



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

BARNMORSKANS SAMTAL OM SEX OCH SAMLEVNAD MED DET GRAVIDA PARET

Jessica Alm Bheekharry & Camilla Lado

Titel (svensk):	Barnmorskans samtal om sex och samlevnad med det gravida paret
Titel (engelsk):	The midwife's conversation about sex and relations with the pregnant couple
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	Ht/2016
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Eva Lidén

Sammanfattning

Titel (svensk):	Barnmorskans samtal om sex och samlevnad med det gravida paret
Titel (engelsk):	The midwife's conversation about sex and relations with the pregnant couple
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	Ht/2016
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Eva Lidén
Nyckelord:	Sexuell hälsa, sex och graviditet, barnmorskemottagning, barnmorska

Bakgrund: Barnmorskans yrkesroll innebär ett hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbete under hela kvinnans livscykel. Sexuell hälsa är ett begrepp inom reproduktiv hälsa. Studier har visat att 68-86 procent av de gravida kvinnorna upplevde problem i sexlivet under graviditeten och att blivande föräldrar önskade information och rådgivning om sexlivet i samband med graviditet och barnafödande **Syfte:** Att beskriva barnmorskors erfarenheter av samtal kring sex och samliv med det gravida paret.

Metod: Semistrukturerade intervjuer med fyra barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagningar i Västra Götaland utfördes. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes. **Resultat:** Tre kategorier framkom ur insamlad data: *Parets intresse styr samtalet*, *Undervisning och kunskap* samt *Att hitta rätt tillfälle för samtal*. Ämnet sex och samliv initieras inte alltid spontant utan uppkommer ofta till följd av något annat. Parens vanligaste fråga är om samlag under graviditet är farligt för fostret eller kvinnan. Bäst förutsättning för samtal är när paret och barnmorskan har en god relation och hon upplever att paret känner tillit till henne samt om båda i paret är med. Barnmorskorna upplever att de har för lite tid och för korta besök med paren och att det är lättare att prata om sex och samliv med paret när de är mottagliga för och intresserade av informationen. Det kan kännas obekvämt för barnmorskor att samtala om sex och samliv när de saknar tillräcklig kunskap kring ämnet. Barnmorskorna menar att undervisningen kring sex och samliv under barnmorskeutbildningen är bristfällig.

Slutsats: Barnmorskorna anser att det är viktigt att samtala om sex och samliv med de blivande föräldrarna men att det ofta glöms eller prioriteras bort. Det är sällan barnmorskan initierar samtalet då hon förlitar sig på att paret ställer frågor vid behov eller att ämnet berörs under föräldrautbildningen. Utbildningen kring sex och samlevnad i barnmorskeprogrammet är begränsad vilket alla barnmorskor i studien belyser. Barnmorskorna önskar att samtal kring sex och samliv ska finnas med i basprogrammet för att undvika risken att ämnet inte berörs under graviditetskontrollerna.

Nyckelord: Sexuell hälsa, sex och graviditet, barnmorskemottagning, barnmorska.

Förord

Tack!

Tack till alla barnmorskor som delat med sig av sin tid och sina erfarenheter som gjort studien möjlig att genomföra.

Tack till vår handledare Elisabeth som hjälpt oss att komma vidare i arbetet när vi fastnat.

Tack till alla kursare som bidragit med kloka reflektioner, goda råd och många skratt som lindrat vår panik.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Barnmorskans historia	1
Mödrahälsovård	2
Sexuell hälsa	3
Sex och samliv i samband med graviditet	4
Sexlust.....	4
Föräldrarnas oro.....	5
Vårdpersonalens roll.....	5
Teoretisk referensram	6
Holism och salutogenes	6
Kommunikation och samtal	7
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod.....	9
Ansats	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys.....	10
Förförståelse	11
Etiska överväganden.....	12
Resultat	13
Parets intresse styr samtalet.....	13
Parets behov styr innehållet i samtalet.....	13
Parets vanligaste frågor.....	14
Samtalet initieras på grund av något annat.....	14
Undervisning och kunskap	15
Parets kunskap om den kvinnliga anatomin	15
Förändringar som påverkar parets sex- och samliv	15
Kunskap är en förutsättning för samtal.....	16
Att hitta rätt tillfälle för samtal kring sex och samliv	17
Föräldrautbildning och efterkontroll.....	17
Enskilt besök och i grupp	17
Tiden räcker inte till.....	18
Att bjuda in till samtal	19

Diskussion.....	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Slutsats	24
Framtida forskning.....	24
Referenslista	25
Bilaga 1	29
Intervjufrågor.....	29
Bilaga 2.....	30

Inledning

När vi började på barnmorskeutbildningen hade vi flera vänner som var gravida. Det blev såklart naturligt att fråga mer ingående om graviditeten och hur det kändes i kroppen. De kände ungefär likadant men när vi kom in på hur det var i sexlivet framkom det mer delade meningar. Någon var sur för att hennes partner inte ville ha sex med henne eftersom han trodde att han skulle skada barnet och för att det kändes som att de inte var ensamma. Någon annan berättade att det var hon som inte kände någon sexlust. En tredje sa att det var ungefär som före graviditeten men att det blev krångligare ju mer magen växte. Ingen av dem hade pratat om detta med sin barnmorska. Detta väckte ett intresse hos oss att ta reda på mer om sex- och samliv under graviditet och om det överhuvudtaget tas upp under graviditetskontrollerna då barnmorskor gärna pratar om sex och samliv i andra sammanhang.

Bakgrund

Barnmorskans historia

Barnmorska, även kallat jordemoder, är ett av världens äldsta kvinnoyrken. I alla tider har förlossningskunniga kvinnor hjälpt de födande kvinnorna. År 1708 startade läkaren Johan von Hoorn den första barnmorskeutbildningen, skrev läroböcker och uppmuntrade till certifiering av barnmorskeyrket. Alla som antogs till barnmorskeutbildningen blev bedömda av stadsläkaren för att se att hon uppfyllde kriterierna som gudfruktig och hade ett gott uppförande. Barnmorskorna fick svära en ed att inte skynda förlossning, inte främja missfall (aborter) och ha god förmåga till samarbete samt utbilda och undervisa andra (Höjeberg, 2011).

På 50-talet skedde den stora hospitaliseringen av förlossningsvården och 95 procent av förlossningarna skedde på sjukhus istället för i hemmet. Synen på förlossningen förändrades från en normal process till medicinskt inriktad. Barnmorskans kompetensområde ändrades till att innefatta den normala förlossningen och den komplicerade förlossningen blev läkarnas (Höjeberg, 2011). År 1951 bestämdes det att barnmorskan skulle ha sjuksköterskeutbildning som grund (Oscarsson, 2014). Barnmorskans kompetensområde utökades allt eftersom samhället förändrades. P-pillret utvecklades på mitten av 40-talet men det dröjde ända till

mitten av 70-talet innan preventivmedelsrådgivning ingick i barnmorskans yrkesutövning och förskrivningsrätten infördes som svar på den ökade efterfrågan av preventivmedel (Höjeberg, 2011).

År 1995 kom Socialstyrelsens första kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. I den nya uppdaterade versionen från år 2006 finns tre huvudområden vilka är sexuell och reproduktiv hälsa, forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation. En helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra dessa kompetensområden. Barnmorskans yrkesroll innebär ett hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbete under hela kvinnans livscykel. Bland annat ska barnmorskan ha förmåga att ge information och undervisning om sexualitet och samlevnad ur ett livsrytmsperspektiv (Socialstyrelsen, 2006).

Mödrahälsovård

Den första mödravårdskliniken öppnades år 1915 på Allmänna sjukhuset i Malmö, innan dess hade den gravida kvinnan ingen kontakt med vården förrän det var dags för barnet att födas. På mödravårdskliniken var de inriktade på den rent medicinska kunskapen som att upptäcka högt blodtryck och äggvita i urinen. På 1930-talet föddes oroväckande få barn i Sverige och en befolkningskommission tillsattes för att förbättra förhållandena för de gravida kvinnorna. Befolkningskommissionen införde rätt till tjänstledighet, mödrapenning och förbud att avskeda kvinnor på grund av havandeskap i hopp om att födelseantalet skulle öka. Den 1 januari 1938 infördes en ny lag som innebar att alla gravida kvinnor hade rätt till kostnadsfri förvård under havandeskapet, förlossning och eftervård. Mödravårdscentralerna växte fram i och med den nya lagen och det fanns en i varje sjukhusdistrikt i landet. År 1948 var 38 procent av de gravida mödrarna inskrivna på mödravårdscentraler runt om i landet och till år 1959 hade den siffran växt till 82 procent. Mödrahälsovården har varit en bidragande orsak till att mödradödligheten på 1920-talet sjönk från 27/10 000 förlossningar till 2,5/10 000 förlossningar år 1959 (Höjeberg, 2011).

Mödrahälsovårdens verksamhet innefattar idag att ha hand om graviditetsövervakning, föräldrautbildning, preventivmedelsrådgivning, abort- och STI-förebyggande arbete samt gynekologiska hälsokontroller. Mödrahälsovården ska idag erbjuda insatser till alla blivande föräldrar för att stärka dem i sitt föräldraskap, uppmärksamma risk- och friskfaktorer och andra förhållanden i närmiljön och samhället som kan påverka gravida kvinnors och nyblivna mödrars hälsa. De ska även erbjuda undersökningar som ingår i hälsoprogrammet till alla blivande och nyblivna mödrar (Kunskapsstöd för mödrahälsovården, 2014). Ett nationellt basprogram utvecklades för att standardisera mödrahälsovården i hela Sverige. Basprogrammet innehåller en rad olika screeningundersökningar som utförs under graviditeten för att upptäcka tidiga tecken på sjukdom (Sos, 1996:7). Varje region har sin egen version av det utarbetade basprogrammet som ska erbjudas alla friska kvinnor med

normal graviditet. Tillstöter komplikationer under graviditeten frångås basprogrammet enligt lokala riktlinjer beroende på typ av komplikation. I basprogrammet står det i vilka graviditetsveckor besöken på barnmorskemottagningen ska ske och vad barnmorskan ska gå igenom under mötet. Exempelvis ska barnmorskan prata med kvinnan om kost, motion, relevant häsohistoria samt alkohol- tobak och drogvvanor. I basprogrammet ingår även en efterkontroll cirka sex till tolv veckor efter förlossningen då barnmorskan ska prata om amning, förlossningen, preventivmedel samt utföra en gynekologisk undersökning för att kontrollera läkning och bäckenbottenmuskulaturen (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2008).

Sexuell hälsa

Sexualitet är en central del av att vara människa. Den upplevs och uttrycks bland annat i tankar, relationer, fantasier, beteende och påverkas av bland annat biologiska, psykologiska, ekonomiska, kulturella och sociala faktorer (WHO 2016). En svensk kunskapssammanställning visade att ungefär hälften av befolkningen var tillfreds med sitt sexualliv och majoriteten ansåg att sexualitet var en viktig del av livet. De som hade en lycklig relation med sin partner hade också ett mer tillfredsställande sexualliv (Statens folkhälsoinstitut, 2012).

1994 hölls en världskonferens i Kairo där det beslutades att sexuell hälsa är ett begrepp inom reproduktiv hälsa. Sexuell och reproduktiv hälsa omfattar fertilitet och familjeplanering men även den psykiska hälsan och påverkar varje individ under hela livet i hens sexuella aktiviteter samt personliga relationer (FN, 2014 & Sverige Utrikesdepartementet, 2006).

Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat sexuell hälsa som

...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO, 2016).

Sexuell hälsa innebär alltså inte enbart frånvaro av sjukdom utan att varje individ ska känna välbefinnande i relation till sin sexualitet och ha möjlighet till ett säkert och tillfredsställande sexualliv (WHO, 2016). Det reproduktiva hälsoarbetet berör framförallt kvinnors och nyföddas hälsa medan arbete för sexuellt välbefinnande även innefattar män, familjer, barn, ungdomar och äldre (Hulter, 2016).

Det är viktigt att se sexualiteten från olika sidor och inte enbart utifrån det biologiska eller fysiska. I sexualiteten ingår även kärlek, tillgivenhet, intimitet, närhet och ömhet som är mycket viktigt för vår hälsa (Sundbeck, 2013).

Sex och samliv i samband med graviditet

Sexlust

Det är vanligt att det blivande föräldraparet har samlag mer sällan under graviditeten (Gerda, Josef, Uwe & Edgar, 2006) och istället kysser, smeker och kramar de varandra mer. Många kvinnor är illamående och kan få spända eller ömma bröst vilket kan ha en negativ inverkan på lusten (Foux, 2008). Detta är vanligast under första trimestern, kvinnan är också ofta tröttare under den perioden (Rogers, 1983). Vanligtvis ökar lubrikationen och intensiteten av orgasmen men mot slutet av graviditeten kan kvinnan få sammandragningar vid samlag och orgasm vilket kan upplevas som obehagligt. Det sexuella behovet och lusten minskar naturligt mot slutet av graviditeten hos både kvinnor och män men behovet av ömhet och trygghet är större. Kvinnan vill ofta istället för vaginalt sex ha smeksex, ömhet och sensualitet (Von Sydow, 1999).

Studier har visat att 68-86 procent av de gravida kvinnorna upplever problem i sexlivet under graviditeten (Ahmed, Madny & Sayed-Ahmed, 2014; Küçükdurmaz, Efe, Malkoç, Kolus, Amasyal & Resim, 2016).

Kvinnor som varit gifta under lång tid, med låg utbildningsgrad, oönskad graviditet eller som befinner sig i första eller tredje trimestern hade i högre grad problem i sexlivet. Kvinnor med längre utbildning än åtta år hade en lägre risk för komplikationer i sexlivet (Abouzari-Gazafrodi, Najafi, Kazemnejad, Rahnama & Montazeri, 2015; Ahmed et al., 2014; Küçükdurmaz et al., 2016). Även kvinnans ålder hade betydelse. I studierna inkluderas kvinnor i åldrarna 18-35 år och de som var äldre hade i högre utsträckning problem med sexlivet än de yngre kvinnorna (Abouzari-Gazafrodi, Najafi, Kazemnejad, Rahnama & Montazeri, 2015; Ahmed et al., 2014).

När båda parterna i paret var nöjda med sitt sexliv under graviditeten hade de också ett bättre förhållande fyra veckor postpartum samt ett mer stabilt förhållande efter tre år (Von Sydow, 1999). Ett sämre fungerande sexuellt samliv under graviditet kunde påverka relationen negativt (Leite, Campos, Dias, Amed, De Souza & Camano 2009; Lewis & Black, 2006).

Under amningen har prolaktin en negativ effekt på sexlusten och östrogenkänsligheten i slidan vilket gör slidan skörare och torrare (Von Sydow, 1999). Barnet som ammas ger mamman mycket kroppskontakt vilket kan göra att hon känner mindre behov av att få kroppskontakt av sin partner (Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005; Von Sydow, 1999).

I en svensk studie framkom det att återbesöket hos barnmorskan sex till tolv veckor postpartum kändes viktigt för kvinnorna men de flesta ansåg att besöket var för kort. De ville gärna prata om hur kroppen förändrats under och efter graviditeten. Många av kvinnorna ville hellre tala om minskad sexlust än om preventivmedel och önskade få ett återbesök fyra till fem månader postpartum för att samtala om sin lust (Olsson et al., 2005).

Föräldrarnas oro

I artiklar från tidigt 80-tal beskrevs sexuell aktivitet under graviditet som ofarligt både för barnet och modern. Föreställningen om att det skulle finnas ett samband mellan orgasm i tredje trimestern och för tidigt födda barn dementerades också. I stället framkom det att kvinnor som haft orgasm under senare delen av graviditeten födde fullgångna barn och färre gick över tiden (Rogers, 1983). Det finns ändå fortfarande uppfattningar om att sex kan skada barnet eller orsaka graviditetskomplikationer trots att forskning visar motsatsen (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000; Corbacioglu, Akca, Akbayir, Goksedef & Bakir 2013; Gerda et al., 2006; Rogers, 1983; Von Sydow, 1999). Andra anledningar till att de gravida kvinnorna inte ville ha samlag var rädsla för samlagssmärta, missfall och att begå en synd (Ahmed et al., 2014; Küçükdurmaz et al., 2016). I flera studier framkom det att den största orsaken till att par avstår från samlag under graviditet var bristande information kring sex under graviditet och oro för negativa påföljder såsom missfall i samband med samlag (Abouzari-Gazafrodi et al., 2015; Ahmed et al., 2014; Küçükdurmaz, et al., 2016).

Vårdpersonalens roll

Följande studier som presenteras nedan är genomförda utanför Sverige där det inte alltid är en barnmorska som det gravida paret träffar. Paret träffade läkare, gynekologer och sjuksköterskor vilka benämns som vårdpersonal i studierna.

Blivande föräldrar önskade information och rådgivning om sexlivet i samband med graviditet och barnafödande (Von Sydow, 1999). En studie visade att 43,7 procent av de blivande föräldraren upplevde att de behövde skaffa sig information kring sex under graviditet men endast 23,8 procent av föräldrarna pratade med vårdpersonal om ämnet. Kvinnorna frågade om sexuell aktivitet kunde vara farligt eller skadligt för henne eller barnet under graviditeten och till vilken graviditetsvecka de kunde ha sex (Corbacioglu et al., 2013). Alla par borde försäkras om att samlag inte är farligt för dem om ingen obstetrisk komplikation föreligger (Bartellas et al., 2000; Corbacioglu et al., 2013). De borde också motiveras till att njuta av sexuellt umgänge under denna tid. Dessvärre förbises betydelsen av sexuell funktion under graviditeten vid graviditetskontroller och förväntade förändringar borde tas upp rutinmässigt av vårdpersonalen (Corbacioglu et al., 2013).

I en studie framkom det att 49 procent av de kvinnor som talat med sin läkare om sex under graviditeten själva tog initiativ till att prata om ämnet. Av dessa var det bara 66 procent som

kände sig bekväma med att ställa frågan och 76 procent av de kvinnor som inte talat om sexuell aktivitet med någon ur vårdpersonalen ansåg att ämnet borde diskuteras (Bartellas et al., 2000). I en metaanalys från 1999 upplevde 68 procent av kvinnorna att de aldrig diskuterade sex under graviditeten med vårdpersonal medan övriga fick mycket begränsad information och några blev avrådda från att ha samlag före beräknad partus (Von Sydow, 1999). Råden som gavs kring sex under graviditeten var ofta fixerade kring penetrerande/omslutande samlag och vårdpersonalen glömde bort att prata om smeksex eller andra typer av sexuell stimulans (Foux, 2008; Von Sydow, 1999). Det kan enligt Foux (2008) vara en fördel att redan under graviditeten prata med paret om intimitet, sensualitet och olika typer av sex då de kanske inte är lika mottagliga postpartum.

Det är av betydelse att vårdpersonal berättar för och ger råd till blivande föräldrar angående känslomässiga och sexuella förändringar under och efter graviditeten (Aslan, Aslan, Kizilyar, Ispahi & Esen, 2005; Bartellas et al., 2000; Von Sydow, 1999). De gravida kvinnor som inte pratat med sin läkare om sex hade större sexlust än de som diskuterat ämnet, detta för att läkaren ofta gav restriktioner. Pratade kvinnan med sina vänner, gick på föräldrautbildning eller fann information om ämnet i böcker hade de oftare en mer positiv inställning till sex under graviditeten (Von Sydow, 1999). Vårdpersonal bör stödja och informera paret om sexuell hälsa för att på så vis öka parets välbefinnande i relationen (Leite et al., 2009).

Teoretisk referensram

Holism och salutogenes

Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006) ska barnmorskans arbete inom reproduktiv och sexuell hälsa genomsyras av ett holistiskt och etiskt förhållningssätt. Barnmorskan ska enligt ICM:s etiska kod (International Confederation of Midwives, 2014) ge friskvård och hälsoupplýsning till kvinnor genom hela hennes livscykel samt till familjen och samhället.

Holism, av grekiskans holos som betyder hel eller fullständig (Nationalencyklopedin, 2016), innebär att summan är större än delarna och delarna måste förstås i relation till helheten. Individen som vårdas ska alltså ses som en helhet och inte reduceras till den kroppsdel, tillstånd eller den sjukdom som behandlas (Medin & Alexanderson, 2000). Att som barnmorska ha ett holistiskt förhållningssätt innebär i mötet med kvinnan att hennes kropp, själ och ande ses som en helhet under vårdandet. Det är hela kvinnan som vårdas och inte bara delar av henne (Eriksson, 2014). Hälsan formas av varje individs välbefinnande, känsla av sammanhang, upplevelser och upplevelse av mening. Hälsa innebär alltså inte enbart frånvaro av sjukdom (Norberg, Engström & Nilsson, 1994). Inom det traditionella biomedicinska perspektivet är sjukdom utgångspunkten till skillnad från det humanistiska perspektivet där en individ kan uppleva hälsa trots sjukdom (Medin & Alexandersson, 2000).

Barnmorskan på barnmorskemottagning arbetar hälsofrämjande vilket innebär att främja kvinnans välmående genom att stärka eller bibehålla hennes fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (Socialstyrelsen, 2015). Ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att ha ett salutogent perspektiv. Salutogenes, av det latinska salus som betyder hälsa och grekiskans genesis som betyder ursprung eller uppkomst, myntades av Aaron Antonovsky när han ville undersöka människors förmåga att bevara hälsa trots svåra omständigheter. Det salutogena synsättet är en holistisk modell inom det humanistiska perspektivet (Antonovsky, 1991). Barnmorskan ska genom ett holistiskt perspektiv sätta kvinnan och hennes liv i fokus och se henne som en unik person under vårdandet. Barnmorskans uppgift innebär att intressera sig för kvinnans förväntningar, erfarenheter, kunskap, åsikter, önskemål, frågor, oro och hur det påverkar graviditeten, fostret, förlossningen, amningen och hennes utveckling till att bli mamma (Rooks, 1999).

Kommunikation och samtal

Kommunikation definieras enligt Fossum (2013a) som ett ömsesidigt utbyte som går att dela med någon eller några. Vi kommunicerar bland annat för att kunna samarbeta, tillfredsställa personliga behov och för att överleva. Hur vi kommunicerar med andra påverkas av vår kultur och i Norden kan samtal om känslor uppfattas tabubelagt. Samtal och bemötande är en del av kommunikationen samt en förutsättning för mötet. För att skapa en god kommunikation är grunden ett aktivt lyssnande och intresse för personens berättelse (Andersson, 2013). Det aktiva lyssnandet innebär att lyssna till vad som sägs och hur det förs fram, det vill säga den verbala och icke-verbala kommunikationen. Inom det personcentrerade samtalet är den icke-verbala kommunikationen av största betydelse i samtalet. Ofta kan samtalet börja med öppna frågor för att låta patienten själv bestämma innehållet i samtalet. Vårdgivaren ska aktivt ställa frågor, reflektera och sammanfatta vad patienten berättat för att visa sitt intresse (Fors, 2014).

Enligt Andersson (2013) sker ett samtal i en symmetrisk relation mellan två eller flera parter som för en konversation. Alla samtal ses som kunskapssökande där de involverade personerna försöker ta reda på ny kunskap. Inom vården är det ofta en envägs kommunikation som styr samtalet genom att vårdpersonalen överför information till patienten istället för att skapa en dialog, en tvåvägs kommunikation (Vinthagen, 2013). Personer som söker sig till vårdorganisationer såsom barnmorskemottagningar möts av det ojämna maktförhållandet mellan patient och vårdpersonal. Barnmorskorna på barnmorskemottagningen har bland annat ett maktövertag i form av informationsmakt, resursmakt och auktoritet (Vinthagen, 2013). I mötet med barnmorskor blir samtalen ofta asymmetriska och då även ineffektiva eftersom patienten inte känner sig delaktig och kanske inte uppfattat informationen som givits. Inte heller eftersträvas en helt symmetrisk kommunikation då den är mer inriktad mot vänskap. Istället kan en symmetrisk komplementär kommunikation vara av värde då den innebär att relationen mellan vårdpersonal och patient är komplementär, stödjande, styrkande och respektfull (Fossum, 2013b).

Problemformulering

Sexuell hälsa innebär inte enbart frånvaro av sjukdom utan att varje individ ska känna välbefinnande i relation till sin sexualitet och ha möjlighet till ett säkert och tillfredställande sexualliv. De som hade en lycklig relation med sin partner hade också ett mer tillfredsställande sexualliv. Gravida kvinnor fick mycket begränsad information eller talade aldrig om sexuallivet med vårdpersonalen och de flesta av kvinnorna upplevde problem i sexuallivet under graviditeten. Många studier visar att gravida par lever i föreställningen om att penetrerande samlag kan vara skadligt för barnet och graviditeten. Alla par borde försäkras om att det inte är farligt att ha samlag om ingen obstetrisk komplikation föreligger.

Barnmorskan ska enligt kompetensbeskrivningen ha förmåga att ge information och undervisning om sexualitet och samlevnad ur ett livscykelperspektiv. Blivande föräldrar upplever dock att vårdpersonalen sällan ställer frågor om sex och samliv under graviditeten. Föräldrarna efterfrågar information och rådgivning om sexlivet i samband med graviditet och barnafödande. Många föräldrar önskade även att vårdpersonalen skulle öppna upp för samtal kring sex och samliv så att de inte behövde göra det själva. Det saknas svenska studier kring samtal om sex och samlevnad under graviditet ur ett barnmorskeperspektiv.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av samtal kring sex och samliv med det gravida paret.

Metod

Ansats

Den kvalitativa ansatsen används för att skapa en rikare förståelse kring ett fenomen utifrån individens berättelser och levda kontext. Datamaterialet består av individens berättelser som baserats på levda erfarenheter av fenomenet som ska studeras. Materialet kan samlas in genom intervjuer och eller observationer som spelas in och transkriberas för att utgöra textmaterialet. Forskaren behöver sätta sig in i materialet genom att läsa igenom all data flera gånger och därmed skapa sig en djupare förståelse för fenomenet. Innehållsanalys syftar till att analysera skillnader och likheter i textinnehållet från intervjuer och genom det dra slutsatser i form av kategorier och teman (Polit & Beck, 2014). En kvalitativ innehållsanalys kan vara både induktiv och deduktiv. Den deduktiva ansatsen innebär att pröva en redan utarbetad hypotes medan induktiv ansats innebär att det inte finns någon hypotes att utgå ifrån (Polit & Beck, 2004).

Urval

Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors egna erfarenheter och därför valdes induktiv ansats istället för att utgå från en befintlig hypotes. För att svara på studiens syfte valdes barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning som informanter. Information kring studiens bakgrund och metod skickades till alla 17 enhetschefer inom mödrahälsovården i Göteborg med kranskommuner. Enhetscheferna svarade för fler än en mottagning. Av de 17 kontaktade enhetscheferna besvarade endast sju förfrågan trots upprepade påminnelser via mail, sms och telefonsamtal. Av dessa avböjde två medverkan. Enhetscheferna kontaktade i sin tur barnmorskor vid sina respektive mottagningar.

Inklusionskriterierna var barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning i Göteborg med omnejd. Sju barnmorskor visade intresse och tackade ja till att intervjuas. Två av dem kunde inte intervjuas inom studiens tidsram och en barnmorska uteblev på grund av sjukdom och exkluderades därför. Totalt intervjuades fyra barnmorskor.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor genomfördes. Barnmorskorna fick själva välja när och var intervjuerna skulle ske. Tre intervjuer genomfördes på barnmorskans arbetsplats i ett avskilt rum under arbetstid och en i barnmorskans hem. Intervjuerna varade mellan 24-56 minuter, total intervjutid 165 minuter, och intervjuerna spelades in med en diktafon. Intervjuernas längd berodde på hur mycket tid barnmorskan kunde avvara.

Den inledande öppna frågan var "*Hur samtalar du om sex och samlevnad under graviditeten?*". Därefter formulerades följdfrågor beroende på vad informanten svarade. Ytterligare fem öppna frågor fanns förberedda att använda vid behov om svaren på de första frågorna inte svarade på syftet, se Bilaga 1.

Samtliga informanter var kvinnor och hade varit legitimerade barnmorskor mellan 5 och 33 år. Två av dem hade läst 60 högskolepoäng (hp) sexologi och en hade läst 30 hp sexologi. De hade arbetat på barnmorskemottagning mellan 2 och 24 år.

Dataanalys

Då studien syftar till att beskriva barnmorskors erfarenheter av samtal om sex och samlevnad med den gravida kvinnan och hennes partner valdes intervju av barnmorskor som metod.

Analysen av insamlat datamaterial utfördes i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av analys av kvalitativ data. Intervjuerna spelades in, transkriberades ordagrant och lästes igenom i sin helhet för att få en förståelse för texten. Därefter togs bärande meningsenheter ut som var relevanta för studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades utan att tappa sin innebörd och tilldelades koder. Koderna med liknande innehåll grupperades för att finna underkategorier som återspeglade det centrala budskapet från informanterna. Underkategorierna abstraherades och bildade kategorier. Intervjuerna, meningsenheterna, kondenseringen och koderna gick igenom flertalet gånger för att inte gå miste om viktigt innehåll i utsagan från informanterna. Under hela arbetets gång diskuterades förförståelsens betydelse och påverkan på det analyserade materialet. Tabell 1 beskriver analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>”Så man ju hinner liksom aldrig, det ska tas blodsocker, mätas Hb, mäta magar lyssna hjärtljud, så ofta hinner man inte, man hinner aldrig komma längre än det.”</i>	Det ska tas blodsocker, mätas Hb, mäta magar, lyssna hjärtljud så ofta hinner man aldrig komma längre än det.	Tidsbrist	Tiden räcker inte till	Att hitta rätt tillfälle för samtal
<i>”Jag tror också det kan vara vissa saker, hinns, alltså hinns och hinns men det är nog också, att det är så otroligt mycket annat vi ska fråga om så att egentligen vore det bäst att lägga det om man nu ska bestämma det.”</i>	Hinner inte och det är otroligt mycket annat vi ska fråga om.	Tidsbrist		
<i>”Jag brukar nog fråga de flesta, jag frågar ju ofta, vi säger att kvinnan kommer själv eller om de kommer tillsammans att man frågar 'hur tycker ni att er relation är?' i början. Det är ju ändå ett ganska bra utgångsläge”.</i>	Frågar ”hur tycker ni att er relation är?” det är ett bra utgångsläge.	Frågar paret om deras relation	Att bjuda in till samtal	

Förförståelse

Enligt Graneheim och Lundman (2012) är förförståelse den kunskap, de erfarenheter och de förutfattade meningar forskaren redan besitter kring fenomenet som ska studeras. Forskaren kan inte bortse från sin förförståelse och den påverkar resultatet genom att forskaren blir medskapare av resultatet då intervjufrågorna formas av förförståelsen. Det råder delade meningar om huruvida forskaren ska utnyttja sin egen förförståelse för att upptäcka ny kunskap eller försöka lägga den åt sidan i forskningsprocessen. Många tolkningar sker omedvetet och därför kan det vara svårt att försöka bortse från sin förförståelse.

Förförståelse för fenomenet i vår studie baseras på erfarenheter och kunskap som inhämtats i yrkeslivet som sjuksköterskor samt under barnmorskeutbildningen. Livserfarenhet bidrar också till förförståelsen även om det kan vara svårt att specificera på vilket sätt den påverkar. Under utbildningen utgörs tio veckor av praktik på barnmorskemottagning.

Etiska överväganden

Forskning får aldrig bedrivas på bekostnad av att individer skadas fysiskt eller psykiskt, förödmjukas eller kränks. Vetenskapsrådet har utformat ett forskningskrav som innefattar fyra huvudkrav att beakta innan forskning utförs. Huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Informationskravet innebär att studiens deltagare ska informeras om studien och dess syfte, sin roll i studien, att deltagandet är frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Forskaren ska alltid inhämta samtycke från deltagarna vilket beskrivs i samtyckeskravet. Deltagarna ska ges största möjliga konfidentialitet vilket konfidentialitetskravet syftar till. Personuppgifter ska behandlas på ett säkert sätt så att ingen utomstående kan ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter som berör enskilda personer, exempelvis personuppgifter, endast får användas för forskningsändamål och inte utlånas för icke-vetenskapliga syften eller kommersiellt bruk (Vetenskapsrådet, 2016).

Alla informanter fick skriftlig och muntlig information om studien samt fick skriva på sitt medgivande att delta, se Bilaga 2. De fick när som helst avsluta sin medverkan utan motivering. Under transkriptionen tilldelades intervjuerna ett nummer istället för namn för att göra materialet konfidentiellt. Citaten i resultatet gavs slumpvis valda namn från en namngenerator för att inte kunna identifiera informanten. Efter avslutat arbete förstördes samtliga ljudfiler.

Inget etiskt tillstånd behövdes då studien bedrivs inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS 2003:460).

Då studien beskriver barnmorskors sätt att arbeta och då barnmorskor ofta arbetar självständigt finns det en risk att de känner sig kritiserade eller kränkta när deras arbetssätt ifrågasätts. På grund av det finns det en risk att vissa barnmorskor valde att inte delta i studien. För att få fram ett sanningsenligt resultat och inte det barnmorskan tror att hon borde säga har vi haft för avsikt att hålla en neutral inställning under intervjun och uppmuntrat henne att beskriva hennes egen erfarenhet. Studien syftar inte till att påpeka vad som är rätt och fel i barnmorskors sätt att arbeta utan till att uppmärksamma samtalet om sex och samliv med det gravida paret. En annan risk med studien är att då intervjuerna utfördes under arbetstid togs tid från patienterna vilket kan störa verksamheten. Nyttan med studien är att uppmärksamma ett bortglömt samtalsämne som ingår i barnmorskans arbetsområde. Genom att göra en studie där syftet är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att prata om sex och samliv har studien lockat informanter som gärna diskuterar ämnet och besitter erfarenhet av det. Det finns väldigt få svenska studier kring ämnet och barnmorskornas erfarenheter i föreliggande studie kan därför bidra till ökad kunskap.

Resultat

Analysen utmynnade i tre kategorier och tio underkategorier vilka redovisas i tabell 2. Kategorierna blev följande: *Parets intresse styr samtalet*, *Undervisning och kunskap* samt *Att hitta rätt tillfälle för samtal*. Kategorierna beskriver barnmorskors erfarenheter av att samtala kring sex och samlevnad med det gravida paret. Barnmorskorna anser att det är deras ansvar att ta upp frågor kring sex och samliv och det ingår i barnmorskans arbetsbeskrivning. De beskriver också att sex och samlevnad inte enbart är det sexuella utan även det känslomässiga i relationer.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

KATEGORI	UNDERKATEGORI
Parets intresse styr samtalet	Parets behov styr innehållet i samtalet Parets vanligaste frågor Samtalet initieras på grund av något annat
Undervisning och kunskap	Parets kunskap om den kvinnliga anatomin Förändringar som påverkar parets sex -och samliv Kunskap är en förutsättning för samtal
Att hitta rätt tillfälle för samtal	Föräldrautbildning och efterkontroll Enskilt besök och i grupp Tiden räcker inte till Att bjuda in till samtal

Parets intresse styr samtalet

Parets behov styr innehållet i samtalet

Vid graviditetskontrollerna på barnmorskemottagningen får ofta paret styra över innehållet under besöket utöver det som ingår i basprogrammet. Genom att barnmorskan ställer en öppen fråga får paret själva bestämma samtalsämne och samtalet påverkas av deras intresse

och behov av information. Det är inte alltid barnmorskorna spontant pratar om sex och samliv utan samtalet blir ofta till följd av de frågor paret ställer. Oftast kommer samtal om sex och samlevnad upp när det är paret som tar upp ämnet men samtidigt upplever barnmorskorna att de sällan får frågor från paren. Sex och samlevnad kanske överhuvudtaget inte diskuteras under en del graviditeter om inte paret ställer frågor om det. Barnmorskorna upplever ändå att ämnet för det mesta berörs någon gång under graviditeten. Mot slutet av graviditeten är det vanligt då de pratar om hur tiden efter förlossningen kommer att bli. En målsättning är att diskutera ämnet med alla någon gång under graviditeten, helst i början. Det råder delade meningar om vem som initierar samtalet, ibland är det paret och ibland är det barnmorskan.

“Jag brukar alltid ställa lite öppna frågor när jag har dem ‘är det något du funderar över idag?’ ‘Är det något särskilt du vill prata om?’ Man lägger ju mycket bollen hos patienten vad de vill ta upp.” – Thea

I de flesta fall upplever barnmorskorna att det är välkommet att hon inleder samtalet så att paret inte behöver det. Samtidigt är det viktigt att paret ställer frågor kring sex och samliv då barnmorskorna inte alltid inleder samtal om sex och samliv annars. Barnmorskorna uppfattar ibland att paren redan besitter kunskap och därför inte har några frågor eller behov av information om sex och samliv.

“En del kan ju allt det här [om sex], det ska ni också veta, det finns de som inte har några frågor.” – Emelie

Parets vanligaste frågor

De vanligaste frågorna paren ställer är om de kan ha sex när de är gravida, om samlag kan skada barnet eller om samlag kan orsaka komplikationer som missfall eller förtidsbörd. Paren frågar också om när det kan vara skadligt att ha samlag, när de inte bör ha samlag och när kvinnan exempelvis har bäckensmärta eller förvärrar som påverkar samlivet negativt. Hur samlivet kommer att bli efter förlossningen, när de vågar återuppta samlivet igen, om det kommer att göra ont att ha samlag och hur den eventuella vaginalbristningen läker är också vanliga frågor paren ställer.

“Det är ju om man kan ha sex. Det är ju egentligen den mest primära frågan.” – Ina

“Det är ju faktiskt så att vissa tror ju att det kan skada barnet om man har penetrerande samlag. Och det är ju jätteviktigt att slå håll på den fördomen för det finns ju ingen sanning i det alls.” – Jeanette

Samtalet initieras på grund av något annat

Det är lätt att diskutera sex och samliv när paret själva fört ämnet på tal. Paret öppnar då upp lättare och samtalet känns naturligt. Det är vanligt förekommande att kvinnan berättar att hon haft en blödning och då frågar alltid barnmorskorna om hon haft samlag de senaste dygnet

vilket kan leda till ett längre samtal om sex och samliv. Om kvinnan har ont i bäckenet eller andra graviditetskomplikationer kan barnmorskan fråga hur det påverkar samlivet och ge råd därefter. När barnmorskan berättar om amning och hur bröstet förändras under graviditeten kan samtalet ledas in på en dialog kring sex och samliv. Brösten är ofta är en sexuell kroppsdel för många par och i samband med graviditeten får de en annan funktion och barnmorskorna anser att det kan vara värdefullt att diskutera parets tankar och känslor kring det.

“Om kvinnan har haft någon blödning då är det klart då ställer jag ju frågan ‘var det efter att ni hade haft samlag?’ Och då kan man ju spinna vidare på det.” – Ina

“Säger de någonting så hakar jag naturligt på och drar in det [sex och samlevnad] i diskussionen, det är mycket lättare för då öppnar de också upp.” – Emelie

Om barnmorskan observerar att något i parets relation inte verkar vara som det ska ställer hon frågor kring deras samliv. Att fråga om kvinnan varit utsatt för hot och våld ingår i basprogrammet och där kan samtal om relationen på ett naturligt sätt diskuteras men då dock bli negativt laddat.

... ”så får jag nog ändå säga det att till största delen så är samtalet på grund av någonting annat. Att det har liksom lett fram till det.” – Ina

Undervisning och kunskap

Parets kunskap om den kvinnliga anatomin

Barnmorskorna förklarar för paren att det inte är farligt att ha sex under graviditeten och de får se en bild på den kvinnliga anatomin. Barnmorskan visar med bilden var bebisen ligger och var samlaget sker. Det är viktigt att visa föräldrarna en bild då barnmorskorna upplever att många inte vet hur kvinnan ser ut inuti och inte har förstått avståndet mellan graviditeten och slidan.

“Man tror att man kan skada och då brukar jag förklara och visa på en bild: slida, livmodertapp och var graviditeten sitter och hur långt det är till barnet. Då brukar de ‘aha’.” – Emelie

Förändringar som påverkar parets sex- och samliv

Barnmorskorna förklarar för paren att det kan komma en blödning i samband med penetrerande sex på grund av att slemhinnan i vagina förändras. Kvinnan kan få sammandragningar och känna obehag vid samlag. Det är viktigt att förklara att kvinnans orgasm kan kännas mer och annorlunda i slutet av graviditeten då livmodern är större. Lusten kan förändras under graviditeten och variera i styrka under de tre trimesterna vilket paren bör

få veta. Lusten påverkas bland annat av att kvinnan är illamående eller känner sig tung och otymplig. Barnmorskorna anser att det är viktigt att normalisera att samlagsfrekvensen ofta minskar i samband med graviditet. De tycker också att det är viktigt att paren vet att det är ofarligt att ha samlag om inte hotande förtidsbörd föreligger. Enligt barnmorskorna är hotande förtidsbörd den enda medicinska indikationen för att inte ha samlag.

“Det kan se så olika ut så det brukar jag också ta upp. Att den här lusten kan variera under de olika trimestrarna.” – Thea

“Sen tror jag ibland att man kanske måste normalisera att man under en viss period inte har så mycket sex och att det är helt normalt och helt okej.” – Jeanette

Barnmorskorna pratar med paren om att det är viktigt att de har en god kommunikation med varandra. Detta för att lättare kunna hantera den förändring som uppstår i relationen när barnet kommer. Paret uppmanas att prata om de förväntningar de har på varandra i samlivet, att de ska sätta ord på sina känslor och uttrycka om de är missnöjda med någonting för att minska risken för missförstånd. Det är viktigt att förbereda paret på den fysiska förändring kvinnan genomgår och hur det kan påverka deras samliv. Kvinnan kan vara ointresserad av penetrerande samlag efter förlossningen och inte lika mottaglig för den fysiska närheten från partnern som hon har varit tidigare. Barnet ger mycket hudkontakt, ömhet och sensualitet vilket kan tillgodose kvinnans behov av fysisk närhet. Partnern bör medvetandegöras så att förändringarna i samlivet inte blir en överraskning efter barnets födelse. Barnmorskorna anser att när de pratar om förändring i samlivet bör de inte problematisera utan istället få paret att acceptera den nya tillvaron. Barnmorskorna förklarar för paret att de inte måste ha samlag för att ha ett bra sexliv utan kan hålla ömheten och kärleken vid liv genom kramar och kyssar.

“För att det är ju ändå en belastning som sker under en ganska lång tid och är en viktig del i ens relation och det kan ju vara påfrestningar om man inte återgår till ett samliv, det har ju andra studier visat” – Thea

“Helt plötsligt så är det liksom en ny liten människa som ger väldigt mycket hudkontakt, känslor, ömhet och sensualitet att hålla det här lilla barnet. Att man kanske inte är lika mottaglig då för sin partners närmanden. Och det kan ju antagligen komma som en väldigt stor överraskning och chock för en del.” – Ina

Kunskap är en förutsättning för samtal

Det kan kännas obekvämt för barnmorskor att samtala om sex och samliv när de saknar tillräcklig kunskap kring ämnet. Barnmorskorna menar att undervisningen kring sex och samliv under barnmorskeutbildningen är bristfällig. De har fått mycket frågor kring lust som de upplever svåra att svara på och då valt att komplettera sin kunskap med kurser inom sexologi.

“Jag tycker ju sex och samlevnad är viktigt att ha kunskap om i min yrkesroll. Och jag tycker att vi har alldeles för lite med oss från utbildningen. Det skulle vara betydligt mer utbildning inom sex och samlevnad.” – Jeanette

“Jag har ju inga problem att prata om det [sex och samliv] men jag kan tänka att det är det, man har inga kunskaper helt enkelt. (...) Så jag tror det handlar om okunskap. Jag tror vi barnmorskor har för dålig sex- och samlevnadsundervisning.” – Emelie

Att hitta rätt tillfälle för samtal kring sex och samliv

Föräldrautbildning och efterkontroll

Barnmorskorna berättar att samtal om sex och samliv inte utförs på rutin under de enskilda besöken på barnmorskemottagningen, däremot handlar en av träffarna under föräldrautbildningen om relation och samliv. De förklarar vidare att föräldrautbildningen sker i grupp med förstagångsföräldrar och hålls oftast i slutet av graviditeten. Under träffen får föräldrarna bland annat information och statistik kring hur ofta par med små barn brukar ha sex och kan då förstå att det är normalt att samlivet förändras. Samtalet på träffen handlar främst om tiden efter förlossningen och inte om samlivet under graviditeten. Barnmorskorna upplever att paret inte ställer frågor om sex och samliv under föräldrautbildningen och väldigt sällan under det enskilda besöket efteråt.

“Jag har ju föräldrargruppen (...) och då pratar jag ganska mycket, men jag får aldrig någon fråga om det [om sex och samliv].” – Emelie

I basprogrammet ingår en efterkontroll som erbjuds sex till tolv veckor efter barnets födelse. Det finns rutiner för vad efterkontrollen ska innefatta så att ingen del glöms bort. Det handlar bland annat om att fråga hur kvinnan mår efter förlossningen och att eventuellt göra en gynekologisk undersökning för att se hur bristningar läkt. Det känns naturligt för barnmorskorna att på efterkontrollen prata om samliv, fysiska förändringar och när paret kan återuppta samlivet. De kan fråga om paret haft penetrerande samlag och hur det kändes.

“Jag pratar alltid sex på efterkontrollen, alltid!” – Emelie

Enskilt besök och i grupp

Barnmorskorna berättar att bäst förutsättning för samtal om sex och samliv är när paret och barnmorskan har en god relation och hon upplever att paret känner tillit till henne. Det är positivt när båda i paret är med så att de får samma information och har möjlighet att ställa frågor under enskilt besök. Det är ett bra tillfälle att prata om sex och samliv på den fortsatta inskrivningen runt graviditetsvecka tolv, då är oftast partnern med på besöket.

“När man träffas andra gången eller när det har gått en bit in i graviditeten för jag tror att också det kräver lite förtroende från deras sida gentemot mig att ta upp det [sex och samliv].” – Ina

...”att det skulle nästan vara en punkt, sex och samlevnad på inskrivningssamtalet eller kanske andra besöket när man känner att man är lite mer varm i kläderna. Man kanske inte behöver fråga en patient första kvarten ‘hur ligger ni liksom, hur funkar det?’ Man kanske behöver känna varandra lite bättre för det. För att känna av också lite hur patienten ställer sig till att man ställer en sådan fråga.” – Jeanette

Ibland tycker barnmorskorna att det är svårt att samtala om sex och samliv när båda i paret är med. Då kan barnmorskan ta upp ämnet med kvinnan när hon kommer ensam.

Barnmorskorna upplever att paret kan ha svårt för att samtala med dem om paret inte har en öppen dialog kring sitt sex- och samliv med varandra.

Barnmorskorna upplever att det är svårare att prata om sex och samliv ju fler personer som befinner sig i rummet utöver paret, exempelvis syskon, studenter eller tolk. De upplever även att det under föräldrautbildningen är svårare att föra en dialog eftersom den sker i grupp och de får sällan frågor kring sex och samliv från föräldrarna då. Att träffas i grupp kan vara ett hinder när känsliga samtalsämnen ska diskuteras då paret inte vill uppfattas som att just de har problem med sin relation eller sitt sexliv. Det är fortfarande viss tabu att tala om sex vilket är ett hinder för dialog.

*“...där kan det ju nästan bli lite jobbigare att prata om eftersom man sitter med folk som man inte... Kanske inte vill dela med sig av sina frågor eller funderingar i en stor grupp” –
Thea*

Tiden räcker inte till

Barnmorskorna upplever att de har för lite tid och för korta besök med paret för att hinna prata i lugn och ro om sex och samliv med dem. Samtal om alkohol och tobak förs rutinemässigt enligt basprogrammet och det är mycket som barnmorskan ska hinna informera om och utföra under de enskilda besöken. Därför kan samtal om relationen och den sexuella hälsan glömmas av eller prioriteras bort. Ytterligare en anledning till att det glöms av är att det inte går att finna i basprogrammet. När barnmorskan planerat att samtala om sex och samliv kan det dyka upp akuta tillstånd som behöver åtgärdas direkt såsom anemi, infektion eller minskade fösterrörelser. Fokus ligger ofta på hur barnet mår, hur det rör sig och att graviditeten fortlöper normalt. Barnmorskorna menar att paret får så mycket information om allt annat men inte om vilka förändringar de kan förvänta sig i relationen. De anser också att vården kring det gravida paret har blivit mycket mer medicinskt inriktad och det är mycket som ska screenas och informeras om på de korta besöken.

“Ja sex och samlevnad är en viktig del i min yrkesroll tycker jag, men den får alldeles för lite plats, så kan man säga.” – Jeanette

”Det andra löser sig ju självt på något sätt jag menar amningen är ju också begränsad och kroppen läker sig, det gör den även om man inte tror det och preventivmedel är ju bra att ha men jag menar det är ju relationen som är livslång förhoppningsvis. Och kanske då inte är det med tanke på att det är många som bryter upp efter barnafödandet.” – Ina

Att bjuda in till samtal

För att lättare inleda samtal om sex och samliv berättade barnmorskorna att de kan fråga hur paret har det tillsammans, hur de upplever att deras relation är, om det är okej att prata om ämnet, om de är rädda för att ha samlag under graviditeten eller hur ofta de har samlag. De berättar för paret att ett bra sexliv inte behöver innefatta penetrerande samlag. Barnmorskan frågar vad de har för erfarenheter, förväntningar och hur de tänker att tiden efter förlossningen kommer att bli. De anser att det kan vara bra att fråga om lov att ge information, visa för paret att de får prata om vad som helst när de kommer på kontroll och att barnmorskan är villig att prata om sex och samliv.

”Jag tror det är viktigt att man inte går på i ullstrumporna heller och pratar för mycket [om sex och samliv] utan bara att man berättar ‘du får prata om det om du vill’.” – Emelie

”Så att det viktiga är väl att på något sätt förhoppningsvis kunna känna efter vad är det här paret, den här kvinnan, mottaglig för just nu. Och kanske också säga ‘tycker ni att det är okej om vi pratar om sex och samlevnad idag?’.” – Ina

Barnmorskorna menar att det kan finnas en risk att paret känner sig kränkta om hon frågar om deras samliv utan att först ta reda på om de är intresserade av att erhålla information. Det kan kännas obekvämt för barnmorskan om paret inte alls är intresserade av att lyssna.

Barnmorskorna upplever att det är lättare att prata om sex och samliv med paret när de är mottagliga för och intresserade av informationen. Det är viktigt att vara lyhörd för vad paret är intresserade av att höra och anpassa samtalet därefter. Sex och samliv är en komplex fråga som ibland är svår att beröra men oftast upplever barnmorskorna att det känns naturligt och går lätt att samtala om.

”Om man har känslan av att de inte vill prata om det. Då blir det ju väldigt ensidigt. Och då kan jag nog kanske till och med någon enstaka gång tycka att det nästan är lite pinsamt. Och man förstår att det här är någonting som absolut inte de vill prata om.” – Ina

”Jag tror att man får försöka lägga det på patientens nivå och man märker ju väldigt tydligt att vissa är öppna och pratar vitt och brett om hur de gör och inte gör det och sådär” – Jeanette

Diskussion

Metoddiskussion

Vi har valt att inte lägga vår förförståelse åt sidan men försökt att vara medvetna om den under hela processen. Förförståelsen och våra förutfattade meningar har påverkat hela studien då vi under praktik på barnmorskemottagning uppmärksammade fenomenet vi valt att studera. Förförståelsen har även påverkat intervjumaterialet genom följdfrågor efter de öppna frågorna och även tolkningen i analysen.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet användas för att beskriva resultatets trovärdighet. Citat presenteras i resultatet för att stärka studiens giltighet. Alla intervjuer genomfördes gemensamt. Analysprocessen genomfördes i enlighet med Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av analys av kvalitativ data. Intervjuerna lästes och analyserades först var för sig och sedan tillsammans för att verifiera resultatet som framkom och hitta variationer. Underkategorier och kategorier utarbetades tillsammans för att uppnå samstämmighet vilket ökar tillförlitligheten. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ökar resultatets överförbarhet när en utförlig beskrivning av datainsamling och analysprocess ges.

Informanterna står beskrivna i metodavsnittet. Barnmorskorna har olika lång erfarenhet och utbildning, är i olika åldrar och arbetar i olika stadsdelar vilket medför en variation i resultatet. Flera av informanterna är utbildade inom sexologi och intresserade av att prata om sex och samliv vilket kan ha påverkat studiens resultat. Studiens trovärdighet kan ha påverkats av detta då de flesta barnmorskor i Sverige inte har vidareutbildat sig inom sexologi. Resultatet hade kanske blivit mer varierat om fler barnmorskor utan utbildning inom sexologi medverkat. Endast fyra barnmorskor intervjuades då det var svårt att värva deltagare på grund av hög arbetsbelastning och tidsbrist. Tre barnmorskor exkluderades då intervjuerna inte kunde genomföras inom studiens tidsram. Det hade varit önskvärt att få fler informanter och därmed ett större datamaterial. Dessvärre var det få barnmorskor som visade intresse eller hade tid att delta. De informanter som deltog beskrev mycket liknande erfarenheter vilket ändå gav ett samlat datamaterial. Längd på yrkeserfarenhet verkade inte ha någon större betydelse, däremot var utbildning av betydelse då de som läst sexologi oftare samtalade om sex och samliv. En utförlig beskrivning av urval ökar resultatets överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim 2012).

Informanterna fick välja tid och plats för intervjun. Enligt Trost (2010) är det viktigt att informanten känner sig trygg i miljön som intervjun genomförs i. Intervjuerna spelades in med en diktafon som placerades på ett bord mellan informanten och intervjuarna. Att bli

inspelad kan leda till att informanten känner sig obekvämt eller hämmad. Oftast glöms diktafonen av efter en stunds samtal (Trost, 2010). Av de anledningarna inleddes intervjuerna med öppningsfrågor som bland annat handlade om var och hur länge barnmorskan arbetat. Enligt Trost (2010) förbättras intervjutekniken i takt med att fler intervjuer utförs. I studien transkriberades intervjuerna i anslutning till intervjutillfället och brister i intervjutekniken uppdagades som kunde justeras och förbättras till nästa intervju.

Att använda semistrukturerade intervjuer passar väl in med studiens syfte att belysa barnmorskors erfarenheter. Under intervjuerna användes två öppna frågor och ytterligare fem fanns förberedda att användas vid behov. Utifrån vad informanten svarade ställdes passande följdfrågor. Att ha flera förberedda frågor att välja bland underlättade samtalet för att få information som besvarar studiens syfte.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie beskriver barnmorskor erfarenheter av samtal kring sex och samliv med det gravida paret. Barnmorskorna anser att ämnet oftast tas upp någon gång under graviditeten och att det ibland är de som initierar samtalet och ibland paret. Det är vanligt att ämnet berörs då paret frågar om något annat eller när kvinnan till exempel haft en vaginal blödning. För att underlätta samtalet och för att inte kränka paret anser barnmorskorna att det är viktigt att ta reda på parets intresse av samtal innan det inleds. Det finns ingen rutin att beröra ämnet under graviditetskontrollerna förutom på efterkontrollen där samtalet känns naturligt för barnmorskan att genomföra. Under graviditeten förekommer samtal om sex och samliv på föräldrautbildningen. Barnmorskorna upplever dock att de sällan får frågor från paren vilket de tror kan bero på att träffen utförs i grupp. De anser att enskilt besök ger bäst förutsättning för samtal om sex och samliv. Den vanligaste frågan paren ställer är om sex och samlag kan skada barnet eller orsaka graviditetskomplikationer. Barnmorskorna anser att det är viktigt att förklara anatomin för paren vilket med fördel kan göras med hjälp av en bild av kvinnans inre könsorgan. Vidare anser de att det är viktigt att paret får information kring hur bland annat kroppen och lusten förändras under graviditeten. En förutsättning för samtal är att inneha kunskap kring ämnet som ska diskuteras. Det gör att barnmorskorna känner sig bekväma och att de då oftare initierar samtal. De anser dock att undervisningen kring sex och samliv är bristfällig under barnmorskeutbildningen och därför har flera av dem valt att komplettera med kurser inom sexologi. En viktig förutsättning för samtal är att det finns tid till det. Barnmorskorna menar att vården med tiden blivit mer medicinsk och att de därför sällan har utrymme för samtal kring ämnen som inte återfinns i basprogrammet, det glöms av eller prioriteras bort.

Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskor ha förmåga att ge information och undervisning om sexualitet och samlevnad ur ett livscykelperspektiv (Socialstyrelsen, 2006). I barnmorskeprogrammet ingår det begränsad utbildning kring sex och samlevnad och alla

barnmorskor i studien belyser detta. De anser att det behövs kunskap för att känna sig bekväm och för att våga fråga paret om deras sexliv och relation. Att kunskap främjar samtal kring sex och samlevnad styrks av Reynolds, Galvin & Magnan (2006). De barnmorskor som läst sexologi kände sig mycket bekväma i att prata om sex och samliv och uppgav att de ofta tog upp ämnet. Enligt Foux (2008) kan patienten känna sig tryggare att berätta om relationsproblem när barnmorskan visar att hon är bekväm med att prata om intimitet och sexualitet. Barnmorskorna anser att det ibland kan underlätta samtalet om sex och samliv när endast kvinnan är närvarande vid besöket. Enligt Hinchliff, Gott, och Galena (2004) samt Olsson et al. (2005) kan det vara lättare att prata om sex och samliv med en person av samma könstillhörighet.

Enligt Fors (2014) kan samtalet ofta påbörjas med hjälp av öppna frågor. Frågorna leder till att patienten själv får bestämma innehållet i samtalet vilket barnmorskorna i föreliggande studie också beskriver. Barnmorskorna upplever även att en stor mängd information ska ges under graviditeten vilket leder till att de inte hinner samtala om sex och samliv. Vinthagen (2013) belyser att det är vanligt med envägskommunikation inom vården då barnmorskan överöser paret med information. Enligt Fossum (2013) blir samtalet vid envägskommunikation asymmetriskt och kan då bli ineffektivt. Istället menar Vinthagen (2013) att barnmorskan bör eftersträva en tvåvägskommunikation och därmed skapa en dialog med paret. Paret känner sig då mer delaktiga i sin vård och en stödjande relation mellan dem och barnmorskan kan skapas. Fors (2014) och Andersson (2013) menar att det är av stor vikt att barnmorskan lyssnar aktivt och intresserar sig för parets berättelse. Både den verbala och icke-verbala kommunikationen har betydelse för samtalet. Inom det personcentrerade samtalet är framförallt den icke-verbala kommunikationen central. Barnmorskorna i föreliggande studie berättar att när de observerar kvinnan eller paret kan förstå att något inte är som det ska i deras relation och kan då ställa frågor om hur de har det i sitt samliv.

När barnmorskan ser kvinnan som en helhet antar hen ett holistiskt perspektiv (Eriksson, 2014; Medin & Alexanderson, 2000). Barnmorskan bör inte enbart se kvinnan som en person som är gravid där graviditet och foster behöver övervakas utan som en person med tankar, förväntningar, oro, erfarenheter och önskemål (Rooks, 1999). För att överhuvudtaget kunna initiera ett samtal om sex och samliv behöver barnmorskan alltså se kvinnan som en unik individ som inte enbart är gravid. Sexuell hälsa är en viktig del för att känna välbefinnande (WHO 2016) och det ingår i barnmorskans hälsofrämjande arbete att stärka och bibehålla kvinnans hälsa. Barnmorskorna påpekar att vården har blivit allt mer medicinsk och det ska screenas för olika riskfaktorer under graviditeten. Det kan innebära en risk för att den hälsofrämjande vården får ett patogent synsätt istället för ett salutogent synsätt. Det kan också leda till att samtal om sex och samliv endast sker när kvinnan har något problem som samlagssmärta eller blödning.

Det är av betydelse att vårdpersonalen berättar för och ger råd till blivande föräldrar angående känslomässiga och sexuella förändringar under och efter graviditeten (Aslan et al., 2005; Bartellas et al., 2000; Von Sydow, 1999) vilket även barnmorskorna i studien anser. Det finns

ingen mall eller rutin för att prata om sex och samliv som det gör för alkohol och tobak vilket kan leda till att barnmorskans eget intresse för ämnet spelar stor roll för om samtalet överhuvudtaget blir av. Enligt Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) svarar vårdpersonal gärna på patientens frågor men tar inte upp ämnet rutinmässigt trots kunskapen om att sexuell hälsa är en viktig del av människors liv. Barnmorskorna i föreliggande studie säger ofta emot sig själva och verkar inte ha reflekterat över hur och när samtalet kring sex och samliv uppstår samt vad det innehåller. Kanske kan det bero på att det inte finns en rutin att prata om sex och samliv och istället får den enskilda barnmorskan bestämma om samtalet utförs. En del barnmorskor förlitar sig på att ämnet berörs under föräldrautbildningen eller att paret själva ställer frågor. Föräldrautbildningen hålls oftast i slutet av graviditeten medan Foux (2008) menar att information kring sex och samliv borde ges i början av graviditeten då paret kan vara för trötta eller fokuserade på andra saker i slutet av densamma.

Det känns viktigt för barnmorskorna att skapa en god relation med paret innan de diskuterar deras sexliv vilket även Gott et al. (2004) och Hinchliff et al. (2004) anser. De påpekar att tidsbrist är en faktor som negativt påverkar relationsbyggnaden. Enligt Gott et al. (2004) är tidsbrist en av orsakerna till att sexuell hälsa prioriteras lågt. Barnmorskorna anser att frågor om något så intimt som sex och samliv ibland kan upplevas kränkande och det kan vara lättare att inleda samtalet genom att fråga vad paret vill veta. Barnmorskorna uttrycker att det skulle vara intressant att veta om föräldrarna önskar att barnmorskan ska initiera samtalet om sex och samliv. Enligt Foux (2008) behöver många par få bekräftat att samlag inte kan skada barnet eller graviditeten. Det är få kvinnor som känner sig bekväma med att ställa frågor kring sex och samliv till vårdpersonalen (Bartellas et al., 2000).

Barnmorskorna berättar att de pratar om sex och samliv i samband med efterkontrollen då de frågar om kvinnan behöver preventivmedel och kontrollerar bäckenbottenmuskulaturens knipförmåga. Barnmorskorna upplever att det då blir en naturlig övergång till ämnet precis som forskning styrker (Hinchliff et al., 2004; Olsson et al., 2005).

Slutsats

Barnmorskorna anser att det är viktigt att samtala om sex och samliv med de blivande föräldrarna men att det ofta glöms eller prioriteras bort. Det är sällan barnmorskan initierar samtalet då hon förlitar sig på att paret ställer frågor vid behov eller att ämnet berörs under föräldrautbildningen. Barnmorskorna upplever att de sällan får frågor från paren och att den vanligaste frågan är om samlag kan skada barnet. Det är viktigt att barnmorskan dementerar den fördomen. Barnmorskorna anser även att det är viktigt att förbereda paret på kommande förändringar, både i kvinnans kropp och i parets relation. Barnmorskorna upplever att det krävs en etablerad relation mellan henne och paret för att kunna föra samtal kring intima ämnen. Det är också viktigt att barnmorskan har kunskap för att känna sig bekväm med att samtala om sex och samliv. Utbildningen kring sex och samlevnad i barnmorskeprogrammet är begränsad vilket alla barnmorskor i studien belyser. Flera av barnmorskorna kompletterade sin utbildning med kurser inom sexologi för att kunna svara på parens frågor. Barnmorskorna önskar att samtal kring sex och samliv ska finnas med i basprogrammet för att undvika risken att ämnet inte berörs under graviditetskontrollerna.

Framtida forskning

Det vore intressant att undersöka föräldraparens behov av samtal kring sex och samlevnad i samband med graviditet. En sådan studie kan hjälpa barnmorskan att utforma innehållet i samtalen under graviditetskontrollerna.

Referenslista

- Abouzari-Gazafroodi, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2015). Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reproductive Health, 12*(1), 72. doi:10.1186/s12978-015-0065-0
- Ahmed, M., Madny, E. & Sayed-Ahmed, W.(2014). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *The Journal of obstetrics and Gynaecology Research, 40*(4), 1023-1029. doi:10.1111/jog.12313
- Andersson, S-O. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl. ed.) (s. 113-146). Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A., Cederblad, M., Elfstadius, M., & Lundh, L. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Ispahi, Ç., & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research, 17*(2), 154-157. doi:10.1038/sj.ijir.3901288
- Bartellas, E., Crane, J. M. G., Daley, M., Bennett, K. A., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 107*(8), 964-968. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy: Sexuality and pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 39*(6), 1165-1172. doi:10.1111/jog.12048
- Eriksson, K. (2014). *vårdprocessen* (5. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- FN. (2014). Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994 Twentieth Anniversary Edition. UNFPA. ISBN: 978-0-89714-022-5.
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård: från filosofi till praktik* (s.226-244). Stockholm: Liber
- Fossum, B. (2013a). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl. ed.) (s. 23-50). Lund: Studentlitteratur.

- Fossum, B. (2013b). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl. ed.) (s. 199-222). Lund: Studentlitteratur.
- Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: Does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 271-277. doi:10.1080/14681990802226133
- Gerda, T., Josef, H., Uwe, L., & Edgar, P. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(4), 282-287. doi:10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). "opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528-536. doi:10.1093/fampra/cmh509
- Graneheim, U. H., Lundman, B., Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad, & Medicinska fakulteten. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2004). GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. *European Journal of General Practice*, 10(2), 56-60. doi:10.3109/13814780409094233
- Hulter, B. (2004). Sexualitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2016). Kvinnohälsa och sexualitet i livets olika skeden. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa -barnmorskans kompetensområde* (s. 65-67). Lund: Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives. 2014. International Code of Ethics for Midwives. Hämtad 2016-12-28 från http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor, barnmorska och barnaföderska*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Küçükduymaz, F., Efe, E., Malkoç, Ö., Kolus, E., Amasyalı, A., & Resim, S. (2016). Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Türk Uroloji Dergisi*, 42(3), 178-183. doi:10.5152/tud.2016.49207
- Kunskapsstöd för mödrahälsovården. (2014) hämtat 2016-11-03 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

- Leite, A. P. L., Campos, A. A. S., Dias, A. R. C., Amed, A. M., De Souza, E., & Camano, L. (2009). *Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy*. SAO PAULO: Associação Médica Brasileira. doi:10.1590/S0104-42302009000500020
- Lewis, J.A., & Black, J. (2006). Sexuality in women of childbearing age. *Journal of Perinatal Education*, 15(2), 29–35
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U.H., (2012). Kvalitativ innehållsanalys. i: M. & H. N. B. Granskär, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, pp. 187-201.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: En litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2016). *Holism*. Hämtat, 2017-01-12, från, <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/holism>
- Norberg, A., Engström, B., & Nilsson, L. (1994). *God omvårdnad: Grundvärderingar* (1. uppl. ed.). Stockholm: Bonnier utbildning.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381-387. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x
- Oscarsson, M.,(2014). Barnmorska. I L. Nordgren & S. Almerud Österberg, (red.) (2014). *Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska: utbildningar för framtiden*. (s.219-233).(1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7.th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reynolds, K. E., Galvin, E. A., & Mangan, M. A. (2006). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Dermatology Nursing*, 18(5), 448.
- Rogers, M.(1983). Sex during pregnancy: Common Questions and practical answers. *Journal of the national Medical association*, 75(11), 1087-1095.
- Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4), 370-374. doi:10.1016/S0091-2182(99)00060-9
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2015. Termbank. Hälsöfrämjande åtgärd. Hämtat, 2016-12-23, från, <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=407>
- Sos 1996:7. *Hälsovård före, under och efter graviditet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården- en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Sverige. Utrikesdepartementet. (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter: Elektronisk resurs*. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4., [omarb.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2016). Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtat 2017-01-11, från, <http://www.codex.vt.se/texts/HSFR.pdf>
- Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl. ed.) (s. 73-110). Lund: Studentlitteratur.
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49. doi:10.1016/S0022-3999(98)00106-8
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl. ed.) (s. 37-53). Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2016). *Sexual and reproductive health: Defining sexual health*. WHO. Hämtat 2016-11-06, från, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Bilaga 1

Intervjufrågor

”Hur samtalar du med det gravida paret kring sex och samliv?” var den inledande öppna frågan under intervjun. Följande frågor kunde användas om intervjun stannade av eller för att bredda svaren:

- Vilka kunskaper upplever du att föräldraparen har kring sex och samliv?
- Vad tycker du är viktigt gällande sex och samliv under graviditet?
- Vilka är de vanligaste frågor/funderingar föräldraparet har gällande sex och samliv?
- Vad tycker du är viktigt att informera om/prata om med paret gällande sex och samliv under graviditeten?
- När samtalar du om sex och samliv med det gravida paret?

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Studier har visat att upp till 86 procent av de gravida kvinnorna upplever problem i sexlivet under graviditeten och att det är få av dem som pratar med sina vårdgivare om detta. Många av de blivande föräldrarna är oroliga för vad samlag kan ha för konsekvenser under graviditeten, t. ex att skada barnet eller att orsaka prematur förlossning. Ett sämre fungerade sexuellt samliv under graviditet kan påverka relationen negativt. Det finns få studier som beskriver om barnmorskan pratar om sex och samliv med den gravida kvinnan.

Avsikten med studien är att beskriva barnmorskors samtal med den gravida kvinnan och hennes partner kring sex och samliv under graviditeten.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av barnmorskor som arbetat minst 1 år på barnmorskemottagning. Beräknad tid för samtalet är cirka 30-60 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör samtal om sex och samliv under graviditet.

Du får med egna ord berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band. Allt material behandlas konfidentiellt och din identitet kommer inte att röjas. Efter avslutad rapport raderas intervjun.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta medverkan utan att behöva specificera varför. Du kan eventuellt komma att kontaktas efter intervjun för kompletterande information som berör studiematerialet.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om samtal om sex och samliv under graviditet. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Jessica Alm Bheekharry
Leg. Sjuksköterska
Tel: xxxx – xx xx xx
E-mail: xxx

Camilla Lado
Leg. Sjuksköterska
Tel: xxxx - xx xx xx
E-mail: xxx

Handledare
Elisabeth Jangsten
Tel: xxx – xxx xx xx
E-mail: xxx