordemødre udtryk for, at samtalen om sex var udfordrende blandt andet grundet en manglende fyldestgørende sexologisk viden. Samtalen om seksualitet og sexliv i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel må kræve, at jordemoderen har en viden og uddannelse til at varetage denne. Danske jordemødre har på jordemoderskolen 8 lektioners undervisning i sexologi på 2.modul, svarende til 0,5 ECTS ud af samlede 210 ECTS (Undervisningsministeriet, 2009). Dette inkluderer ifølge modulbeskrivelsen ligeledes undervisning i antikonception og fertilitet (Rasmussen, 2012). Der kan således sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt denne undervisning er tilstrækkelig for danske jordemødres virke, eller om de svenske jordemødres oplevelse af manglende viden om sexologi, også gør sig gældende blandt danske jordemødre. En nøjagtig vurdering af dette kræver dog mere forskning på området. Samtidig skal det dog fremhæves, at det netop er jordemoderen, der med sin uddannelse har en stor viden om den helhedsorienterede familiedannelsesproces og har kompetencerne til at varetage personlige og intime samtaler med kvinderne (SST, 2001b). Derfor bør det være jordemoderen der i graviditeten varetager den seksuelle dimension relateret til familiedannelsen, og bør have en viden om sexologi og kommunikation om seksualitet, for at støtte kvinden bedst muligt. Psykolog Charlotte Mosbæk (1996) beskriver, at samtalen om sex bør varetages af en professionel, der føler sig afklaret med samtalen, da det ellers kan blive en dårlig oplevelse for både parret og den professionelle. For jordemødre kan afklaring måske opnås ved mere sexologiundervisning på jordemoderuddannelsen og ved at have kendskab til flere konkrete, kommunikative

redskaber, som eksempelvis PLISSIT-modellen.

Det bør ligeledes fremhæves, at manglen på tydeliggørelse af, hvordan den seksuelle dimension skal implementeres i svangreomsorgen, måske udfordrer jordemodersamtalen om seksualitet og sexliv i graviditeten yderligere. SST (2009) skriver om første jordemoderbesøg i uge 13-15, at *"Jordemoderen skaber dialog om forventninger til familiedannelsesprocessen og de fysiske, psykiske og sociale forandringer i forbindelse med graviditeten"* (s. 49). Senere står i SST (2009) skrevet, at jordemoderen i uge 21: *"forbereder på forældreskabet"* (s.51), og at jordemoderen i uge 29 *"drøfter den gravides velbefindende og parrets/familiens trivsel"* (s.53). Således beskrives der kun overordnet, at jordemoderen støtter parforholdet og familiedannelsen, men ikke hvorvidt samtalen om seksualitet og sexliv bør integreres som en del af familiedannelsesprocessen. En mere konkret beskrivelse af, hvordan samtalen om seksualitet og sexliv bør integreres i svangreomsorgen, kan tænkes at øge kommunikationen og mindske risikoen for, at gravide og barslende kvinder oplever, at seksualitet bliver et tabubelagt område i sundhedssystemet, på trods af den moderne og frigjorte holdning til seksualitet, der ellers hersker samfundet (Birkler, 2012).

Metodekritik

I dette afsnit vil der blive præsenteret en kritisk vurdering af projektets teoretiske aktører, den udvalgte empiri samt projektets metode.

Vurdering af projektets teoretiske aktører

Med valget af at anvende Giddens teori i projektet, er det vigtigt at være bevidst om, at der i denne sammenhæng vil opstå nogle begrænsninger, fordi Giddens som sociolog beskæftiger sig med strukturer i samfundet og ikke beskriver de psykologiske eller pædagogiske aspekter af parforholdet. Giddens (1994) teori giver samtidig ingen løsninger på problematikkerne med *det rene forhold*, men er nærmere en beskrivelse af det moderne parforhold. Når Giddens (1994) således anvendes i dette projekt, har konsekvensen da været, at der med andre teorier måtte findes nogle mere konkrete og løsningsorienterede perspektiver, der kunne beskrive jordemoderens mulighed for at støtte kvinden. Valget om at inddrage Eide & Eides kommunikationsteori (2007) og endvidere Annons PLISSIT-model (1978) var således med dette formål. Der er dog også begrænsninger ved Eide & Eides (2007), da denne teori hovedsageligt beskæftiger sig med kommunikation med patienter. Det kan således diskuteres, hvorvidt denne er relevant, når den gravide kvinde ikke er patient. I det moderne samfund er vi dog ofte i kontakt med professionelle ekspertsystemer, hvilket måske har indflydelse på relationen mellem jordemoder og kvinde. Endvidere er svangreomsorgen i dag i tæt samarbejde med hospitalerne, og forholdet mellem jordemoder og kvinde er derfor måske til dels opbygget som noget, der minder om et patient-plejer forhold og relationelt præget af komplementaritet. Således er der flere gennemgående elementer i kontakten med patienter, der måske grundet sundhedssystemets opbygning, kan sammenlignes med relationen mellem jordemoder og kvinde, og derfor vurderes teorien relevant i projektet. PLISSIT-modellen (1978) er af ældre dato, men er alligevel en ofte anvendt model blandt både sexologer og sundhedsprofessionelle (Allen & Fountain, 2007) og anses derfor som anvendelig i projektet. Det skal dog pointeres, at selvom PLISSIT-modellen er en anerkendt model, ville andre kommunikationsmodeller sandsynligvis have samme effekt. Målet må netop være at finde nogle kommunikative redskaber, som kan anvendes til samtalen om seksualitet i jordemoderkonsultationen, og det handler sandsynligvis mere om målet end metoden.

Kritisk vurdering af Empiri

Med en teoretisk viden om validitet, reliabilitet og generaliserbarhed (Kvale og Brinkmann, 2009), vil den udvalgte empiri i dette afsnit blive vurderet med udgangspunkt i Lindahl og Juhls (2002) opstillede kriterier.

Kritisk vurdering af studiet: "Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth" (Olsson et al., 2005).

I studiet præsenteres indledningsvis en dybdegående forklaring om både procedurer i den kliniske praksis, samt emnets teoretiske og empiriske baggrund. Lindahl og Juhl (2002) beskriver, hvordan den teoretiske referenceramme afspejler forskernes forforståelse og er vigtig for, at læseren kan bedømme forskerens baggrund og faglige perspektiv. I studiet beskrives det dog ikke direkte, hvilke personlige erfaringer og hvilken forforståelse forskerne har, hvilket bør indgå som en del af studiebeskrivelsen, og dette sænker validiteten (ibid.). En tydelig beskrivelse af deltagere, udvælgelse og frafald, er desuden vigtigt for et kvalitativt studies validitet. I studiet er en detaljeret beskrivelse af deltagerne dokumenteret i et skema og det forklares, hvordan grupperne blev sammensat, hvilket styrker studiets validitet (ibid.). Grundet kvindernes utryghed ved båndoptagelse, blev der i studiet anvendt noter, hvilket sænker reliabiliteten. Det er samtidig ikke beskrevet, om der er foretaget pilotinterviews, hvilket sænker reliabiliteten, fordi den teoretiske referenceramme ikke er afprøvet på forhånd (ibid.). Ved citatanvendelse er det vigtigt at angive, hvem der udtaler sig. I studiet angives dette udførligt, hvilket styrker validiteten (ibid.). Deltagergruppen er velbeskrevet, og der præsenteres forskellige holdninger til samme emne, hvilket giver en dybdegående og nuanceret beskrivelse af forskningsspørgsmålet, og øger validiteten og generaliserbarheden (ibid.). Således vurderes studiet af Olsson et al. (2005) anvendeligt, på trods af et mindre antal mangler.

Kritisk vurdering af "Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood" (Woolhouse et al., 2012).

I studiets introduktion beskrives det, hvordan kvinders egen oplevelse af sex og seksualitet i forbindelse med at blive mor, er et ubehandlet emne i litteraturen, og at studiets formål derfor er at tydeliggøre dette. Behovet og baggrunden for studiet er altså præciseret grundigt, hvilket styrker validiteten (Lindahl og Juhl, 2002). Desuden er

der en nøje beskrivelse af deltagere, udvælgelse og frafald, hvilket ligeledes styrker studiets validitet (Ibid.). En redegørelse for studiets fysiske rammer er ligeledes vigtig, da det øger validiteten, at interviewene foregår i eget hjem (Ibid.). I studiet beskrives det, at 17 ud af 18 interviews foregik i personens eget hjem, hvilket bidrager til studiets validitet. Endvidere er interviewene båndoptaget, fuldt transskriberet og Smiths (2008) fænomenologiske trin for trin procedure anvendt i dataanalysen, og denne dybdegående beskrivelse af dataindhentningen øger reliabiliteten (Lindahl og Juhl, 2002). Der gives dog ingen introduktion til forskernes egen forforståelse og baggrund, hvilket sænker validiteten og ingen information om eventuelle pilotinterviews, som ligeledes sænker reliabiliteten (Ibid.). Studiet af Woolhouse et al. (2012) vurderes dog som værende veludført, velbeskrevet og således anvendeligt i projektet.

Kritisk vurdering af: "Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check (Olsson et al., 2009).

Måden hvorpå deltagerne er indhentet samt frafaldet af interviewpersoner er nøje beskrevet, hvilket styrker validiteten (Lindahl og Juhl, 2002). Fokusgruppeinterviewene fandt sted på forskellige sundhedsklinikker og jordemødre, der kendte hinanden, blev placeret i forskellige grupper, for at øge trygheden. Denne beskrivelse af studiets metode er detaljeret forklaret, hvilket styrker studiets validitet (ibid.). Dog ville det have givet jordemødrene yderligere tryghed samt øget validiteten, hvis interviewene foregik i mere hjemlige omgivelser uden for klinikkerne (ibid.). Det beskrives i studiet, at interviewene blev båndoptaget samt fuldt transskriberet til 85 sider materiale, og præsentationen af disse datainformationer øger studiets reliabilitet (ibid.). Endvidere gives en meget detaljeret beskrivelse af dataanalysen trin for trin, hvilket giver læseren en gennemsuelighed og øger validiteten (ibid.). Validiteten sænkes dog ved, at der ved citater ikke tydeliggøres, hvilken jordemoder der taler, men kun henvises til nummeret på fokusgruppen. Samtidig ville det i denne forbindelse øge validiteten, hvis alle deltagere blev præsenteret i et overskueligt skema, hvor deres alder, etnicitet osv. fremgik (ibid.). Studiet af Olsson et al. (2009) giver dog en meget grundig beskrivelse af metoden og den teoretiske baggrund, og således vurderes studiet anvendeligt for dette projekt.

Vurdering af projektets metode

Til at besvare problemformuleringen blev der anvendt en kvalitativ, hermeneutisk tilgang. Inden projektets start herskede en forforståelse af, at kommunikation om seksualitet i graviditeten ville have en positiv indflydelse på kvindes oplevelse, men at jordemoderens viden om sexologi var begrænset. En forforståelse der dog også var præget af egen baggrund som jordemoderstuderende og egen uddannelse, eller manglen derpå, i sexologi. Denne forforståelse har på trods af den hermeneutiske tilgang ved at være opmærksom på egne forforståelser, sandsynligvis præget projektets valg af teori, empiri samt analyse og diskussion. For gøre projektet så anvendeligt som muligt, er dette dog forsøgt udarbejdet så gennemsigtigt for læseren som muligt. Den hermeneutiske metode vurderes fortsat ved projektets slut som værende den mest relevante metode til at besvare problemformuleringen, da metoden netop giver mulighed for at opnå en forståelse af kvindernes individuelle oplevelser.

Kritisabelt for dette projekt er dog, at det er baseret på publicerede kvalitative studier, og ikke på egne undersøgelser, hvor problemformuleringen kunne afdækkes mere specifikt. Samtidig blev der grundet projektets omfang valgt kun at fokusere på kvinden, hvilket måske har sat sine begrænsninger for at opnå en nuanceret forståelse af seksualiteten og sexlivets indflydelse på parforholdet som en helhed. Endvidere var fokus på, hvordan jordemoderen kunne støtte kvinden i jordemoderkonsultationen, mens eventuel fødselsforberedelse eller anden støtte i privat- eller hospitalsregi ikke behandles. Måske ville det have givet en mere nuanceret og fyldestgørende besvarelse af problemformuleringen, hvis disse elementer var inkluderet.

I litteratursøgningen efter anvendelige kvalitative studier viste det sig, at emnet var et forholdsvis ubehandlet forskningsområde. På trods af, at to af de udvalgte studier af Olsson et al. (2005) og Olsson et al. (2009) er skrevet af nogle af de samme forskere, blev disse derfor valgt. Dette har sandsynligvis præget opgavens udformning, da forskere, der har været en del af begge studier, sandsynligvis har samme forforståelse, og studierne måske er påvirket af dette. Derimod må det tolkes som fordelagtigt, at studierne er svenske og dermed er sammenlignelige med og overførbare til danske forhold. Studiet af Woolhouse et al. (2012) er australsk, og på trods af en overvejende positiv kritisk vurdering af studiet, havde et vestligt, europæisk studie nok været mere relevant til at analysere og diskutere den danske svangreomsorg. Fordelagtigt for projektet var dog, at studiet af Woolhouse et al. (2012) netop er baseret på personlige

interviews med kvinder, modsat studiet af Olson et al. (2005) som var baseret på FGI. Det kan meget vel tænkes, at personlige interviews om seksualitet og sexliv giver det mest troværdige billede.

På trods af disse muligheder for at nuancere og præcisere projektet, vurderes metoden dog som værende udmærket til at besvare opgavens problemformulering.

Konklusion

Flere kvinder oplevede, at graviditeten og barselsperioden påvirkede seksualiteten og sexlivet negativt. Gennemgående blev det beskrevet, at graviditeten og barselsperioden var ledsaget af nedsat seksuel lyst, hvilket var svært at håndtere for kvinden. Ligeledes blev det beskrevet, hvordan kvinders forandrede kropsbillede blev opfattet så negativt, at det for nogle begrænsede sexlivet. Samtidig følte nogle kvinder ikke, at de var det samme seksuelle væsen i parforholdet, men at moderrollen nu udfyldte behovet for intimitet. Andre kvinder oplevede, at overgangen fra at være en selvstændig kvinde til at være hjemmegående mor, resulterede i en stereotyp rollefordeling i forholdet som ledsagede frustrationer og påvirkede sexlivet negativt. Analysen viste, at kvinderne havde høje forventninger til sexlivet efter fødslen, og når disse forventninger ikke realiseredes, oplevede flere følelsen af skyld og af at fejle, samt pligten til at have sex. Kvinderne gav dog udtryk for, at både samarbejdet og sammenholdet med manden kunne støtte bevarelsen af intimitet og seksualitet i parforholdet, og ligeledes at støtte og bekræftelse fra de professionelle havde en positiv effekt.

Med teorien om kognitiv kontrol beskrives det, hvordan det måske kan have en yderligere positiv effekt, hvis jordemoderen allerede i graviditeten, har forberedende og vejledende samtaler med kvinden om seksualitet og sexliv. Samtaler som således kan øge kvindens oplevelse af kontrol og tryghed omkring seksualiteten og sexlivets udvikling i forbindelse med moderskabets indtræden. Endvidere kan information om vigtigheden af kommunikationen om sex i parforholdet gives af jordemoderen allerede i transitionen til at blive mor, så sammenholdet i parforholdet er stærkt, når udfordringer relateret til sexlivet opstår. Dog er det vigtigt, at jordemoderen tilpasser vejledningen til den enkelte kvindens behov og medvirker til at skabe en så symmetrisk relation som muligt. Flere jordemødre fandt dog samtalen om sex udfordrende, bl.a. grundet en manglende sexologisk viden. I henhold til jordemoderens retmæssige pligter bør jordemoderen dog kunne varetage en helhedsorienteret støtte af familiedannelsen, hvori seksualitet og sexliv ligeledes må være en komponent. En manglende sexologisk viden, kan måske undgås ved mere sexologiundervisning på jordemoderuddannelsen, men også ved, at jordemødre har kendskab til flere konkrete kommunikationsredskaber til varetagelsen af samtalen om sex. PLISSIT-modellen kan for jordemødre være en model til at kommunikere om seksualitet og sexliv således, at denne dimension også kan blive integreret som en del af familiedannelsen i transitionen til at blive mor.

Litteraturliste

Allen, L., Fountain, L (2007), Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes, *Journal of Perinatal Education*, vol. 16 (1), s. 32-36

Almind, G., Andersen, D., Boch, E., (1999), *Sundhedsvidenskabelig Forskning– En introduktion* (5.udgave), København: F.A.D.L, s. 315-324

Alteneder, R. (1997), Addressing Couples' sexuality concerns during the childbearing period: Use of the PLISSIT model, *JOGNN principles & practice*, vol. 26, nr. 6, s. 651-658

Annon, J., Robinson, C. (1978). The use of vicarious learning in the treatment of sexual concerns. I: Lopiccicolo, J, Lopiccicolo, L, *Handbook of sex therapy*, New York: Plenum Press,
S. 41-56

Brodén, M. (2004), *Graviditetens muligheder: En tid hvor relationer skabes og udvikles* (2. Udgave). København: Akademisk Forlag, s. 71-74

Birkler, J. 2007, *Videnskabsteori*, København: Munksgård Danmark, s. 95-111

Birkler, J. (2012), *Helt uden grænser: Etik og seksualitet*. København: Munksgård, s. 9-13

Eide, H., Eide, T. (2007), *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Reviderede og udvidede udgave, Oslo: Gyldendal akademisk, s. 91-96,292-297,182-184

Giddens, A. (1994), *Intimitetens forandring: Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*, København: Hans Reitzels Forlag, s. 9-10,45, 63, 66-68, 137-140, 188

Glasdam, S. (2011), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: - indblik i videnskabelige metoder*, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 40-43

H:S og Amtsrådsforeningen (2005). Kompetenceprofil for den nyuddannede jordemoder,
s.1-7

Kaspersen, L. B. (2001), Anthony Giddens – en introduktion til en samfundsteoretiker (2. Reviderede udgave) København: Hans Reitzels Forlag, s. 120-121

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Interview: Introduktion til et håndværk (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag, s.270-280, 287-290, 350-353.

Langfeldt, T., Porter, M. (1986). Sexuality and family planning. Report of a consultation and research findings, WHO.

Lewis, J., Black, J. (2006). Sexuality in women of childbearing age. Journal of Perinatal Education, Vol. 15 (2), 29-35.

Lindahl, M. og Juhl, C. B. (2002). Vurdering af kvalitative artikler, Nyt om forskning, nr. 1, s.17-21

Mosbæk, C., (1996), Det nyfødte barn – de nye forældre: om fødselens psykologi. København: Hans Reitzels Forlag, s. 37, 40-41, 49-55

Olsson, A., Lundquist, M., Faxelid, E., Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. Scand J Caring Sci, vol. 19, 381-387

Olsson, A., Robertson, E., Falk, K., Nissen, E. (2009). Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check. Midwifery, vol. 27 (2) 2011, s.195- 202

Rasmussen, A. M., (2012), Modulbeskrivelse modul 2 (revideret 30102012), Jordemoderuddannelsen København, s. 4

Sundhedsstyrelsen, 2009, Anbefalinger fra svangreomsorgen, København: Komiteen for sundhedsoplysning, s. 17, 29-31, 40, 49-58.

Sundhedsstyrelsen, (2001a), Cirkulære om jordemodervirksomhed, København

Sundhedsstyrelsen, (2001b), Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv., København

Undervisningsministeriet (2009), Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab, København, s. 10

Woolhouse, H., McDonald, E., Brown, S. (2012). Women's experience of sex and intimacy after childbirth: Making adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Vol. Dec. 33 (4), s. 185-90, early published online Sep. 2012.

Bilagsfortegnelse

Bilag nr. 1:

Søgehistorie

Bilag nr. 2:

Studiet: "Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth" (Olsson et al., 2005).

Bilag nr. 3:

Studiet: "Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood" (Woolhouse et al., 2012).

Bilag nr. 4:

Studiet: "Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check" (Olsson et al., 2009)