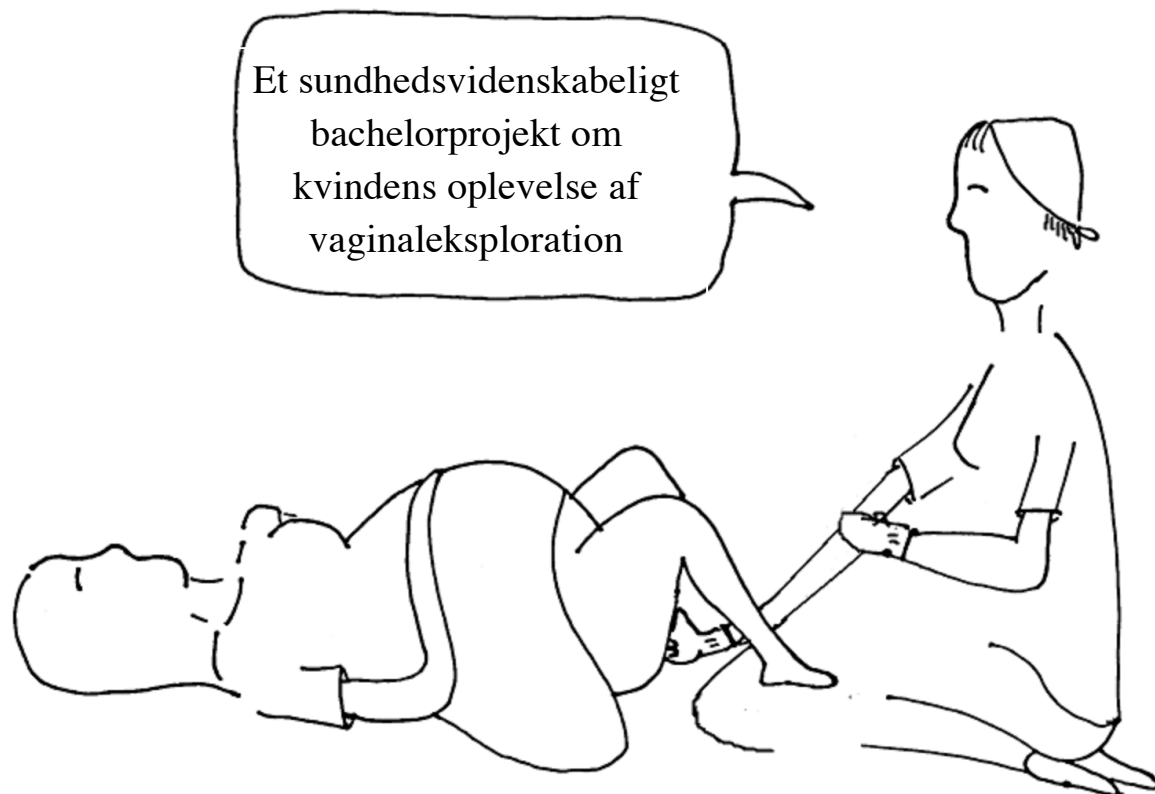


# EKSPLORÉR EKSPLORATIONEN!



Bachelorprojekt af Line Bæk, Maria Ebbesen  
Matilde Jakobsen og Eva Aalbæk Dimon

University College Nordjylland  
Jordemoderuddannelsen  
Vejleder: Marie Hald Thisted

Opgavens omfang: 93.990 tegn med mellemrum

## Resumé

**Titel:** Eksplorér eksplorationen - et sundhedsvidenskabeligt bachelorprojekt om kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen.

**Problemfelt:** Vaginaleksploration er en rutinemæssig undersøgelse under fødslen, hvilket har ført til refleksioner over kvinders oplevelse heraf. Videnskabelig litteratur viser, at 35,2 % af de fødende forbinder vaginaleksploration med noget negativt. Systematisk litteratursøgning viser, at der mangler kvalitativ forskning på området, hvorfor vi ønsker at undersøge dette.

**Problemformulering:** Hvorledes oplever førstegangsfødende vaginaleksploration under fødslen, og hvordan kan jordemoderen bruge denne viden til at fremme en positiv oplevelse hos kvinden i forbindelse med denne undersøgelse?

**Teori og metode:** Projektet har en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Vi har indsamlet empiri ved at lave semistrukturerede interviews. Desuden inddrages *Sundhedsloven* som juridisk grundlag i forhold til medinddragelse og informeret samtykke. Sidst inddrages teori om autonomi og paternalisme af Jacob Birkler samt strategien *PEARLS* af Carl Erik Mabeck.

**Resultat af analyse:** På baggrund af meningskondensering kommer vi frem til, at flere faktorer har betydning for kvindens oplevelse af vaginaleksploration. Vaginaleksploration opfattes som en naturlig del af fødslen, og kvinderne oplever undersøgelsen overvejende positivt på trods af, at den ofte er forbundet med enten ubehag eller smerte. En tillidsfuld relation til jordemoderen samt individuelt tilpasset information er vigtige aspekter i forhold til at give kvinden en god oplevelse med vaginaleksploration. Den tillidsfulde relation bevirker desuden, at kvinderne kun har begrænset behov for medinddragelse.

**Diskussion:** På baggrund af analysen diskuteres, hvorledes jordemoderen kan fremme en positiv oplevelse af vaginaleksploration hos kvinden. Her fremkommer dels de positive aspekter ved jordemoderens ageren, som bør bibeholdes, og dels diskuteres aspekter med muligt udviklingspotentiale.

**Konklusion:** Førstegangsfødende oplever vaginaleksploration forskelligt, dog overvejende positivt, på trods af, at undersøgelsen forbindes med ubehag og smerte i forskellig grad. Flere faktorer har indflydelse på oplevelsen af undersøgelsen, hvorfor jordemoderen må tilpasse omsorgen til kvinden og agere ud fra sin faglighed samt kvindens ønsker og behov i forbindelse med vaginaleksploration.

## **Abstract**

**Title:** Explore the examination - a health scientific bachelor project about women's experience of vaginal examination during labour.

**Background:** Vaginal examination is a routine procedure during labour, which has led to reflections about women's experience with the examination. Scientific literature shows that 35,2 % of women giving birth has negative associations with vaginal examination. Systematic search for literature shows a lack of qualitative research on the area, why we would like to explore this.

**Problem:** How does primiparous experience vaginal examination during labour, and how can midwives use this knowledge to promote the positive experience for the woman during this examination.

**Materials and methods:** The project has a hermeneutic-phenomenological approach. We have collected our empiricism by semi-structured interviews. Furthermore *Sundhedsloven* is incorporated as the legal basis in relation to participation and informed consent. Besides this we incorporate the theories autonomy and paternalism by Jacob Birkler and the strategy *PEARLS* by Carl Erik Mabeck.

**Result of the analysis:** Based on the meaning content analysis we find that several different factors affect women's experience of vaginal examination. Vaginal examination is perceived as a natural part of labour and the women experience the examination predominantly positive despite the fact that the examination often is associated with either discomfort or pain. A trustworthy relation to the midwife and individualized information about the examination are identified as important aspects in giving the woman a good experience with vaginal examination. A trustworthy relation to the midwife also causes the women not to feel a special need for involvement.

**Discussion:** Based on the analysis we discuss how the midwife can promote the positive experience with vaginal examination for the woman. In this part we address both the positive aspects of the midwives work, that should be maintained, and discuss aspects of development potential.

**Conclusion:** Primiparous experience vaginal examination differently, though mainly positive, despite that the examination is associated with discomfort and pain in varying degrees. We conclude that several factors influence the experience of the examination. Therefore the midwife has to adjust the care for the woman and act based on her professionalism and the woman's desires and needs related to vaginal examination.

## Indhold

1.0 Indledning .....	1
2.0 Problemformulering .....	4
2.1 Begrebsafklaring .....	4
3.0 Mål .....	4
3.1 Formål .....	4
4.0 Teori og metode .....	4
4.1 Bachelorprojektets struktur .....	5
4.2 Systematisk litteratursøgning .....	6
4.3 Redegørelse og begrundelse for videnskabsteoretiske overvejelser .....	7
4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af metode til indsamling af egen empiri .....	8
4.4.1 Tematisering og design.....	9
4.4.2 Interview .....	11
4.4.3 Transskription .....	13
4.4.4 Analyse .....	14
4.5 Præsentation og validering af udvalgte kilder .....	14
4.5.1 Sundhedsloven.....	14
4.5.2 Jacob Birkler - autonomi og paternalisme.....	14
4.5.3 Carl Erik Mabeck – PEARLS.....	15
5.0 Redegørelse og analyse.....	15
5.1 Redegørelse og analyse af egen empiri .....	15
5.1.1 Jordemoderens rolle.....	16
5.1.2 Information i forbindelse med vaginaleksploration.....	17
5.1.3 Vaginaleksploration som en naturlig del af fødslen .....	17
5.1.4 Kvindens oplevelse af blufærdighed .....	18
5.1.5 Den fysiske oplevelse af vaginaleksploration .....	19
5.1.6 Indflydelse på vaginaleksploration.....	20
5.2 Sundhedsloven .....	21
5.3 Autonomi og paternalisme .....	22
5.3.1 Autonomi .....	22
5.3.2 Paternalisme.....	23
5.4 Redegørelse og analyse af PEARLS .....	24
5.4.1 Partnerskab .....	25

5.4.2 Empati.....	25
5.4.3 Accept.....	26
5.4.4 Respekt .....	26
5.4.5 Legitimering .....	27
5.4.6 Support .....	27
6.0 Diskussion.....	27
6.1 Kritik af egen metode.....	34
6.1.1 Validitet .....	35
6.1.2 Reliabilitet .....	36
6.1.3 Generaliserbarhed.....	37
7.0 Konklusion.....	37
8.0 Perspektivering .....	38
Bilagsliste.....	41
1 Dosisguide	
2 Eksemplarisk søgning	
3 Interviewguide	
4 Ansøgning og godkendelse fra klinisk uddannelsessted	
5 Skriftlig information til personalet	
6 Skriftlig information til kvinderne	
7 Blank samtykkeerklæring	
8 Meningskondensering	

## 1.0 Indledning

“Jeg bad hende op til flere gange om at lade være, fordi det gjorde ondt, men hun insisterede (...). Jeg sagde jo ingenting, jeg holdt smerten i mig. Ingen måtte høre min smerte.” (1).

Under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde ligger varetagelse af fødselshjælp ved den spontant forløbende fødsel (2, § 1). Fødselshjælpen indebærer bl.a. vurdering af progression i fødselsforløbet. Til dette har jordemoderen flere muligheder, herunder udvendig undersøgelse, palpation af veer, vurdering af kvindens reaktion herpå, vaginaleksploration og observation af purple line (3, p. 498). *World Health Organization (WHO)* angiver, at vaginaleksploration er den mest præcise metode til vurdering af progression under fødslen (4 p. 409) og at undersøgelsen bør foretages med et fire timers interval (5, p. 14). *WHO* påpeger dog, at: “*The number of vaginal examinations should be limited to the strictly necessary*” (6, p. 21). I praksis oplever vi dog, at undersøgelsen udføres oftere, hvilket underbygges af videnskabelig litteratur, der påpeger, at der foretages flere vaginaleksplorationer end *WHO* anbefaler (5) (7, p. 14)<sup>1</sup>. Denne hyppige brug af vaginaleksploration i fødselsforløbet skaber rutine hos jordemoderen, hvilket kan være fordelagtigt i den praktiske udførelse af undersøgelsen, da rutine kan skabe større sikkerhed i fundene. Omvendt kan det være bekymrende, hvis omsorgen i forbindelse med undersøgelsen bliver rutinepræget, hvis resultatet af dette er manglende refleksion samt manglende udforskning af kvindens perspektiv.

Med afsæt i fødestedets retningslinjer skønner jordemoderen behovet for vaginaleksploration i fødselsforløbet. I nogle tilfælde efterspørger kvinden vaginaleksploration, da det for hende kan være en motivationsfaktor. I sådanne situationer må jordemoderen vurdere, hvorvidt dette ønske skal imødekommes. I denne vurdering må jordemoderen tage højde for risici fx i form af infektionsrisiko, da det er dokumenteret, at mange vaginaleksplorationer øger risikoen for infektion. Vaginaleksploration kan dog også være ukomfortabelt og grænseoverskridende (3, p. 494), som kvinden i det indledende citat udtrykker det, og bør derfor udføres skånsomt og under hensyntagen til kvinden (3, p. 496). Trods hensyntagen til kvinden bør jordemoderen dog ikke gå på kompromis med undersøgelsens grundighed, da det er essentielt, at jordemoderen får de informationer, der er nødvendige (4, p. 410). Dette stemmer overens med *Cirkulære om*

---

<sup>1</sup> Ifølge det Hollandske survey blev 41,7 % vaginaleksploreret oftere end hver 2. time gennemsnitligt blev vaginaleksploration udført hver 2,38 time.

*jordemodervirksomhed*, hvor det beskrives, at jordemoderen i sit virke skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed (2). Vores tolkning af at yde omhu og samvittighedsfuld dækker bl.a. over grundigt og systematisk jordemoderarbejde, hvilket tilmed må være gældende når der udføres vaginaleksploration. I den kliniske del af jordemoderuddannelsen har vi gennem mesterlære lært at vaginaleksplorere og har gjort det adskillige gange. I vores første klinikperiode fokuserede vi på selve udførelsen af vaginaleksploration og reflekterede over den intime undersøgelsessituation, herunder hvor man skulle kigge hen samt overvejelser om at holde tommelfingeren fra klitoris m.m. I den forbindelse undrer vi os over, at der på vores praktiksteder ikke findes retningslinjer for den praktiske udførelse af vaginaleksploration. I takt med øget erfaring har refleksionerne ændret sig fra ovenstående til mere alsidige overvejelser om kvindens samlede oplevelse af vaginaleksploration. Og det er netop disse oplevelser, vi ønsker at udforske hos kvinden. I praksis er vi tilmed blevet bekræftet i, at vaginaleksploration kan være ukomfortabelt for kvinderne. Vi har alle oplevet kvinder, der i nogen grad har givet udtryk for ubehag, enkelte ligefrem smerte, i forbindelse med undersøgelsen. Alligevel blev vi overraskede over resultaterne af de videnskabelige studier, som undersøger kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødsel.

Et kvantitativt hollandsk survey fra 2017 viser, at 35,2 % af de fødende har en negativ oplevelse med vaginaleksploration (7). En af årsagerne hertil er: “... *more pain, embarrassment, not being able to relax, not feeling respected and not feeling the possibility to stop the examination*” (7, p. 1). 66,1 % af ovenstående gruppe gav udtryk for, at have en smertefuld oplevelse med vaginaleksploration (7, p. 4). Derudover fandt et kvantitativt engelsk survey fra 2004, at 55,5 % af de fødende beskriver oplevelsen af vaginaleksploration med ordet “*distressing*”<sup>2</sup> (8). Grundet sammenlignelige sundhedssystemer formoder vi, at problematikken ligeledes gør sig gældende i Danmark. Vi er overraskede over de relativt høje procentsatser og finder det problematisk, at en af de mest brugte undersøgelser under fødslen, for en stor del af de fødende, er forbundet med noget negativt. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for Svangreomsorgen* understreger, at formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med fødsel er at bidrage til et så godt forløb som muligt (9, p. 16), men spørgsmålet er, om vi lever op til dette, når så stor en andel formodentligt har en negativ oplevelse?

---

<sup>2</sup> *Oversættelse af distressing: smertefuldt, foruroligende og udmattende*  
(<https://ordbog.gyldendal.dk/#/pages/result/enda/distressing/expert>)

Overalt i sundhedsvæsenet ser vi i dag en tendens til øget selvbestemmelse og der bliver i højere grad end tidligere sat spørgsmålstejn ved sundhedsarbejderens praksis (10, p. 31-32). Dette sker bl.a. som følge af, at patienter i større omfang søger viden via internettet, bøger og andre medier. Patientens stigende ønske om medinddragelse understreger vigtigheden af, at sundhedspersonen informerer tilstrækkeligt til at kunne indhente informeret samtykke forud for en behandling. Hermed inddrages patienten og stilles overfor et valg (11, p. 4) (12, § 15). I det omtalte engelske survey viser det sig imidlertid, at 20,8 % af de fødende var uenige i, at de havde givet informeret samtykke til vaginaleksploration (8). Da vi som nævnt antager, at det engelske studie er overførbart til dansk kontekst, kan det være problematisk set i forhold til dansk lovgivning, da det af *Sundhedslovens* §15 fremgår, at: “*Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke(...)*” (12). I Sundhedsloven beskrives det, at behandling bl.a. omfatter undersøgelser og fødselshjælp (12, § 5). Informeret samtykke er således en forudsætning for, at jordemoderen må indlede en vaginaleksploration. Tilmed opfordrer *Etiske Retningslinjer for Jordemødre* til, at kvinden generelt informeres, så hun forstår både hensigten med og omfanget af de undersøgelser, hun gennemgår, samt betydningen af undersøgelserne (11). Informationen, som skal ligge til grund for indhentning af det informerede samtykke, bør således indebære fyldestgørende information om hensigten med og omfanget af vaginaleksploration. Spørgsmålet er dog, hvilken betydning information om vaginaleksploration har for den fødende kvinde.

Efter systematisk litteratursøgning har vi fundet to relevante kvalitative studier fra henholdsvis Hong Kong og Palæstina, der udforsker kvindens perspektiv på vaginaleksploration (13, 14). Disse studier er dog ikke sammenlignelige med danske forhold grundet markant anderledes fødekulturer. Problematikken er dog belyst kvantitativt ud fra de tidligere nævnte surveys (7, 8), men for at fremme den gode oplevelse hos kvinden i forbindelse med vaginaleksploration, og for at udforske det ovenstående beskrevne videnshul, finder vi det relevant at undersøge, hvad der har indflydelse på kvindens oplevelse af vaginaleksploration. Ved at udforske problematikken kvalitativt, ønsker vi at komplementere den i forvejen eksisterende kvantitative videnskabelige litteratur, så problemfeltet står stærkere belyst. Med dette bachelorprojekt vil vi således kvalitativt udforske kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen ud fra følgende problemformulering:



## 2.0 Problemformulering

Hvorledes oplever førstegangsfødende vaginaleksploration under fødslen, og hvordan kan jordemoderen bruge denne viden til at fremme en positiv oplevelse hos kvinden i forbindelse med denne undersøgelse?

### 2.1 Begrebsafklaring

**Vaginaleksploration:** En indvendig undersøgelse foretaget ved at jordemoderen indfører pege- og langefinger i vagina og fører dem langs bagvæggen til toppen af vagina med henblik på bl.a. at vurdere de cervikale forhold (3, p. 497).

## 3.0 Mål

Målet med dette bachelorprojekt er at udforske kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen, og vurdere hvorledes jordemoderen på baggrund heraf kan fremme en positiv oplevelse hos kvinden i forbindelse med vaginaleksploration.

### 3.1 Formål

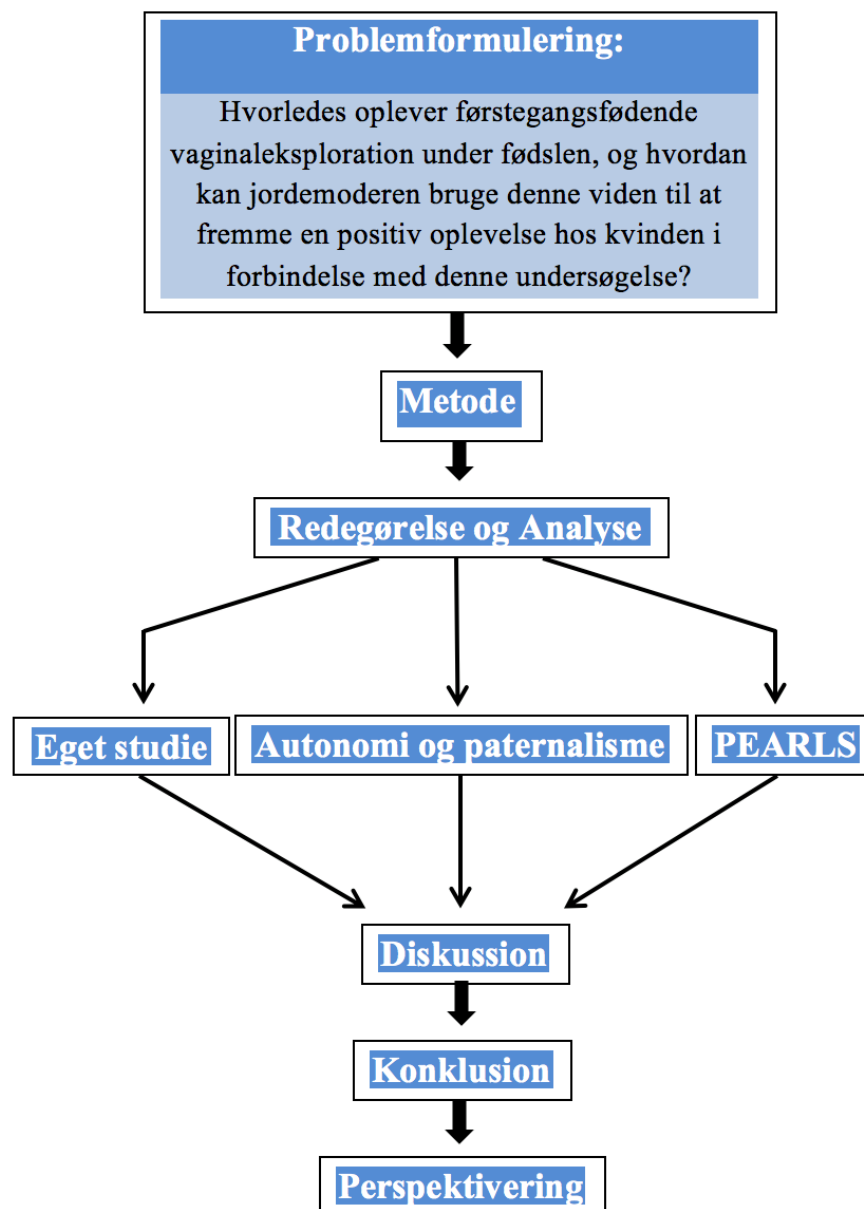
Formålet med dette bachelorprojekt er at bidrage til større viden om kvindens oplevelse af vaginaleksploration, så det kan medvirke til refleksion på området blandt jordemødre. Dette med henblik på at fremme en positiv oplevelse af vaginaleksploration, så undersøgelsen fremadrettet i højere grad kan tage udgangspunkt i kvinders oplevelse.

## 4.0 Teori og metode

I dette afsnit præsenteres først bachelorprojektets struktur ved inddragelse af et flowchart. Herefter følger en redegørelse for den systematiske litteratursøgning. Efterfølgende begrundes projektets videnskabsteoretiske overvejelser. Dernæst argumenteres for metodologiske overvejelser i forhold til indsamling af egen empiri. Slutteligt præsenteres og valideres udvalgte kilder, der anvendes som led i at besvare projektets problemformulering, og der argumenteres for deres anvendelighed i forhold til problemfeltet.

### 4.1 Bachelorprojektets struktur

Nedenfor ses et flowchart, der illustrerer projektets struktur, samt en efterfølgende beskrivelse heraf.



Til besvarelse af bachelorprojektets problemformulering har vi indsamlet empiri via semistrukturerede interviews. De videnskabssteoretiske og metodologiske overvejelser i forbindelse med interviewene er behandlet i punkt 4.3 og 4.4. I afsnittet findes desuden en integreret præsentation og validering af de anvendte kilder *Sundhedsloven*, autonomi og paternalisme samt *PEARLS*. På baggrund af transskription af interviewene og efterfølgende meningskondensering er relevante temaer fremkommet. I analyseafsnittet er egen empiri samt de anvendte kilder behandlet ved vekslende redegørelse og analyse. Synspunkter og argumenter fra analysen danner grundlag for diskussionen, som lægger op til konklusionen, hvor projektets

problemformulering besvares. Afslutningsvis følger en perspektivering, hvor relevante perspektiver i relation til emnet belyses.

## 4.2 Systematisk litteratursøgning

I dette afsnit redegøres for den systematiske litteratursøgning, der er gået forud for konstateringen af, at der mangler litteratur, som kvalitativt udforsker kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen.

For at afsøge feltet har vi søgt i fire databaser, vi fandt relevante grundet deres sundhedsfaglige indhold(15). Databaserne er PubMed, CINAHL Complete, Embase og PsycINFO. I alle fire databaser har vi foretaget en systematisk litteratursøgning på både kontrollerede emneord og fritestord. Vi har taget udgangspunkt i følgende tre temaer: “vaginaleksploration”, “kvindens oplevelse” samt “fødsel” og søgt på relevante søgeord inden for hvert emne både på engelsk og dansk. For at lave en bred søgning har vi, inden for hvert emne, fundet synonymer og kombineret disse med “OR”. Efterfølgende har vi kombineret de tre overordnede temaer med “AND” for at indsnævre søgningen, således at alle artikler indeholder eller omhandler relevante termer fra hvert tema. Vi har valgt at bruge forskellige kontrollerede emneord i de forskellige databaser, da databaserne ikke anvender samme ordlister. Vores systematiske litteratursøgning fremgår af DOSIS-guiden, som er vedlagt som bilag 1. Udvælgelsen af videnskabelige artikler er først sket på baggrund af titlens relevans, dernæst ud fra abstracts og slutteligt ved gennemlæsning af relevante artikler. Ni videnskabelige artikler havde fokus på kvinders oplevelse af vaginaleksploration. Af disse var fire kvalitative, hvoraf vi fandt to relevante. Disse to studier er dog foretaget i henholdsvis Kina og Palæstina (13, 14), hvormed vi vurderer, at disse ikke kan overføres til en dansk kontekst grundet forskelle i kulturer, sundhedssystemer, mm. Ud af de fem kvantitative videnskabelige artikler fandt vi følgende to relevante: *Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands* (7) og *Women's experiences of vaginal examinations in labour* (8). Der refereres til begge studier i indledningen for at underbygge omfanget af problemfeltet, men da studierne er kvantitative, kan de ikke anvendes til besvarelse af projektets problemformulering. Udover systematisk litteratursøgning har vi anvendt kædesøgning med udgangspunkt i anden relevant litteratur. På baggrund af den omtalte systematiske litteratursøgning kan vi konkludere, at der ikke findes videnskabelige artikler, der kvalitativt undersøger kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen, der

kan overføres til dansk kontekst. For at besvare vores problemformulering, er det derfor relevant at indsamle egen empiri.

### 4.3 Redegørelse og begrundelse for videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit vil vi præsentere bachelorprojektets videnskabsteoretiske ramme og argumentere for dets sammenhæng med projektets problemformulering.

Projektet bevæger sig indenfor det humanvidenskabelige felt, da der ifølge vores problemformulering ønskes en forståelse af førstegangsfødendes oplevelse af vaginaleksploration (16, p. 95) (17, p. 33). Mere specifikt arbejder vi ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme (17, p. 57), da vi søger at opnå forståelse for den fødendes tanker og følelser omkring vaginaleksploration. Dette forsøger vi gennem fortolkning af kvindens beskrivelser af sig selv, hendes oplevede begivenheder, erfaringer mm. (17, p. 60-61). Rationalet bag dette er, at det er menneskers egen opfattelse, der giver deres oplevede begivenheder mening. Det fortolkningsvidenskabelige paradigme har således til formål at indfange menneskers beskrivelse af egen opfattelse og indsigt (17, p. 61).

Vores projekt tager udgangspunkt i en kombineret hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Inden for hermeneutikken anses forforståelsen som værende et aktivt element i forståelsen af et fænomen. Forforståelsen dækker over den forståelse, der eksisterer af et fænomen forud for en forståelsesproces, og indebærer alt hvad vi på forhånd ved eller tror om et fænomen. Forforståelsen er således foranderlig (18, p. 157-161). Inden for fænomenologien søges at opnå en præcis beskrivelse af et fænomen, som det fremtræder i verden, hvilket kræver, at der sættes parentes om forforståelsen. Det vil sige at man tilsidesætter fordomme og formodninger, som er opstået både ud fra en teoretisk og videnskabelig forståelse, men også ud fra hverdagsbetragtninger.

Som det fremgår af ovenstående beskrivelse, er hermeneutikken og fænomenologien filosofisk forskellige, idet fænomenologien overordnet fokuserer på udsagn og tager disse for pålydende, mens hermeneutikken går bag om udsagnet og undersøger, hvorfor der bliver sagt, som der gør (18, p. 170). Fænomenologien adskiller sig desuden fra hermeneutikken ved at fokusere på den levede erfaring og tillægger den en afgørende betydning (18, p. 184). På trods af at hermeneutikken og fænomenologien kan betragtes som to idealistiske videnskabelige tilgange,

der fungerer på et teoretisk plan, har de deres begrænsninger, når de konfronteres med virkelighedens verden. Skulle vi være tro mod den hermeneutiske tilgang i projektet, skulle vi konstant forholde os til vores forforståelse og gennemgå den hermeneutiske cirkel i alle aspekter af projektet (18, p. 157-159). Grundet opgavens omfang finder vi ikke dette muligt og må derfor begrænse denne proces. Skulle vi derimod udelukkende have en fænomenologisk tilgang i projektet, skulle vi til enhver tid sætte parentes om vores forforståelse (18, p. 184), hvilket vi ikke vurderer er realistisk. Alt imens vil vi dog forholde os åbne og udforskende i forhold til den oplevelse, vores informanter udtrykker, hvilket er inspireret af fænomenologien. Det gør vi bl.a. ved at stille åbne spørgsmål (jf. 4.4.2) samt forholde os åbne i forhold til nye temaer i analysen (jf. 4.4.2).

Vi ønsker at klarlægge vores forforståelse for at kunne anvende denne aktivt i bachelorprojektet i overensstemmelse med hermeneutikken. Vores forforståelse er bl.a. påvirket af faglig viden om vaginaleksploration, klinisk erfaring med udførelsen heraf samt kontakten med kvinden i den forbindelse. Ud fra ovenstående er eksempler på vores forforståelse, at der indhentes informeret samtykke forud for undersøgelsen, og at kvinder i nogle tilfælde oplever vaginaleksploration som en ubehagelig, men dog acceptabel, undersøgelse i fødselsforløbet. Denne forforståelse blev udfordret efter at have læst det engelske og hollandske survey, som er omtalt i indledningen. Disse studier har medført refleksioner om, hvorvidt kvinder generelt har en mere negativ oplevelse med vaginaleksploration, end vi fået indtryk af i praksis, samt at en relativt stor del af fødende ikke oplever at have givet informeret samtykke til vaginaleksploration.

#### 4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af metode til indsamling af egen empiri

I dette afsnit beskrives de metodologiske og etiske overvejelser, der dels er gået forud for indsamlingen af empiri og dels er konstrueret undervejs i bachelorprojektet. Vi tager udgangspunkt i Steinar Kvale og Svend Brinkmanns syv faser i en interviewundersøgelse, nemlig tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering (19, p. 122-123), der præsenteres i bogen *Interview - Introduktion til et håndværk*. Dette med henblik på at sikre validitet gennem hele bachelorprojektet (19, p. 274). Vi behandler de første fem faser i dette afsnit, mens verifikationen behandles i afsnit 6.1 om kritik af egen metode.

Rapporteringen findes ikke relevant at gennemgå, da et krav til projektet er rapportering gennem et bachelorprojekt.

#### 4.4.1 Tematisering og design

Udsprunget af en kombination mellem bachelorprojektets problemformulering og overordnede mål bliver studiets formål at indhente den empiri, der mangler på området for at kunne belyse kvindens oplevelse af vaginaleksploration.

Som det fremgår af projektets problemformulering, ønsker vi at udforske kvindens oplevelse af vaginaleksploration under fødslen. Vi ønsker indsigt i kvindens følelser og tanker i henhold til et specifikt fænomen under fødslen, hvilket den kvalitative forskning er velegnet til (17, p. 57-61). Vi har valgt at lave semistrukturerede interviews, der er planlagte og fleksible interviews, der har til formål at indhente beskrivelser af informanternes livsverden med henblik på fortolkning af meningen med de beskrevne fænomener (19, p. 19). Dette giver kvinden en vis frihed til at udfolde de perspektiver, hun finder vigtige i forbindelse med vaginaleksploration.

Forud for interviewene har vi udformet en interviewguide (bilag 3). For at sikre grundighed og bredde i interviewguiden har vi valgt at strukturere denne ud fra fem overordnede temaer, vi har operationaliseret os frem til ud fra det kvantitative engelske survey *Women's experiences of vaginal examinations in labour* (8), der vurderes overførbart til danske forhold. Disse temaer er: oplevelse af vaginaleksploration, jordemoderens rolle, den fysiske oplevelse, information og indflydelse, hvilke synes relevante for vores projekt. Vi finder ikke det kvantitative engelske survey tilstrækkelig til besvarelse af vores problemformulering, hvorfor vi blot anvender de relevante temaer fra artiklen som ramme for interviewguiden. Interviewguiden skelner mellem overordnede spørgsmål og underspørgsmål, hvormed den indeholder en oversigt over emner, vi finder relevante at afdække samt forslag til spørgsmål (19, p. 150). Vi har anvendt åbne udforskende spørgsmål, da dette kan sikre nuancering i svarene, men også enkelte lukkede og mere specifikke spørgsmål (19). Vores interviewguide fungerer som en ramme, der sikrer, at der indhentes information om de samme temaer fra de forskellige informanter. Spørgsmålene er korte, let forståelige og fri for fagsprog med henblik på korrekt forståelse hos informanterne (19, p. 155-157). Eksempelvis anvendes ordet indvendig undersøgelse frem for vaginaleksploration. Som et kvalitetssikrende element har vi valgt at lave et pilotinterview forud for dataindsamlingen for at afprøve interviewguiden. Herefter har vi enkelte steder korrigeret og præciseret spørgsmål i interviewguiden, som var uklare for informanten.

Pilotinterviewet bliver ikke transskriberet eller analyseret og vil ikke fremgå i bachelorprojektet.

Med afsæt i Kvale og Brinkmanns vurdering af, hvornår der opnås mætning (19, p. 134), har vi ansøgt om at lave  $5 \pm 2$  interviews (bilag 4). Formålet med studiet indikerer hvor mange informanter, der er behov for (19, p. 134). Da det fra studiets start ikke er muligt at fastsætte det præcise antal informanter, vurderes mætningen løbende. Ud fra denne vurdering besluttes, om der skal foretages flere interviews, eller om der er opnået et mætningspunkt, hvor yderligere interview ikke tilføjer noget nyt (19, p. 134).

Forud for rekrutteringen af informanter har vi opstillet en række inklusions- og eksklusionskriterier, der skal sikre, at vi undersøger den gruppe, vi ønsker at udforske og at det er etisk forsvarligt mm. Kriterierne fremgår af nedenstående boks:

<b>Inklusionskriterier:</b>	<b>Eksklusionskriterier:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Førstegangsfødende, der er blevet vaginaleksploreret under fødslen</li><li>- Vaginal fødsel</li><li>- Taler og forstår dansk</li><li>- Levendefødt barn</li><li>- Født til termin: fra gestationsalder <math>37^{+0}</math> til <math>42^{+0}</math></li><li>- Minimum 18 år gammel</li><li>- Fornuftshabil</li><li>- Maximum tre døgn post partum</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kvinder, hvis barn har eller har haft behov for neonatal behandling</li><li>- Kvinder, der tidligere har været udsat for seksuelle overgreb eller situationer, som kan sidestilles hermed</li></ul>

Forudsætningen for at en kvinde kan fortælle om sin oplevelse af vaginaleksploration er, at hun under fødslen har oplevet en sådan undersøgelse. For at udelukke at tidligere fødselsoplevelser influerer på kvindens oplevelse af vaginaleksploration, vælger vi kun at inkludere førstegangsfødende. Begrundelsen for at ekskludere kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb, er, at der for denne gruppe kan være andre faktorer, der har indflydelse på deres

oplevelse af vaginaleksploration. Ligeledes kan der for kvinder, hvis barn har eller har haft behov for neonatal behandling, være en række andre fokusområder for kvinden.

Vi har indhentet skriftlig tilladelse til indsamling af data på Familieafsnittet på Aarhus Universitetshospital (AUH) ved henholdsvis afdelingssygeplejersken og den uddannelses- og udviklingsansvarlige sygeplejerske (bilag 4). Der er udarbejdet skriftligt informationsmateriale til de ansatte på afdelingen (bilag 5). Ligeledes er der udarbejdet skriftligt informationsmateriale til kvinderne i et neutralt og letforståeligt sprog (19, p. 152), og samtykkeerklæringer til de kvinder, der ønsker at deltage (bilag 6,7). Ovenstående er udarbejdet efter *Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter* (20, p. 8-12).

Rekrutteringen af informanter er foregået ved at fremlægge vores bachelorprojekt til forældreundervisning på Familieafsnittet på AUH. Informationen af ca. 3 minutters varighed har været med vægt på frivillig deltagelse, anonymitet og deltagelse uafhængigt af, hvilken oplevelse kvinden har haft med vaginaleksploration. Desuden blev det italesat, at der ville være rum for bleskift, amning mm. undervejs i interviewet. Herefter har kvinderne selv haft mulighed for at henvende sig, og interviewene ville finde sted dagen efter. Dog fremkom det, at forældrene, som deltog i forældreundervisningen, ofte skulle udskrives den følgende formiddag, hvormed tiden var knap til et interview. På baggrund af dette ændrede vi rekrutteringsmetoden og talte i stedet om morgenen med sygeplejerskerne på afdelingen, som kunne fortælle, hvem der var mulige informanter. Sygeplejersken kontaktede de mulige informanter for at spørge, om interviewerens måtte komme og informere om vores studie med henblik på at rekruttere informanter til interviews. De kvinder, som indvilgede heri fik et kort besøg på stuen med information om bachelorprojektet, hvorudfra de kunne tage stilling til, om de ønskede at deltage.

#### 4.4.2 Interview

Dataindsamlingen er foregået på Familieafsnittet på AUH i uge 16 og 17. Da vi vurderede, at der ikke var opnået mætning i disse to uger, måtte vi inkludere mandag i uge 18. Vi har valgt AUH, da det er et fødested med mange fødsler<sup>3</sup> og dermed mulighed for rekruttering af informanter inden for den begrænsede tidsperiode. Studiet kunne være foretaget på et hvilket

---

<sup>3</sup> I 2016 var der på AUH 4.876 fødsler (21)



som helst fødested, da der ikke er markante forskelle i udførelsen af vaginaleksploration landet over, og da forskellige informanter vil bidrage med forskellige oplevelser. Vi har valgt Familieafsnittet, da det formodes, at der på denne afdeling vil være mange kvinder, som møder vores inklusionskriterier.

Som tidligere nævnt skal kvinderne underskrive en samtykkeerklæring, hvor både interviewer og informant får et eksemplar. Derudover får informanten udleveret information om projektet inklusiv interviewerens kontaktinformationer til evt. tilbagetrækning af samtykke (bilag 6) samt vores godkendelse til indsamling af data fra AUH (bilag 4).

Forskellige interviewere har forskellige grader af sensitivitet og vil dermed kunne producere vidt forskellige data om de samme temaer til trods for anvendelse af samme interviewguide (19, p. 49). Derfor har vi valgt, at samme person laver alle interviews (19, p. 274). Dette højner den håndværksmæssige validitet, da færdigheder i at interviewe læres gennem interviewpraksis (19, p. 34).

Vi planlagde, at der foruden intervieweren skulle være en observatør til stede under interviewene for at optegne nuancerede observationer i interviewene som fx kropssprog og mimik. Dette kunne dog ikke imødekommes af Familieafsnittet, hvorfor dette måtte undlades. Vi valgte derfor i stedet, at intervieweren efter hvert interview noterede observationer om informantens kropssprog og mimik. Dette afhjælper problematikken omhandlende kropssprog og mimik, der ikke registreres på lydoptagelsen af interviewene (19, p. 200).

Iscenesættelsen af interviewene bør tilskynde informanten til at beskrive egne synspunkter (19, p. 148). Da vaginaleksploration er et privat emne, og da kvindens livssituation på tidspunktet for interviewet er sårbar, finder vi det essentielt at skabe rolige fysiske rammer for interviewene. Derfor skal interviewene foregå på informantens egen stue, hvor hun kan tale frit og trygt om private anliggender (19, p. 32). En yderligere overvejelse i forhold til at skabe tryghed er desuden, at faderen og barnet kan være til stede på stuen under interviewene, såfremt kvinden ønsker det. Dog ønsker vi ikke andet fagpersonale til stede under interviewene. Interviewene vil være af ca. 20 minutters varighed. Baggrunden for dette er bl.a. etiske overvejelser om at skåne den nybagte familie, hvor der er nye forhold at tage højde for, herunder praktiske gøremål og psykiske forandringer.

Alle interviews er introduceret med en briefing og afsluttet med en opsummering (19, p. 149), hvilket fremgår af interviewguiden (bilag 3). Dette har til formål at sætte rammen for interviewet og fremme god interaktion mellem interviewer og informant (19 p. 89). I interviewene forholder intervieweren sig bevidst til en række kvalitetskriterier for interviews. Dette sker bl.a. ved at intervieweren er opmærksom på at have en bevidst naivitet samt ved løbende at fortolke udsagnene i interviewene (19, p. 186). På den måde forholder intervieweren sig åbent til nye perspektiver og temaer samt forfølger relevante udsagn. Mod slutningen af interviewet spørges informanten til, om der er noget relevant angående vaginaleksploration, hun mangler at give udtryk for (19, p. 149). Dette med henblik på at afdække emnet bredere og derved styrke validiteten. Til slut i hvert interview opsummerer intervieweren hovedpointerne fra interviewet. Dette gøres med henblik på at sikre korrekt forståelse og dermed lave en form for medlemsvalidering (19, p. 351). Alt imens opfordres informanten til at korrigere udsagn samt komme med tilføjelser.

#### 4.4.3 Transskription

Foruden pilotinterviewet lavede vi syv interviews, hvoraf ét måtte ekskluderes, da informanten ikke mødte inklusionskriterierne. Alle seks interviews er lydoptaget og derefter transskriberet i deres fulde længde med henblik på at strukturere interviewene i en form, der egner sig til nærmere analyse (19, p. 202). Transskriptionerne vil herefter lægge til grund for en meningsanalyse (19, p. 46).

Vi har fastlagt en procedure for transskribering, hvilket vi fandt nødvendigt, da interviewene er transskriberet af forskellige gruppemedlemmer (19, p. 202-203). Vi har transskriberet de første ti minutter af pilotinterviewet i fællesskab for at sikre ensartethed i det transskriberede materiale. Alle interviews er transskriberet ordret dog uden registrering af fx „øh“ eller hyppige gentagelser af småord (19, p. 203), som ikke synes nødvendige for vurderingen af hvilke temaer, der fremkommer af informanternes udsagn. Efterfølgende gennemlyttes de passager, der citeres, med henblik på at vurdere om disse småord har betydning for meningen af det sagte.

Interviewene behandler et følsomt emne, hvorfor vi ud fra et etisk synspunkt finder det essentielt at beskytte informanternes fortrolighed (19, p. 209). Dette har vi gjort ved at sikre anonymitet i det transskriberede materiale samt i de citater, som medtages i projektet (19 p. 91). Desuden opbevares optagelserne fortroligt, og lydoptagelser samt transskriptioner destrueres

tre uger efter endt eksamen i overensstemmelse med *Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter* (20 p. 5).

#### 4.4.4 Analyse

Vi har valgt meningskondensering som analysestrategi (19, p. 219). Efter gennemlæsning af transskriptionerne udvælges relevante passager vedrørende vaginaleksploration og disse meningskondenseres, hvilket vil sige at de sammenfattes i kortere udsagn, så den centrale mening tydeligt fremgår (19 p. 227-228). Efter meningskondensering er relevante temaer fremkommet. Alle kondenseringer er samlet i et dokument, hvor de er temaopdelte (bilag 8). I analyseafsnittet inddrages væsentlige citater for at underbygge analysen. Disse citater er genhørt for at sikre korrekt forståelse og citation inden anvendelse i bachelorprojektet.

### 4.5 Præsentation og validering af udvalgte kilder

I nedenstående følger en integreret præsentation og validering af henholdsvis *Sundhedsloven*, Jacob Birkler med sin udlægning af autonomi og paternalisme samt Carl Erik Mabeck og hans udlægning af strategien *PEARLS*.

#### 4.5.1 Sundhedsloven

*Sundhedslovens* kapitel 5, herunder §15, §16 og §21, omhandler patientens medinddragelse i beslutninger, informeret samtykke samt sundhedspersonens ansvar (12). Lovens indhold er udarbejdet af *Det Danske Sundheds- og Ældreministerium* og er den gældende lov i Danmark, man som sundhedsperson er underlagt. Vi finder det relevant at inddrage *Sundhedsloven*, da dette er juridisk grundlag for vores virke som jordemødre. Vi vil anvende denne kilde som led i besvarelsen af, hvordan jordemoderen kan fremme en positiv oplevelse i forbindelse med vaginaleksploration jf. problemformuleringen.

#### 4.5.2 Jacob Birkler - autonomi og paternalisme

Jacob Birkler er cand.mag. i filosofi og psykologi fra Aarhus Universitet samt ph.d. i medicinsk etik. Desuden har Birkler fra 2010 til 2016 været formand for *Det Ethiske Råd* (22). Birkler har bl.a. udgivet bogen *Etik i Sundhedsvæsenet* (22), hvoraf vi finder kapitlet *Ethiske spørgsmål* relevant i forhold til vores problemfelt. Kilden bidrager med et nuanceret billede på etik i sundhedsvæsenet ved inddragelse af begreberne autonomi og paternalisme. Dette anvendes som et led i besvarelsen af, hvordan jordemoderen kan fremme en positiv oplevelse i forbindelse

med vaginaleksploration. For yderligere at uddybe autonomi og paternalisme anvendes *Medicinsk Etik* af Klemens Kappel, som Birkler henviser til i kapitlet.

#### 4.5.3 Carl Erik Mabeck – *PEARLS*

Som et led i at belyse hvordan jordemoderen kan fremme en positiv oplevelse i forbindelse med vaginaleksploration inddrages *PEARLS*, der er en strategi til at opnå en tillidsfuld relation til patienten. Strategien er behandlet i bogen *Samtalen med patienten* af Carl Erik Mabeck, der er udgivet af Lægeforeningens forlag i 1999 (23, p. 3-4). *Samtalen med patienten* er en lærebog i kommunikation og forståelse mellem læge og patient, men argumenterer for at være anvendelig for alle faggrupper, der beskæftiger sig med patienter (23, p. 7). Mabeck var praktiserende læge, professor i almen medicin og havde tilmed en doktorgrad i medicin (24). Ydermere var Mabeck leder af kommunikationsforskningsgruppen ved Aarhus Universitet, der beskæftiger sig med kommunikation i sundhedsvæsenet (23, p. 8). Mabecks uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund, er med til at højne kildens validitet.

## 5.0 Redegørelse og analyse

I dette afsnit redegøres og analyseres dels vores egen indsamlede empiri og dels de kilder, vi har udvalgt til at belyse vores problemformulering. Først behandles resultatet af den indsamlede empiri. Herefter behandles udvalgte paragraffer af *Sundhedsloven*, begreberne autonomi og paternalisme samt strategien *PEARLS*.

### 5.1 Redegørelse og analyse af egen empiri

I nedenstående afsnit præsenteres og analyseres den indsamlede empiri. Ud fra meningskondensering er vi kommet frem til seks temaer, der alle har indflydelse på kvindens oplevelse af vaginaleksploration. Vi har valgt at strukturere afsnittet ud fra disse temaer, og slutteligt opsummerer vi kvindens oplevelse af vaginaleksploration på baggrund af de opstillede temaer.

#### 5.1.1 Jordemoderens rolle

Blandt kvinderne ses en tendens til, at relationen mellem jordemoder og kvinde har betydning for oplevelsen af vaginaleksploration. Generelt opleves relationen som god og tryk. Jordemødrene beskrives af kvinderne som professionelle, empatiske, anerkendende,

behagelige, omsorgsfulde og kompetente. Disse egenskaber hos jordemoderen pointerer kvinderne som værende medvirkende til at skabe en god relation. En kvinde udtrykker det som følger: *“Jeg oplevede, at hun (jordemoderen) var dygtig og kompetent, og havde styr på det hele”* (bilag 8, p. 1). At relationen til jordemoderen har afgørende betydning for kvinderne illustreres ved følgende citat: *“Jamen man har kun lige set det der menneske to minutter, og så skal de egentlig til at kigge på én på nogle steder, hvor man måske ikke lige synes det er allersjovest”* (bilag 8, p. 7). Kvinden tilføjer, at den manglende relation til jordemoderen ved første vaginaleksploration bl.a. gjorde det svært at slappe af under undersøgelsen.

Kvinderne understreger jordemoderens hensynsfulde ageren i forbindelse med vaginaleksploration ved fx ikke at udstille dem. En kvinde udtrykker det således: *“Men det er også bare fordi jeg synes, at de jordemødre vi havde var fantastiske. Jeg følte mig ikke udsat eller udstillet”* (bilag 8, p. 1). Derudover er tilliden og jordemoderens ønske om at ville kvinden det bedste af stor betydning i undersøgelsessituationen, hvilket en kvinde udtrykker således: *“Jeg stolede jo fuldstændig på dem, jeg vidste hvad de lavede, og at de ville det bedste”* (bilag 8, p. 1). Tilmed illustrerer følgende citat, at jordemoderen er i stand til at veksle mellem at være empatisk og gennemslagskraftig på de rigtige tidspunkter: *“De slog igennem på de rigtige tidspunkter. Og de var følelsesmæssigt involveret på de tidspunkter jeg havde brug for det. (...) Det der med at de gjorde det rigtige på de rigtige tidspunkter, men havde rigtig mange forskellige kasketter på”* (bilag 8, p. 2). Jordemoderens tilpasning til situationen har således betydning for kvindens oplevelse af vaginaleksploration.

En kvinde opfordrer til en forventningsafstemning jordemoder og kvinde imellem angående vaginaleksploration: *“Det ville jo måske være en god idé for jordemoderen at tage snakken (...) altså, at spørge ind til det, altså hvordan har du det med det? Og vil du gerne være dækket til ved de undersøgelser (...)”* (bilag 8, p. 8). En sådan forventningsafstemning kan bidrage til, at jordemoderen individualiserer omsorgen for den enkelte kvinde i forbindelse med vaginaleksploration.

### 5.1.2 Information i forbindelse med vaginaleksploration

Ifølge kvinderne er jordemødrene gode til at informere om vaginaleksploration både før, under og efter undersøgelsen. En kvinde udtrykker: *“Jeg blev altid forberedt godt op til og fik at vide hvad de gjorde”* og fortsætter: *“Og så at de så fortalte undervejs. Og bagefter var de (...) fine*

til at sige at »Det ser sådan og sådan ud, så vi er nødt til at gøre det og det« eller »Du er godt på vej« (bilag 8, p. 32). Kvinderne føler sig altså grundigt informeret, men dog er det forskelligt, hvor højt et informationsniveau den enkelte kvinde har behov for. Enkelte foretrækker et minimum af information, eksempelvis understreger en kvinde: *“Jeg skal ikke have for mange informationer i hvert fald”* (bilag 8, p. 27), mens andre kvinder ønsker meget detaljeret information: *“Jeg er sådan én, som skal have informationer, og jeg skal vide hvad skal der ske, og hvad er normalt”* (bilag 8, p. 21). På trods af forskelligt informationsniveau oplever kvinderne dog overordnet tilfredshed med formidlingen af de fund, jordemødrene gør i forbindelse med vaginaleksploration. Dette kan ses som et udtryk for, at jordemødrene er i stand til at tilpasse informationen til kvindens behov. For enkelte kvinder kan vaginaleksploration med efterfølgende information om progression være en motiverende faktor. Dette understreges af en kvinde, der siger: *“(…) informationen (om undersøgelsesresultatet) gjorde, at jeg fik lidt motivation. At jeg blev undersøgt så mange gange, det betyder også bare, at jeg følte, at det gik godt og planmæssigt“* (bilag 8, p. 19). Enkelte kvinder udtrykker dog manglende forståelse for jordemoderens fund ved den første vaginaleksploration. En kvinde udtrykker følgende: *“(…) jeg fik af vide én finger. Hvor jeg tænker »én finger... Hvad i alverden er det lige?« Fordi nu hører man kun om, hvor mange centimeter(…)”* (bilag 8, p. 24). Jordemoderen må altså være tydelig i kommunikationen om vaginaleksploration, så informationen ikke misforstås. Flere kvinder pointerer, at informationen i forbindelse med vaginaleksploration er særlig vigtig, når man er førstegangsfødende: *“Man ved jo slet ikke, hvad der skal ske, og man har jo gjort sig nogle forestillinger om det selvfølgelig (…)”* (bilag 8, p. 28).

### 5.1.3 Vaginaleksploration som en naturlig del af fødslen

*“Jeg havde tænkt, at det vænner man sig vel til, fordi det jo bare... at det kommer til at ske mange gange(…)”* (bilag 8, p. 46). Dette er ét eksempel på en kvindes tanker om vaginaleksploration forud for fødslen. En anden kvinde siger: *“Det var ikke noget der var smertefuldt, ud over hvad man kunne forvente”* (bilag 8, p. 12), hvilket ligeledes sætter ord på nogle af forestillingerne om vaginaleksploration. Da en kvinde bliver spurgt om, hvorvidt hendes tanker om vaginaleksploration forud for fødslen har betydning for oplevelsen, siger hun: *“Jo det tror jeg da. At man har overvejet, og tænkt scenariet igennem”* (bilag 8, p. 46). Ovenstående illustrerer, at flere kvinder gør sig tanker om vaginaleksploration inden fødslen. Vi ved dog ikke konkret, hvilken betydning det har for deres generelle oplevelse af vaginaleksploration. På trods af at det er forskelligt, hvorvidt kvinderne forud for fødslen har

gjort sig tanker om vaginaleksploration eller ej, er det fælles, at kvinderne retrospektivt betragter vaginaleksploration som en nødvendighed i fødselsforløbet. *“Er det nødvendigt lige nu? – det tænkte jeg ikke på noget tidspunkt”* (bilag 8, p. 44). Og en anden kvinde udtrykker det: *“Det tænkte jeg nok bare man skulle (...) det hører med til det”* (bilag 8, p. 44). Ligeledes beskriver flere kvinder undersøgelsen som naturlig: *“(...) det falder meget naturligt ind, at man sådan tjekker løbende”* (bilag 8, p. 45) og samme kvinde supplerer senere med *“det virker som en naturlig del af processen”* (bilag 8, p. 45). Ovenstående bekræfter, at kvinderne ikke blot ser vaginaleksploration som en nødvendighed, men tilmed som en naturlig del af fødslen.

Hos kvinderne ses en forståelse for, at vaginaleksploration skal udføres på trods af ubehag forbundet hermed: *“Det gør lidt ondt (...) Det er jo også svært for hende (jordmoderen) at gøre det meget anderledes”* (bilag 8, p. 45). En anden kvinde beskriver en situation med mange fagpersoner til vurdering på stuen: *“Selvom det ikke er en fed situation at ligge der, så er det okay, fordi det lige er dét det handler om”* (bilag 8, p. 17). Også her ses en accept af situationen, da kvinden har fødsels overordnede mål for øje, hvilket opvejer undersøgelsessituationen.

#### 5.1.4 Kvindens oplevelse af blufærdighed

Angående kvindens oplevelse af blufærdighed i forbindelse med vaginaleksploration kan vi udlede, at der blandt kvinderne er divergerende opfattelser. Nogle kvinder oplever ikke blufærdighed i forbindelse med vaginaleksploration, eksempelvis udtaler en kvinde: *“Det var egentligt rart at kunne få lov til at være nøgen”* (bilag 8, p. 49). Til spørgsmålet om, hvorvidt der blev oplevet blufærdighed i forbindelse med vaginaleksploration, svarer en kvinde: *“Jeg tænkte, at det ville jeg nok inden. Altså at, »uha så ligger man der og bare er sådan helt«. Men da jeg var i det (...) der var jeg bare ligeglad”* (bilag 8, p. 47). På trods af dette udtaler flere kvinder, at blufærdigheden mindskes ved eksempelvis tildækning: *“Én gang var der en, der lagde et håndklæde, et eller andet, over mig, og det synes jeg egentlig var rart”* (bilag 8, p. 50). Flere kvinder beskriver dog, at de forud for fødslen forventede, at de ville være mere blufærdige end de reelt viste sig at være. I takt med fødsels fremgang bliver blufærdigheden mindre for størstedelen af kvinderne: *“Det er som om, at alle ens grænser (...) eller blufærdighed i hvert fald, den forsvinder ligesom bare fuldstændig”* (bilag 8, p. 47). På samme måde oplevede størstedelen af kvinderne ikke blufærdighed ved at tale om emnet under interviewene, hvilket udledes af deres kropssprog, som generelt var meget åbent samtidig med at kvinderne holdt øjenkontakt og på den måde udviste, at de var komfortable ved at tale om emnet. Dog er der en kvinde, der føler sig blottet: *“Der er en dør nede for enden, hvor de også kom ind, og så ligger*

*man der helt blottet, og så vælter det ind med folk, som lige går hen og hilser, for de skal også lige være med”* (bilag 8, p. 50). De negativt ladede undertoner i ovenstående citat udtrykker en blufærdighed, som kvinden fortæller, at hun ikke får givet udtryk for i situationen, hvilket hun tilskriver den pressede fødselssituation.

### 5.1.5 Den fysiske oplevelse af vaginaleksploration

Indledningsvis i interviewene er det ikke den fysiske oplevelse af vaginaleksploration, kvinderne lægger vægt på. Senere i interviewene nuanceres den fysiske oplevelse på baggrund af nærmere refleksion, hvor størstedelen af kvinderne forbinder oplevelsen med ubehag, mens enkelte oplever det smertefuldt. Generelt har kvinderne dog en opfattelse af, at vesmerten overskygger ubehaget eller smerten ved vaginaleksploration. En kvinde udtaler eksempelvis: *“Det er da ikke altid lige behageligt, men altså i forhold til veer og alt muligt andet, man nu går igennem... så er det ikke fordi det er så meget mere ubehageligt end alt det andet”* (bilag 8, p. 13). Der ses hos nogle kvinder en differentiering mellem den første vaginaleksploration og de senere undersøgelser. En kvinde vurderer eksempelvis den første vaginaleksploration som den mest ubehagelige: *“Det var ubehageligt første gang, men det var også fordi, at jeg slet ikke var åben nok”* (bilag 8, p. 13). En anden kvinde finder vaginaleksploration mod slutningen af fødslen mere ubehageligt: *“Altså men til sidst der var det jo ikke... der var det ikke rart”* (bilag 8, p. 12). Flere kvinder pointerer vigtigheden i at slappe af forud for undersøgelsen for at mindske ubehaget: *“Man skal jo bare huske at slappe af, fordi det gør jo mere ondt, jo mere man sidder og spænder op”* (bilag 8, p. 15). Kvinderne udtrykker tilfredshed med at jordemødrene anerkender, at undersøgelsen kan være forbundet med ubehag. En kvinde siger eksempelvis: *“De (jordemødrene) var egentlig også søde undervejs til at sige, »ja, vi ved godt, at det ikke er rart«”* (bilag 8, p. 31).

### 5.1.6 Indflydelse på vaginaleksploration

Kvinderne oplever kun i begrænset omfang, at de har indflydelse på til- og fravalg af vaginaleksploration. Tendensen er dog, at de færreste kvinder ønsker at få mere indflydelse. Til spørgsmålet om, hvorvidt en kvinde oplever at have indflydelse på, hvornår der skulle foretages vaginaleksploration, svarer hun: *“Det oplevede jeg faktisk ikke, at jeg havde nogen indflydelse på, men det var ikke noget, der gjorde noget”* (bilag 8, p. 33). Til trods for dette påpeger kvinderne, at jordemødrene ofte forsøger at indhente samtykke forud for vaginaleksploration. Alligevel oplever kvinderne, som én udtrykker det: *“Hvad har jeg af valg?!”* (bilag 8, p. 33).



Jordemoderens forsøg på at indhente informeret samtykke opfattes således mere retorisk end noget, der lægger op til, at kvinderne har reel medbestemmelse.

Til trods for at kvinderne ikke ytrer særligt ønske om medinddragelse, har det alligevel betydning, at jordemoderen lytter til kvinden og at de så vidt muligt planlægger sammen: “(...) *bare lige at man bliver hørt, i stedet for at man får sådan en »ja det er ligemeget, det skal ske«*” (bilag 8, p. 40).

Kvinden har stor tillid til jordemoderens faglighed, hvilket kan have den betydning, at kvinden ikke i samme grad udtrykker behov for medinddragelse i beslutninger om vaginaleksploration: “*Det tog jeg ikke så meget stilling til, jeg tror, jeg var meget... har tillid til at de (jordemødrene) gør det, der skal til*” (bilag 8, p. 42). Ønsket om medinddragelse kommer til udtryk ved vaginaleksploration under ve. Det eneste flere kvinder nævner som legitim årsag til at pausere eller afbryde vaginaleksploration er veer, hvilket de oplever at jordemødrene er lydhøre overfor: “*Der sagde jeg hver gang at »nu kan jeg mærke at den (veen) kommer«, og så var de (jordemødrene) fine til at... og accepterede det, hele tiden (...)*” (bilag 8, p. 42). En kvinde oplever, at jordemoderen hjælper hende til at have indflydelse: “*Hun (jordemoderen) hjalp mig med at medbestemme*” (bilag 8, p. 4). Dette fandt hun positivt, fordi hun havde svært ved at udtrykke sig: “*Hun var god til at spørge mig, om de ting, som jeg måske selv gerne ville give udtryk for også. Så hun hjalp mig også med at få indflydelse*” (bilag 8, p. 4).

Flere faktorer har således indflydelse på kvindens oplevelse af vaginaleksploration. Vi har på baggrund af egen empiri erfaret, at kvinder oplever vaginaleksploration forskelligt. Vi ser dog nogle tendenser gøre sig gældende. Kvinderne beskriver vaginaleksploration som en naturlig del af fødslen og oplever undersøgelsen overvejende positivt på trods af, at flere forbinder den med enten ubehag eller smerte. Det er forskelligt, hvorvidt kvinderne oplever blufærdighed i forbindelse med vaginaleksploration. Flere kvinder oplever, at de ikke medinddrages i beslutninger om vaginaleksploration, men udtrykker dog tilfredshed med graden af indflydelse. For kvinderne har det stor betydning at have en god relation til jordemoderen samt at få individuel tilpasset information. Den tillidsfulde relation mellem jordemoder og kvinde i et fødselsforløb kan medføre, at kvinden stoler på jordemoderens faglighed og dømmekraft angående vaginaleksploration. Denne tillid kan medføre, at kvinderne ikke har et særligt behov for medinddragelse.

## 5.2 Sundhedsloven

I dette afsnit redegøres og analyseres udvalgte dele af *Sundhedslovens* kapitel 5 omhandlende patientens medinddragelse i beslutninger, informeret samtykke samt sundhedspersonens ansvar.

Det fremgår af *Sundhedsloven*, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, der kan indhentes mundtligt, skriftligt eller stiltiende (12, § 15, stk. 4). Derudover har patienten ret til at tilbagekalde sit samtykke, og eventuelt afbryde en påbegyndt behandling (12, § 15, stk. 2). Forud for behandlingen skal foreligge fyldestgørende og forståelig information fra sundhedspersonalets side (12, § 15, § 16, stk. 3), tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger (12, § 16 stk. 3). Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, er forpligtet til at drage omsorg for patienten ved bl.a. at indhente informeret samtykke samt informere og inddrage patienten i drøftelserne angående behandlingen (12, § 21).

Som jordemoder er man underlagt *Sundhedsloven*, hvilket har betydning for jordemoderens virke i fødselsforløbet, herunder håndtering af vaginaleksploration. Vaginaleksploration må ikke indledes uden kvindens informerede samtykke, som i situationen indhentes mundtligt eller stiltiende, på baggrund af jordemoderens spørgsmål om tilladelse. Dernæst har kvinden ret til at tilbagekalde sit samtykke. Dette vil komme til udtryk, hvis kvinden ønsker undersøgelsen afbrudt efter den er påbegyndt, til trods for at jordemoderen endnu ikke har gjort de nødvendige fund. Jordemoderen har ansvar for at informere kvinden grundigt om vaginaleksploration inden udførelse af undersøgelsen. I grundigheden ligger, at informationen er tilpasset kvindens individuelle forudsætninger, således at den er forståelig for kvinden. Efter informationsgivning skal jordemoderen inddrage kvinden i beslutningstagen omhandlende vaginaleksploration.

## 5.3 Autonomi og paternalisme

Nedenfor følger en redegørelse og analyse af begreberne autonomi og paternalisme ud fra Birklers fremstilling af disse. Først udfoldes begrebet autonomi og efterfølgende dets modstykke paternalisme med dets tre former: ønsket, uønsket og genuin paternalisme. Vi har valgt at udfolde disse tre former for paternalisme, da de synes relevante i forhold til problemstillingen. I redegørelsen refereres til "sundhedsarbejderen" og "patienten", idet Birkler bruger disse udtryk. Desuden anvendes Kappel enkelte steder til at uddybe begreberne.

### 5.3.1 Autonomi

Autonomi betyder selvstyre eller selvbestemmelse. For patienten indebærer dette retten til at træffe egne beslutninger. Evnen til at varetage sin autonomi er dog betinget af, at man besidder kompetencer til at overskue og forstå situationen (25, p. 102). Af hensyn til patientens autonomi skal sundhedsarbejderen medinddrage patienten i alle beslutninger (10 p. 32), hvorefter patienten kan træffe et informeret valg. For at patienten kan træffe det informerede valg, må sundhedsarbejderen sikre sig, at vedkommende forstår hvilke konsekvenser, der følger af de konkrete til- og fravalg. Sundhedsarbejderen skal således skabe betingelserne for patientens autonomi. I den forbindelse skal det dog påpeges, at det ligeledes er et autonomt valg, hvis patienten vælger at fraskrive sig sin ret til autonomi. Sundhedsarbejderen må, uanset patientens valg, respektere og forpligte sig i forhold til patientens beslutning (10, p. 33).

Ud fra ovenstående tolker vi, at den fødende kvinde har ret til at træffe egne beslutninger, såfremt hun evner at forstå og overskue situationen. Jordmoderen må sikre, at kvinden forstår konsekvenserne af det valg, der træffes. Eksempelvis må kvinden, der efterspørger hyppige vaginaleksplorationer informeres om, at et kort interval mellem to vaginaleksplorationer kan resultere i, at der ikke er sket megen progression, hvilket formentlig vil synes demotiverende for kvinden. Jordmoderen må altså medinddrage kvinden i beslutningstagen i fødselsforløbet, herunder i forbindelse med vaginaleksploration. Jordmoderen skal skabe betingelserne for kvindens autonomi, bl.a. via grundig information, hvorved kvinden får bedre forudsætninger for at tage del i beslutningerne angående vaginaleksploration. Her må jordmoderen respektere kvindens valg. Hvis kvinden ikke ønsker at tage del i beslutningerne, skal jordmoderen acceptere, at kvinden dermed fraskriver sig retten til autonomi i forbindelse med den konkrete beslutning. Tilmed skal det nævnes, at der er tidspunkter, hvor den fødende ikke kan varetage sin selvbestemmelse, hvilket udfoldes i det følgende afsnit om paternalisme.

### 5.3.2 Paternalisme

Paternalisme indebærer, at en person påtvinger eller forvalter beslutninger på vegne af et medmenneske (10, p. 32). I sundhedsvæsenet kan sundhedsarbejderen agere paternalistisk ved at handle på vegne af patienten. I teorien skelnes mellem tre former for paternalisme, nemlig den ønskede, den uønskede og den genuine paternalisme (10, p. 36-37).

Den ønskede paternalisme udspiller sig, når den kompetente patient indvilger i, at sundhedsarbejderen træffer beslutninger på vegne af vedkommende (25, p. 127) (10, p. 36).

Sundhedsarbejder og patient indgår således en aftale, hvor sundhedsarbejderen ud fra bedste evner handler paternalistisk på vegne af patienten (10, p. 36).

Ud fra ovenstående tolkes, at ønsket paternalisme for kvinden indebærer, at hun frasiger sig egen beslutningstagen. Når kvinden frasiger sig sin autonomi, pålægges ansvaret jordemoderen. Jordemoderen må dermed, ud fra sin faglighed og kendskab til kvinden, beslutte eksempelvis hvornår vaginaleksploration vil være hensigtsmæssigt. Dette ansvar, som jordemoderen påtager sig, accepterer og bifalder kvinden.

Modsat den ønskede paternalisme findes den uønskede paternalisme, hvor sundhedsarbejderen træffer beslutninger uden patientens accept eller i direkte modstrid med patientens ønske. Den uønskede paternalisme står således i skarp kontrast til autonomibegrebet.

Den uønskede paternalisme kan opstå i de situationer, hvor jordemoderen i forbindelse med vaginaleksploration må handle uden kvindens accept eller i direkte modstrid med hendes ønske. Dette kan være tilfældet, hvis kvinden er meget smertepåvirket under fødslen og ikke kan overskue vaginaleksploration, men hvor dette er nødvendigt eksempelvis til vurdering af, om vakuumeekstraktion er muligt. Her har jordemoderen fødslens overordnede mål for øje, og handler dermed ud fra sin faglighed, til trods for at kvinden ytrer, at hun ikke ønsker vaginaleksploration.

I den genuine paternalisme varetager sundhedsarbejderen den inkompetente patients autonomi (25, p.128). Dette kan bl.a. skyldes, at patienten er ude af stand til at handle rationelt i en given situation. I den genuine paternalisme er det afgørende, at sundhedsarbejderen handler ud fra, hvad der formodes at være patientens præferencer (10, p. 36).

Den fødende kvinde kan i fødselsforløbet komme i en sindstilstand, hvor hun skønnes ude af stand til at handle rationelt grundet omstændighederne. Hvis dette er tilfældet, må jordemoderen handle ud fra den genuine paternalisme og varetage kvindens autonomi uden at spørge om kvindens accept. I situationen med vaginaleksploration kan dette opstå, hvis kvinden er ude af stand til at handle rationelt, men jordemoderen behøver resultatet med det samme fx ved mistanke om navlesnorsfremfald.

Fælles for disse tre former for paternalisme er, at sundhedsarbejderen skal være sig sit ansvar bevidst og dermed forpligte sig i forhold til patienten (10, p. 37). Ligeledes skal paternalistiske handlinger altid udføres velmenende og med velvillighed (10, p. 36).

Som det fremgår af ovenstående kan de tre former for paternalisme på hver sin måde gøre sig gældende i et fødselsforløb. Her må jordemoderen tage ansvar for patienten og handle ud fra den individuelle situation.

## 5.4 Redegørelse og analyse af *PEARLS*

*PEARLS* er et akronym, som dækker over partnerskab, empati, accept, respekt, legitimering og support. Disse elementer menes at være af afgørende betydning for at opbygge et tillidsfuldt forhold til patienten (23, p. 75), i dette tilfælde den fødende kvinde. I nedenstående afsnit redegøres for teorien bag de seks elementer. Som det vil fremgå i afsnittet, er de seks elementer i *PEARLS* ikke skarpt adskilte, men overlapper og supplerer hinanden. I redegørelsen refereres til "lægen" og "patienten", idet Mabeck anvender disse udtryk.

### 5.4.1 Partnerskab

Partnerskab indebærer bl.a., at der indgås et respektfuldt samarbejde mellem læge og patient, hvor patienten bidrager med ekspertise i egne følelser og ønsker, og lægen med ekspertise på det medicinske område. I dette partnerskab ligger også en fordeling af ansvar. Ifølge Mabeck har patienten ofte et ambivalent forhold til sit medansvar, hvor det på den ene side er bekvemt at lade en anden tage beslutningerne for én, men på den anden side er det ikke ønskværdigt at overlade ansvaret for vigtige beslutninger til andre (23, p. 75-76).

Mellem jordemoder og kvinde bør dette respektfulde partnerskab tilmed efterstræbes. I situationen med vaginaleksploration er kvinden ekspert på egne følelser og ønsker, hvor jordemoderen i stedet bidrager med den faglige viden om undersøgelsen. I partnerskabet ligger en fordeling af ansvar, hvor kvinden har ansvar for at udtrykke ønsker eksempelvis om hvordan vaginaleksplorationen skal foregå. Dermed har jordemoderen mulighed for at forholde sig til dette. Ligeledes har jordemoderen ansvaret for, på baggrund af sin faglighed, at dele viden fx om fordelene ved at udføre vaginaleksploration på en given måde. Hos kvinden kan der dog opstå ambivalens mellem ønsket om selv at have indflydelse og at lade jordemoderen tage beslutningen egenhændigt.

### 5.4.2 Empati

Empati omhandler lægens evne til at sætte sig ind i patientens situation samt udtrykke forståelse og anerkendelse for patientens følelser og reaktioner, men stadig forholde sig professionelt til situationen (23, p. 76). Agerer lægen empatisk overfor patienten kan det styrke tilliden og åbenheden i relationen, hvilket gør det muligt for lægen at indhente relevante oplysninger. Den tillid patienten udviser, pålægger lægen et moralsk ansvar om ikke at misbruge denne tillid (23, p. 76-79).

Ud fra ovenstående udleder vi, at jordemoderen skal være i stand til at sætte sig ind i den fødendes situation. I forbindelse med vaginaleksploration kan dette komme til udtryk ved, at jordemoderen er opmærksom på kvindens følelser og reaktioner samt anerkender dette. Dette kan eksempelvis ses i de situationer, hvor kvinden udviser tegn på ubehag eller smerte ved vaginaleksploration. Når jordemoderen udviser empati overfor kvinden, kan dette være et led i at skabe en tillidsfuld og åben relation mellem parterne. Samtidig kan den tillidsfulde relation være en gevinst for jordemoderen i forhold til at indhente relevante oplysninger i fødselsforløbet, herunder i forbindelse med vaginaleksploration. Jordemoderen skal dog være sig sit moralske ansvar bevidst og være ydmyg over for den tillid, den fødende viser.

### 5.4.3 Accept

Accept er en anden afgørende forudsætning for, at patienten er villig til at betro sig til lægen. Mellem læge og patient eksisterer en gensidig afhængighed, hvor patienten er afhængig af lægens hjælp, og lægen ligeledes er afhængig af patientens velvilje til at samarbejde. Desuden eksisterer et asymmetrisk magtforhold mellem læge og patient, fordi patienten udleverer sig selv og dermed indtager en sårbar position, mens lægen udelukkende bringer sin faglighed i spil. Derfor er det essentielt, at patienten bliver mødt åbent og fordomsfrit, og føler sig accepteret og forstået for at indtage denne position (23, p. 78-79).

Inden for jordemoderfaget eksisterer ligeledes en gensidig afhængighed mellem jordemoder og kvinde, idet kvinden er afhængig af jordemoderens faglighed, mens jordemoderen omvendt er afhængig af kvindens samarbejdsvilje. Det asymmetriske magtforhold udspiller sig i og med, at kvinden indtager en sårbar position grundet sin udlevering af sig selv, mens jordemoderen bidrager med sin faglighed. Vi tolker situationen med vaginaleksploration som særlig sårbar for kvinden, idet undersøgelsen er intim. På baggrund af dette er det særligt vigtigt, at

jordemoderen skaber en åben og fordomsfri atmosfære, hvor den fødende føler sig accepteret og forstået.

#### 5.4.4 Respekt

Respekt i læge-patientforholdet indbefatter bl.a., at lægen har en medmenneskelig tilgang og behandler patienten med høflighed og værdighed. Patienten skal have en følelse af at blive respekteret som et selvstændigt og tænkende menneske, der er ansvarlig for egne handlinger (23, p. 79). Respekt kan også bestå i, at lægen tager stilling til og giver udtryk for sin holdning til, hvad der ud fra en professionel vurdering er til patientens bedste (23, p. 78-80).

Ud fra ovenstående tolker vi, at jordemoderen skal udvise respekt for kvindens integritet. Dette kan jordemoderen gøre ved at have en medmenneskelig tilgang til kvinden, der bygger på høflighed og værdighed. Jordemoderen kan ligeledes agere respektfuldt ved, ud fra et professionelt syn, at give udtryk for sin holdning ud fra en vurdering af, hvad der synes bedst for kvinden. I forbindelse med vaginaleksploration kan jordemoderen vise respekt for kvinden ved at være lydhør overfor hendes ønsker og behov i forbindelse med vaginaleksploration.

#### 5.4.5 Legitimering

Legitimering omhandler, at lægen skal være anerkendende og skabe rum for alle typer følelser, idet patientens følelser aldrig er forkerte. Legitimering indebærer således en udforskning af patientens tolkning af sin situation og de følelser, der er forbundet med denne tolkning (23, p. 80-81).

Med henblik på at skabe en tillidsfuld relation bør jordemoderen anerkende den fødende kvinde og give udtryk for, at alle følelser er legitime. Ved at jordemoderen legitimerer kvindens følelser i fødselsforløbet, kan den tillidsfulde relation underbygges. Dette kan fx give kvinden mod på at udtrykke smerte eller ubehag i forbindelse med vaginaleksploration, så jordemoderen kan forholde sig til dette. Jordemoderen har tilmed ansvar for at udforske kvindens tolkning af situationen. Heri kan ligge, at jordemoderen fx efter en vaginaleksploration udforsker kvindens tolkning af resultatet.

#### 5.4.6 Support

Support indebærer, at lægen skal give udtryk for at være til rådighed og villig til at hjælpe patienten, samt at patienten kan stole på lægen. Support kan være både verbal og nonverbal, og

kan bl.a. komme til udtryk ved den rette støtte, der viser forståelse og indføling med patientens situation og ved fysisk berøring (23, p. 81-82).

Jordemoderen må vise sin support ved at gøre det klart for kvinden, at hun kan stole på jordemoderen. I forbindelse med vaginaleksploration kan jordemoderen udvise support verbalt ved at udtrykke forståelse for, at kvinden fx finder det ubehageligt at blive undersøgt under ve, men at det i situationen er nødvendigt. Det nonverbale aspekt kan komme til udtryk ved at jordemoderen eksempelvis bruger fysisk berøring til at vise indføling med kvindens situation, hvis kvinden fx udtrykker skuffelse over undersøgelsens resultat.

## 6.0 Diskussion

I dette afsnit diskuteres først de elementer, der er analyseret i foregående afsnit, med inddragelse af enkelte relevante aspekter fra indledningen. Herefter følger et afsnit med kritik af egen metode i forhold til indsamlingen af egen empiri.

Ud fra egen empiri beskriver kvinderne jordemødrene som empatiske, anerkendende, professionelle og kompetente. Jordemoderen formår, ifølge kvinderne, på passende vis at veksle mellem på den ene side at være empatisk og på den anden side at være gennemslagskraftig, når dette skønnes nødvendigt. En kvinde fremhæver, at jordemoderen har flere ”kasketter” på i fødselsforløbet, og at hun dermed tilpasser omsorgen efter kvindens behov. Denne individuelt tilpassede omsorg fremmer en tryk relation mellem jordemoder og kvinde, hvilket kvinderne fremhæver som betydningsfuldt i forbindelse med vaginaleksploration. Den tryk relation kan skabe forudsætninger, der gør det lettere for kvinden at slappe af i forbindelse med vaginaleksploration og håndtere den ubehag eller smerte, der kan være forbundet med undersøgelsen. Det beskrives af flere kvinder, at de ikke føler sig udstillet i forbindelse med vaginaleksploration på trods af, at undersøgelsen er intim, hvilket tilmed bidrager til den tryk relation mellem jordemoder og kvinde.

En kvinde opfordrer til forventningsafstemning angående vaginaleksploration kvinde og jordemoder imellem, hvilket muligvis kan bidrage til, at der påbegyndes et tidligt partnerskab samt bidrage til tryk hos kvinden inden første undersøgelse. Derudover kan jordemoderen i forventningsafstemningen spørge til kvindens blufærdighed, da dette er individuelt for kvinderne, hvormed jordemoderen kan tilpasse sin omsorg derefter, så kvindernes blufærdighed



ikke krænkes. Ligesom kvinderne ikke udviste blufærdighed ved at tale med interviewerens om vaginaleksploration, vurderes det, at kvinden ved sådan en forventningsafstemning med jordemoderen ligeledes vil finde det acceptabelt at tale om emnet. Derudover udtrykker flere kvinder, at blufærdigheden mindskes som fødslen skrider frem. På trods af dette må jordemoderen have kvindens tanker om blufærdighed, ved fødsels start, i mente og udvise empati hele fødslen igennem ved at anerkende kvindens følelser og sætte sig ind i hendes situation. Eksempelvis oplever en kvinde det positivt, at jordemoderen et stykke henne i fødslen husker at tildække hende med et klæde under vaginaleksploration. Samme kvinde giver udtryk for blufærdighed, da der kommer personale ind ad en dør ved kvindens fodende i forbindelse med vaginaleksploration, hvor kvindens underliv er blottet. Her kunne jordemoderen have taget højde for hendes blufærdighed ved at skærme hende eller guide personalet til at anvende en anden dør. Her bør jordemoderen vise kvinden respekt ved at behandle hende med høflighed og venlighed. En anden kvinde beskriver, hvorledes hun oplever det befriende at være nøgen under fødslen, hvilket jordemoderen ligeledes må respektere ved at være lydhør overfor kvindens ønsker.

Som jordemoder har man tæt patientkontakt, hvor man både må tage højde for de love, man er underlagt (jf. 5.2) samt varetage kvindens interesser. Ved anvendelse af *PEARLS* kan jordemoderen forsøge at opnå et tillidsfuldt forhold til kvinden, hvilket kan skabe forudsætninger for, at kvinden får en god oplevelse med vaginaleksploration. Elementerne fra strategien *PEARLS* anvendes løbende i fødselsforløbet, hvor der naturligt vil forekomme overlap mellem strategiens enkelte elementer. Typisk vil første vaginaleksploration foregå kort tid efter ankomst til fødeafsnittet. Forud for første undersøgelse bør jordemoderen påbegynde etablering af et partnerskab med kvinden, således at kvinden føler ret til medbestemmelse. Da partnerskabet indebærer et respektfuldt samarbejde, vil jordemoderen skulle fremtræde empatisk og anerkendende overfor kvinden og respektere kvindens ytringer, samt acceptere og støtte hende i de beslutninger, hun træffer. Således får kvinden en følelse af jordemoderens support, hvilket kan opmuntre hende til trygt at henvende sig til jordemoderen med ønsker, tvivlsspørgsmål eller med udtryk for følelser. Ved jordemoderens anerkendende reaktion på dette opnås tilmed legitimering. Det er altså tydeligt, at de enkelte elementer overlapper hinanden i jordemoderens forsøg på at skabe en tillidsfuld relation til kvinden. I vores studie synes jordemødrene at lykkes med at skabe denne relation, da kvinderne giver udtryk for at stole på jordemødrene. Denne tillid bør jordemoderen dog være ydmyg overfor, for at understøtte kvindens selvbestemmelsesret.

Ud fra egen empiri ses en tendens til, at kvinderne oplever jordemødrene som værende gode til at informere om vaginaleksploration både før, under og efter undersøgelsen. Det er dog subjektivt, hvad der opleves som god information. Hvis jordemoderen informerer kvinden tilstrækkeligt, kan det danne grundlag for, at kvinden med sin autonomi kan tage del i beslutningerne i fødselsforløbet. Ifølge egen empiri er det dog individuelt, hvor meget information kvinderne ønsker om undersøgelsen. Jordemoderens ansvar for at informere om vaginaleksploration kompliceres altså af diversiteten i behov, der forekommer hos kvinderne. Dermed må jordemoderen tilpasse informationen til den enkelte kvinde og hendes individuelle behov jf. *Sundhedsloven*.

Vigtigheden af god information understreges i de tilfælde, hvor kvinden oplever informationen som uklar. Dette forekommer bl.a. hos kvinden, der havde manglende forståelse for jordemoderens information om, at hun var "åben for en finger". Her udtrykker kvinden forvirring over undersøgelsens resultat, og hun er tilmed for optaget af veeerne til at spørge ind til betydningen. Med udgangspunkt i partnerskabet mellem jordemoder og kvinde, har jordemoderen ansvar for, på baggrund af sin faglighed, at dele viden om vaginaleksploration med kvinden. Informationen er vigtig, da den ligger til grund for kvindens informerede samtykke jf. *Sundhedsloven*. Tilmed skal informationen være tilpasset kvindens forudsætninger, således at den er forståelig for kvinden (jf. 5.2). Kvinden har ringe forudsætninger for at forstå et jordemoderfagligt udtryk som "åben for en finger", da hun ikke har den fornødne faglige baggrund. Jordemoderen har altså ansvar for at formulere sig, så informationen forstås af den individuelle kvinde. Det synes tilmed særligt vigtigt, at undersøgelsens resultat kommunikerer tydeligt til kvinden i situationer, hvor den fødende har svært ved at udtrykke manglende forståelse, da hun er smertepåvirket af veeerne. Ovenstående stemmer tilmed overens med opfordringen fra *Etiske Retningslinjer for Jordemødre* om, at kvinden informeres, så hun forstår både hensigten med og omfanget af de undersøgelser, hun gennemgår, samt betydningen af undersøgelsens resultater (jf. 1.0). Når jordemoderen gennem informationsgivning skal bidrage til en god oplevelse af vaginaleksploration hos kvinden, skal hun altså tydeliggøre informationen samt tilpasse denne til den enkelte kvinde.

Særligt ved første vaginaleksploration skønnes det fordelagtigt, at jordemoderen er omhyggelig med informationsgivningen, så dette tilmed kan give kvinden en grundlæggende forståelse for undersøgelserne videre i forløbet. I egen empiri ses en tendens til, at kvinderne ved første vaginaleksploration efterspørger mere dybdegående information forud for undersøgelsen. Vi

formoder ud fra ovenstående, at der er mulighed for at optimere informationsgivningen til kvinderne i forbindelse med første vaginaleksploration. Et udviklingspotentiale kan bestå i, at jordemoderen informerer kvinden mere dybdegående ved første undersøgelse, hvor jordemoderen tilmed sikrer, at kvinden har forstået informationen, i overensstemmelse med *Sundhedsloven*. Grundig information ved første vaginaleksploration er, ifølge kvinderne, særlig vigtigt, da de er førstegangsfødende, og vaginaleksploration derfor er en ukendt undersøgelse for dem. Dette på trods af, at flere kvinder forud for fødslen har gjort sig overvejelser og tanker om vaginaleksploration. Tilmed beskriver en kvinde første vaginaleksploration som særlig ubehagelig, grundet de umodne cervikale forhold, hvilket understreger vigtigheden af, at jordemoderen forbereder kvinden på dette.

Det kvantitative, engelske survey *Women's experiences of vaginal examinations in labour*, der er omtalt i indledningen, kommer frem til, at 20,8 % af de fødende ikke er enige i, at de havde givet informeret samtykke forud for vaginaleksploration. På baggrund af kvindernes udtalelser ser vi i vores studie en tendens til, at jordemoderen forsøger at indhente informeret samtykke forud for vaginaleksploration, men at kvinderne dog ofte ikke oplever forespørgslen som et reelt valg, men snarere som et retorisk spørgsmål. Kvinderne oplever derfor kun i begrænset omfang, at jordemoderens spørgsmål giver anledning til medbestemmelse og dermed autonomi. Dette kan, set i forhold til det juridiske grundlag for jordemoderens virke, være problematisk, da det i *Sundhedsloven* understreges, at ingen behandling, herunder undersøgelser (jf. 5.2), må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Forud for enhver undersøgelse bør der således foreligge et informeret samtykke fra den fødende kvinde. Vi finder det dog interessant, at vi i vores studie ser en tendens til, at de færreste kvinder ønsker mere medbestemmelse i forhold til vaginaleksploration. Vi er bevidste om, at resultaterne fra det kvantitative engelske survey ikke kan sammenlignes direkte med vores kvalitative studie, men vi kan dog ud fra vores studie udlede, at manglende medbestemmelse i forhold til vaginaleksploration ikke nødvendigvis er problematisk for kvinderne. Ovenstående illustrerer således en styrke ved kvalitativ forskning, da det giver et nuanceret indblik i informantens livsverden. Vi har derfor på baggrund af vores kvalitative udforskende studie fundet, at medinddragelsen fra jordemoderens side er afbalanceret og tilpasset kvindens behov.

Ovenstående afsnit om medbestemmelse leder os videre til en diskussion af, hvorledes forholdet mellem autonomi og paternalisme udspiller sig i forbindelse med vaginaleksploration. Autonomi er som nævnt et nøglebegreb i sundhedsvæsenet og jf. *Sundhedsloven* en bestræbelse

inden for jordemoderfaget i mødet med den fødende kvinde. Som udgangspunkt er den fødende kvinde et selvstændigt og tænkende menneske, hvis integritet jordemoderen skal respektere (jf. 5.4.4). Den fødende er ansvarlig for egne handlinger og bør træffe autonome beslutninger under fødselsforløbet. Ud fra egen empiri har vi dog erfaret, at kvinderne ikke nødvendigvis sætter lighedstegn mellem autonomi og en positiv oplevelse med vaginaleksploration. Kvinderne i vores studie er overvejende tilfredse med, at jordemoderen træffer beslutningen om hvornår, der skal udføres vaginaleksploration. Kvinderne accepterer dermed, at deres autonomi begrænses til fordel for en mere paternalistisk tilgang fra jordemoderens side. Når jordemoderens paternalistiske handling er tilpasset situationen, kan den, ligesom autonomien, være grundlag for den positive oplevelse med vaginaleksploration. Der kan opstå situationer, hvor jordemoderen agerer respektfuldt ved at give udtryk for sin holdning angående vaginaleksploration ud fra en faglig vurdering af, hvad der synes bedst for kvinden. Jordemoderen skal, når hun handler paternalistisk, så vidt muligt, forsøge at træffe beslutninger på vegne af kvinden ud fra et skøn om, hvad der er mest fordelagtigt i situationen. Umiddelbart kan det virke forkert at handle paternalistisk, men i nogle tilfælde kan det dog være den mest korrekte handlemåde. Dette kan i fødselsforløbet komme til udtryk, hvis en kvinde er smertepåvirket og vurderes inkompetent i forhold til at handle rationelt, hvormed jordemoderen handler ud fra den genuine paternalisme. Desuden kan paternalismen være den korrekte handlemåde, hvis det er ønsket fra kvinden, som det ses gentagne gange i egen empiri, hvor flere kvinder udtrykker tilfredshed med graden af indflydelse. Paternalisme bliver problematisk i de tilfælde, hvor kvinden ikke finder paternalismen ønsket. Her må jordemoderen i eller efter forløbet give kvinden indblik i den jordemoderfaglige begrundelse, der har lagt til grund for de respektive beslutninger angående vaginaleksploration.

Jordemoderens vurdering af, hvorvidt kvinden skal bibeholde sin autonomi, eller jordemoderen skal handle paternalistisk sker ud fra et fagligt skøn, en tolkning af kvindens ønsker og behov samt en vurdering af, om kvinden evner at forstå og overskue situationen. I eget studie udtrykker en kvinde ønske om vaginaleksploration med hyppigere interval end *WHO* anbefaler (jf. 1.0). Dette ønsker kvinden, da hun opnår motivation, når der fastslås progression i fødselsforløbet. I et sådant tilfælde må jordemoderen vurdere, om hun skal tage højde for kvindens autonomi og dermed vaginaleksplorere oftere. I denne vurdering må jordemoderen medtænke konsekvenserne ved at vaginaleksplorere oftere, herunder eksempelvis risikoen for infektion, der stiger ved hyppige vaginaleksplorationer (jf. 1.0). Når jordemoderen på passende vis formår at navigere mellem autonomi og paternalisme, kan dette i forbindelse med vaginaleksploration

være et led i at fremme en positiv oplevelse hos kvinden. For at dette er muligt, må jordemoderen efterstræbe at skabe forudsætningerne for kvindens autonomi i fødselsforløbet, herunder i forbindelse med vaginaleksploration. Dette kommer til udtryk i egen empiri, hvor flere kvinder giver udtryk for at være godt informeret inden vaginaleksploration. Giver kvinden modsat udtryk for, at hun ønsker, at jordemoderen træffer beslutningerne, må jordemoderen søge at opfylde dette ønske. Dette ses hos de kvinder, der giver udtryk for, at de ingen indflydelse havde angående vaginaleksploration, men at de ønskede det sådan.

Det kan dog diskuteres, hvor meget autonomi og dermed ansvarlighed den fødende kvinde kan gives i forbindelse med vaginaleksploration. I forhold til vaginaleksploration ser vi ud fra egen empiri, at kvindens autonomi særligt kommer til udtryk gennem hendes ønsker vedrørende omstændighederne ved undersøgelsen. Dette ses ved kvindens ønsker til fx lejring under vaginaleksploration, mulighed for at stoppe undersøgelsen ved ve eller ved et ønske om at være tildækket. Herigennem afspejles kvindens autonomi i forbindelse med vaginaleksploration, og jordemoderen kan forsøge at imødekomme hendes ønsker. Dog føler kvinderne ikke, at de har medbestemmelse i forhold til om eller hvornår, der skal vaginaleksploreres, men ønsker som tidligere nævnt ikke yderligere indflydelse. Man kan i forhold til ovenstående også argumentere for, at jordemoderen har en faglighed og en professionel praksis, der sætter hende i stand til at vurdere behovet for vaginaleksploration. Ovenstående illustrerer det asymmetriske forhold, der udspiller sig mellem jordemoderen og den fødende kvinde, hvor kvinden i høj grad stoler på jordemoderens faglighed og skøn i fødselsforløbet, og jordemoderen tager højde for kvindens ønsker og følelser. Således bidrager begge parter med hver deres ekspertise i fødselsforløbet (jf. 5.4.1). Det er interessant, hvorvidt jordemødrene gør sig overvejelser omkring udøvelsen af paternalisme. I teorien er der et tydeligt skel mellem de tre former for paternalisme. I praksis er det dog mere tvivlsomt, hvorvidt jordemoderen er bevidst om, hvornår hun handler paternalistisk, og i så fald hvilken form for paternalisme, hun udøver.

Det kvantitative, hollandske survey *Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands*, der er omtalt i indledningen, konkluderer, at 35,2 % af de fødende har en negativ oplevelse med vaginaleksploration, hvoraf 66,1 % samtidigt giver udtryk for, at det er smertefuldt at blive vaginaleksploreret. Ligeledes er der i vores studie kvinder, der giver udtryk for, at det er smertefuldt at blive vaginaleksploreret, og for størstedelen af kvinderne er undersøgelsen forbundet med ubehag. Vi finder det interessant, at størstedelen af kvinderne i eget studie, på trods af at flere har følt smerte og/eller ubehag ved vaginaleksploration,

overordnet beskriver oplevelsen af vaginaleksploration som værende god og positiv. Man kan diskutere, hvad der ligger til grund for dette. Muligvis kan ovenstående forklares ved, at kvinderne ser vaginaleksploration som en naturlig del af fødslen, og at de stærke vesmerter i fødselsforløbet overskygger ubehaget eller smerten ved undersøgelsen. En anden mulighed er, at kvinden accepterer ubehaget ved vaginaleksploration, da hun har fødselsens overordnede mål for øje. Kvindernes accept af vaginaleksploration under fødslen kan være en fordel, da det er en meget præcis metode til vurdering af progression (jf. 1.0), som jordmoderen kan anvende efter faglig vurdering. Desuden ses der i eget studie en tendens til, at fyldestgørende information forud for vaginaleksploration kan have en positiv effekt på oplevelsen. Kvinderne fremhæver ligeledes, at det at jordmoderen lytter samt anerkender ubehag og smerte i forbindelse med vaginaleksploration har betydning. Dette er en måde hvorpå jordmoderen udviser empati, legitimerer kvindens følelser og udviser support. Legitimeringen kan ses som et led i at opbygge et tillidsfuldt forhold jordmoder og kvinde imellem og kan bidrage til at fremme en positiv oplevelse med vaginaleksploration. Når kvinderne undertrykker den faktiske, fysiske oplevelse ved vaginaleksploration kan det modsat være en ulempe for jordmoderen, da hun ikke kan tilpasse sin omsorg til kvinden i forbindelse med undersøgelsen. *Etiske retningslinjer* påpeger som nævnt i indledningen, at “*Jordemoderfaglig omsorg tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov*” (11), men det kan være udfordrende for jordmoderen at tilpasse den jordemoderfaglige omsorg, hvis kvinden ikke giver udtryk for hendes oplevelse af smerte eller ubehag ved vaginaleksploration. Ifølge egen empiri agerer jordemødrene empatisk overfor kvinderne, hvilket kan styrke tilliden og åbenheden i relationen mellem jordmoder og kvinde. Dette kan i fødselsforløbet ses som en gevinst, idet jordmoderen på baggrund af dette lettere kan indhente relevante oplysninger, fx kvindens udtryk for ubehag eller smerte ved vaginaleksploration og dermed nemmere tilpasse omsorgen til kvindens individuelle behov.

I forbindelse med vaginaleksploration kan et informeret samtykke både fremkomme mundtligt og stiltiende (jf. 5.2). Dog opleves jordmoderens forsøg på at indhente informeret samtykke til vaginaleksploration retorisk af nogle kvinder (jf. 5.1.6). Spørgsmålet er da, om kvinderne oplever, at de ikke har givet samtykke, hvormed der er opstået uønsket paternalisme, eller om jordmoderen har opfattet kvindernes tavshed som et stiltiende samtykke. Jordemødrene forsøger altså at indhente informeret samtykke, hvilket ikke altid forstås af kvinderne som et reelt spørgsmål. Dog oplever kvinderne i eget studie det ikke problematisk, da de generelt er tilfreds med graden af inddragelse.

## 6.1 Kritik af egen metode

I dette afsnit vil vi forholde os kritisk til egen metode ud fra kvalitetskriterier omhandlende validering, reliabilitet og generalisering inden for kvalitativ forskning (19).

### 6.1.1 Validitet

Det kan påpeges som en svaghed ved vores studie, at ingen af gruppens medlemmer tidligere har lavet kvalitativ forskning, da en forskers troværdighed bl.a. baseres på kvaliteten af tidligere forskning på området (19, p. 274). Den manglende erfaring med kvalitativ forskning kan komme til udtryk i interviewene, da der inden for kvalitativ forskning kun er få præstrukturerede og standardiserede procedurer (19, p. 324), og mange af de metodologiske beslutninger derfor træffes under selve interviewet. Dette kræver dygtighed fra interviewerens og fortrolighed med metodologiske valgmuligheder (19, p. 32), hvilket kan være udfordrende for den uerfarne interviewer. Dog skal det nævnes, at alle i gruppen er jordemoderstuderende og derfor har erfaring med jordemoderkonsultation fra praksis, hvor der anvendes teknikker, der til dels ligner teknikkerne ved interview.

På baggrund af vores uddannelse har vi et indgående kendskab til feltet. Dette medfører på den ene side, at vi har mulighed for at forfølge de emner, kvinderne italesætter, da vi har en faglig viden om fødsler, herunder vaginaleksploration. På den anden side er der dog en risiko for, at vi ikke er udforskende nok over for kvindens livsverden, da vi har en indforståethed omkring situationen med vaginaleksploration. Den manglende erfaring med forskning kan muligvis påvirke den håndværksmæssige validitet (19, p. 218), hvilket kan påvirke kvaliteten af analysen. Denne svaghed har vi dog forsøgt at imødekomme ved at udvælge ét gruppemedlem til at udføre alle interviews, så interviewerens fik mulighed for at tilegne sig erfaring i processen, hvilket modsat styrker den håndværksmæssige validitet. Som eksempel på interviewerens udvikling kan nævnes, at interviewerens blev opmærksom på, at kvinderne også opfatter den inspektion, der sker forud for eventuel suturering, som vaginaleksploration, hvilket dog ligger uden for projektets fokus. På baggrund af denne erfaring blev interviewerens løbende mere omhyggelig med at begrebsafklare vaginaleksploration. Omvendt kunne der også have været fordele ved at benytte sig af forskellige interviewere, da dette muligvis kunne bidrage med flere nuancer, idet forskellige interviewere har forskellig sensitivitet (19)p. 49).

I slutningen af hvert interview er der lavet en opsummering, hvor informanten blev opfordret til at korrigere interviewerens og komme med eventuelle tilføjelser (jf. 4.4). Medlemsvalidering via geninterviews eller ved at lade informanterne læse og korrigere det bearbejdede materiale kunne muligvis have højnet den kommunikative validitet (19, p. 281) og dermed kvaliteten af resultaterne i vores studie (19, p. 218). En udfordring ved dette er en øget risiko for, at informanterne har sværere ved at genkalde sig oplevelsen af vaginaleksploration flere uger efter fødslen. På grund af denne risiko, samt bachelorprojektets omfang, fravalgte vi denne mere omfattende medlemsvalidering.

### 6.1.2 Reliabilitet

For at få de mest upåvirkede udtalelser har vi indledningsvis i interviewene forsøgt at stille åbne spørgsmål og mindske brugen af ledende spørgsmål (8) (19, p. 194), hvilket fremgår af vores interviewguide (bilag 3). Risikoen ved ledende spørgsmål er, at interviewerens kan komme til at lede informantens svar i en given retning. I de tilfælde hvor der har været behov for at uddybe de overordnede spørgsmål, har interviewerens gjort brug af lukkede spørgsmål. Dette har fx resulteret i, at ubehag og smerte i forbindelse med vaginaleksploration i starten af interviewene beskrives overordnet af kvinderne, men i løbet af interviewene uddybes og nuanceres det på baggrund af kvindernes refleksioner. I nogle tilfælde kan ledende spørgsmål dog anvendes positivt, da de, ifølge Kvale og Brinkmann, kan være gode til at kontrollere reliabiliteten ved at følge op på informanternes svar (19, p. 195). Spørgsmålet er dog, om vi på grund af vores manglende erfaring med forskning formår at anvende de ledende spørgsmål således, at vi ikke styrer kvindernes svar.

Intervieweren havde i perioden, hvor interviewene blev udført, et studiejob med funktion som social- og sundhedsassistent på fødeafsnittet på AUH. Det betød, at interviewerens var til stede på fødestuen, ikke under vaginaleksploration, men under barnets forløsning hos to af informanterne. Der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvilken betydning dette kan have. På den ene side kan bekendtskabet fra fødslen skabe en tillid og åbenhed hos informanten i interviewet. På den anden side er der risiko for, at kvinden er tilbageholdende med at udtale sig på ærlig vis, da hun ikke ønsker at sætte personalet i et dårligt lys, hvilket tilmed kan have indflydelse på svarene. Sidstnævnte skønnes dog ikke at være tilfældet, da disse kvinder fremstod åbne og ærlige i besvarelsen af interviewspørgsmålene. Ovenstående illustrerer således at interviewerens dobbeltrolle muligvis kan have påvirket vores studies reliabilitet.



Ligeledes kan reliabiliteten være påvirket af, at partneren og det nyfødte barn i nogle af interviewene var til stede, da dette også kan tænkes at have indvirkning på kvindens svar samt påvirke kvindens evne til at fokusere på interviewet. Intervieweren erfarede, at nogle af fædrene tog aktiv del i interviewet i form af kommentarer, tilføjelser m.m., hvilket også kan have påvirket kvindens udtalelser. Dette kan have hjulpet nogle kvinders hukommelse på vej, men omvendt får intervieweren, når partneren ikke er tilstede, muligvis kvindens mere subjektive og reelle oplevelse.

Med hensyn til transskriberingen kunne det have været en fordel, at intervieweren selv transskriberede alle interviews, da der er forskel på, hvordan man transskriberer. Desuden kunne transskriptionerne have været mere ensrettede, såfremt der var udført reliabilitetskontrol forud for de individuelle transskriberinger (19 p. 206). Citater fra egen empiri, der er medtaget i bachelorprojektet, er dog gennemgået af alle gruppemedlemmer for at sikre korrekt tolkning.

### 6.1.3 Generaliserbarhed

En ofte pointeret kritik af interviewforskning er, at der er for få informanter til, at resultaterne kan generaliseres (19, p. 288). Vi er bevidste om, at vi på baggrund af vores kvalitative studie sammenholdt med de alment gældende teorier, vi inddrager, blot kan sigte efter analytisk generalisering (19, p. 289). Med vores studie kan man derfor ikke sige noget generelt om kvinders oplevelse af vaginaleksploration, men vi kan identificere tendenser informanterne imellem, da vi har fortsat dataindsamlingen, indtil vi vurderede, at mætningspunktet var nået. I dette skal medtænkes, at vi i vores studie har opstillet inklusionskriterier, der sikrer homogenitet i gruppen af informanter, hvorfor vi med analytisk generaliserbarhed ser overførbare til grupper med samme inklusions- og eksklusionskriterier som i eget studie.

## 7.0 Konklusion

Førstegangsfødende oplever vaginaleksploration forskelligt, og vi kan konkludere, at flere faktorer har indflydelse på oplevelsen af undersøgelsen. Der ses en tendens til, at førstegangsfødende har en generel positiv oplevelse af vaginaleksploration på trods af forskellige grader af ubehag og smerte forbundet med undersøgelsen. Vaginaleksploration accepteres som en naturlig del af fødslen. Kvinderne finder jordemødrene professionelle og empatiske, hvilket bidrager til en god relation. Derudover har kvinderne stor tillid til jordemødrene og deres faglighed, hvilket medfører, at kvinderne stoler på jordemødrenes

dømmekraft angående vaginaleksploration. På baggrund af dette ønsker kvinderne ikke yderligere medinddragelse i forhold til vaginaleksploration. Så selvom størstedelen af kvinderne oplever begrænset medinddragelse, har dette ikke negativ indvirkning på deres oplevelse af undersøgelsen. Kvinderne vægter information angående undersøgelsen højt, hvilket har stor betydning for en god oplevelse af vaginaleksploration.

På baggrund af kvindernes oplevelse er vi kommet frem til, at jordemoderen skal være i stand til at tilpasse omsorgen til kvinden og agere ud fra kvindens ønsker og behov i forbindelse med vaginaleksploration. I den forbindelse må jordemoderen navigere mellem sin faglige viden og kvindes ønsker. Til at fremme den positive oplevelse af vaginaleksploration hos kvinden, må jordemoderen bestræbe sig på at opbygge et tillidsfuldt partnerskab. Det tillidsfulde partnerskab mellem jordemoder og kvinde styrkes, når jordemoderen accepterer og respekterer kvinden samt udviser passende grad af empati. Yderligere skal jordemoderen være i stand til at informere tilstrækkeligt om vaginaleksploration og tilpasse informationen til kvinden. Dette skaber dels forudsætninger for, at kvinden kan varetage sin autonomi og dels for at indhente informeret samtykke inden vaginaleksploration. Jordemoderen må være opmærksom på at informere særligt grundigt forud for samt efter første vaginaleksploration, da nogle kvinder ikke finder denne information tilstrækkelig. Jordemoderen skal desuden være i stand til at bedømme, hvornår kvinden fralægger sig sin autonomi, således at jordemoderen i disse situationer med fordel kan agere mere paternalistisk. Vi ser i vores studie flere tilfælde, hvor ønsket paternalisme gør sig gældende, da kvinden, som nævnt tidligere, ikke ønsker yderligere medinddragelse. Jordemoderen kan med fordel foretage en forventningsafstemning med kvinden angående vaginaleksploration, så jordemoderen kan få kendskab til aspekter såsom kvindens blufærdighed, så omsorgen individualiseres herefter. I den forbindelse må jordemoderen udvise empati ved eksempelvis at gøre det klart for kvinden, at undersøgelsen kan være forbundet med ubehag. Derudover må jordemoderen legitimere kvindens følelser både før, under og efter vaginaleksploration og udvise support i den forbindelse, så jordemoderen skaber de bedste forudsætninger for at kvinden får en positiv oplevelse med vaginaleksploration.

## **8.0 Perspektivering**

I dette projekt har vi fokuseret på kvindens oplevelse af vaginaleksploration. En anden interessant vinkel kunne være at sætte fokus på jordemoderens oplevelse af at udføre

vaginaleksploration, som for hende er et rutinemæssigt redskab. Det kunne fx undersøges ved hjælp af interviews eller fokusgrupper med jordemødre omhandlende vaginaleksploration som værktøj. Desuden kunne der foretages en komparativ analyse mellem kvinde og jordemoder, på baggrund af enkelt interviews, for at udforske, om der er overensstemmelse mellem deres oplevelse af kvindens blufærdighed samt ubehag og smerte i forbindelse med vaginaleksploration m.m.

Ud fra dette projekts resultater kunne det være interessant at udforme en retningsgivende procedure med baggrund i kvinders oplevelse af vaginaleksploration. Denne skulle være til inspiration for jordemødrene, med det formål at fremme en god oplevelse af vaginaleksploration hos kvinden. Punkter i proceduren kunne bl.a. være opfordring til forventningsafstemning med kvinden, grundig informationsgivning særligt ved første vaginaleksploration, eventuel tildækning af kvindens underliv, hvis hun ønsker dette m.m.

Ligeledes kunne det være interessant at undersøge om og hvorledes vaginaleksploration på sigt kan påvirke parrets seksualliv. Spørgsmålet er om vaginaleksploration kan ændre kvindens syn på egen krop, samt om partnerens opfattelse eller syn på kvindens krop ændres. Dette kunne udføres som individuelle interviews forud for og et halvt år efter fødslen.

## References

1. Fødslen af min anden datter Cecilie [Internet].: <http://www.netbaby.dk>; 2008 [updated 09.07.2008; cited 23.05.2017]. Available from: <http://www.netbaby.dk/show.asp?ID=3318>.
2. Cirkulære om jordemodervirksomhed, CIR nr 149 af 08/08/2001, 2001).
3. Macdonald S, Magill-Cuerden J. *Mayes' Midwifery*. 14th ed. Edinburgh: Baillière Tindall Elsevier; 2012.
4. Brunstad A, Tegnander E(). *Jordmorboka ansvar, funksjon, arbeidsområde*. 1st ed. Oslo: Akribe; 2010.
5. WHO. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015.
6. WHO. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
7. Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2017 02/22:1-6.
8. Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2005 9;21(3):267-77.
9. Brot C, Poulsen A. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2.th ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
10. Birkler J. *Etik i sundhedsvæsenet*. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2006.
11. *Jordemoderforeningens kongres. Ethiske retningslinjer for jordemødre*. København: Jordemoderforeningen; 2010.
12. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 1188 af 24/09/2016, §5, §15, §16, §21, 2016).
13. Ying Lai C, Levy V. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2002 Dec;18(4):296-303.
14. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reprod Health*. 2012 Aug 28;9:16,4755-9-16.
15. Sundhedsfaglige e-ressourcer [Internet].: UCN [cited 29.05.2017]. Available from: <https://www.ucnbib.dk/da/side/sundhedsfaglige-e-ressourcer>.
16. Birkler J. *Videnskabsteori : en grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2005.
17. Launsø L, Rieper O, Olsen L, f.1963. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2011.

18. Vallgård S, Koch L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4th ed. Vallgård S and Koch L, editors. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011.
19. Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
20. UCN. Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter. Aalborg: University College Nordjylland; 2011 28.07.2015.
21. AUH i tal [Internet]. Aarhus [cited 29.05.2017]. Available from: <http://www.auh.dk/om-auh/fakta-om-hospitalet/auh-i-tal/>.
22. Jacob Birkler [Internet]. Esbjerg [cited 24.05.2017]. Available from: <http://www.dialektik.dk/>.
23. Mabeck CE. Samtalen med patienten : kommunikation og forståelse. Kbh.: Lægeforeningen; 1999.
24. Mindeord for Carl Erik Mabeck [Internet]. København: Epracticus/DSAM; 2013 [cited 24.05.2017]. Available from: <http://www.practicus.dk/flx/artikler/?m=showArticle&aid=304>.
25. Kappel K. Medicinsk etik : en filosofisk diskussion af bioetiske grundproblemer. Kbh.: Gyldendal; 1996.

Anvendt referencesystem: Vancouver

# Bilagsliste

Bilag 1: Dosisguide

Bilag 2: Eksemplarisk søgning

Bilag 3: Interviewguide

Bilag 4: Ansøgning og godkendelse fra klinisk uddannelsessted

Bilag 5: Skriftlig information til personalet

Bilag 6: Skriftlig information til kvinderne

Bilag 7: Blank samtykkeerklæring

Bilag 8: Meningskondensering