

Seksuel sundhed og svær overvægt

Fænomenologisk undersøgelse af kvinder med svær overvægt og deres oplevelse af samtalen om seksuel sundhed og sundhedsfagliges kompetencer

Af: Trine Klindt, klinisk diætist, cand.scient.san., redaktør for *Diætisten* og projektleder i *Kost og Ernæringsforbundet*.

Kontakt: trineklindt@gmail.com

Artiklen bygger på et kandidatspeciale fra den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Syddansk Universitet, 2025.

Seksuel sundhed er vigtig! Således mener 88 % af mænd og 73 % af kvinder i Danmark, at det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (1). Meget tyder dog på, at problemer med seksualiteten er svær at tale om for både patienten og den sundhedsfaglige - og samtalen bliver tilsyneladende mere kompleks, når patienten samtidig har svær overvægt (2).

Undersøgelsen, som ligger til grund for denne artikel, fokuserer kun på kvinder for at indskrænke målgruppen, og fordi der er forskel på både typen og prævalensen af seksuelle problemstillinger for de forskellige køn (1).

Baggrund

Selvom seksualitet har stor betydning for danskernes oplevelse af egen sundhed og trivsel, oplever næsten en fjerdedel af voksne danskere at have en grad af seksuel dysfunktion. Prævalensen stiger bl.a. med stigende BMI, dog med en tendens til, at et meget lavt BMI (< 18,5) giver næsten samme billede som højt BMI (> 30) (1). Seksuel dysfunktion kan lede til både fysisk, psykisk og social mistrivsel, og omvendt kan almene sundhedsbelastninger som f.eks. svær overvægt resultere i problemer af seksuel og relationel karakter (3–8). Sammenhængen ser ud til at være kompleks på den måde, at seksuel dysfunktion er forbundet til negativ kropsofattelse og dårligt selvværd, som ses hyppigere hos kvinder med højt BMI ift. kvinder med et BMI i normalområdet (6,8–13). Opsporing og evt. behandling af seksuel dysfunktion hos kvinder med svær overvægt kan yderligere blive problematisk, fordi både seksualitet og svær overvægt er tabuiserede emner i mødet med sundhedsvæsenet (14–17). Med udgangspunkt i de beskrevne problemstillinger fandt jeg det derfor relevant undersøge: *Hvordan kvinder med svær overvægt oplever, erfarer og forholder sig til samtalen om seksuel sundhed i mødet med sundhedsvæsenet, og hvilke tanker gør de sig om den sundhedsfagliges kompetencer i den sammenhæng?*

Metode

Indledningsvist har jeg foretaget en litteratursøgning, som både omfattede en simpel Googlesøgning og en bloksøgning i PubMed og PsycINFO. Efterfølgende foretog jeg en citationssøgning på udvalgte studier.



Undersøgelsesspørgsmålet blev formuleret på baggrund af litteratursøgningen. Herefter lavede jeg en kvalitativ undersøgelse, hvor empirien bestod af seks semistrukturerede enkeltinterviews, som efterfølgende blev analyseret med udgangspunkt i en deskriptiv fænomenologiske analysemodel (18).

Det teoretiske ståsted er fænomenologisk, med særlig inspiration fra Merleau-Pontys kropsfænomenologi, som bl.a. indebærer en forståelse af, at virkeligheden opleves og erfares gennem kroppen (19).

Resultater

De seks interviews blev alle inkluderet i analysen. Deltagerne var kvinder mellem 37 og 51 år og bosat i forskellige egne af Danmark. Tre var i et fast parforhold, og tre var singler, hvoraf én var homoseksuel. Fem ud af de seks interviews blev foretaget over den digitale platform Teams, og alle interviews blev transskriberet manuelt umiddelbart efter, de var foretaget.

Efter en deskriptiv fænomenologisk analyse af hvert interview blev der skabt en generel beskrivelse af de undersøgte fænomener på tværs af alle seks interviews. Ud over de to fænomener, som fremgår af problemformuleringen: Samtalen om seksuel sundhed og den sundhedsfagliges kompetencer, fremkom yderligere to fænomener: eget kropsbillede og perspektiver på svær overvægt, sundhed og seksualitet, som gik igen på tværs af alle seks individuelle analyser.

Overordnet fandt jeg i analysen beskrivelser af, hvordan deltagernes eget kropsbillede som voksne i høj grad er påvirket af, hvordan deres krop er blevet omtalt og opfattet af nærmeste familie, venner og sundhedspersoner, da de var børn. Det fokus, der i barndommen var på, at deres krop var forkert, har medført en flovhed over egen fysisk fremtoning, som har påvirket deltagernes væren-i-verden igennem hele livet. To af deltagerne udtrykker det bl.a. således:

"...altså da jeg gik i skole, der har sundhedsplejersken altid holdt øje med og sagt, at jeg lå lige på grænsen og jeg skulle passe på og... så jo, egentlig har jeg hørt det hele min barndom". (...) "... altså jeg synes, der var et for stort fokus på det, fordi hvis jeg ser billeder og sådan noget, så tænker jeg; altså jeg ser faktisk helt normal ud." (Kvinde, 43 år)

"Så det var bare ikke særlig rart. Så før jeg egentlig overhovedet, sådan havde dannet mig – hvad skal vi sige – et indtryk af, hvordan min krop den var og sådan noget, så var der jo allerede nogen, der havde defineret det for mig og det var forkert." (Kvinde, 41 år)

Analysen viste desuden, at samtalen om seksuel sundhed med en sundhedsfaglig generelt er svær. Skal kvinderne i undersøgelsen investere i samtalen om seksuel sundhed i mødet med sundhedsvæsnen, er det vigtigt for dem, at samtalen handler om netop dette emne og ikke deres overvægt.

Det er samtidig vigtigt, at der først er skabt en god og tryk relation, og den sundhedsfaglige selv er komfortabel med at tale om patientens seksualitet. Derudover er der enighed om, at uanset hvilken sundhedsfaglighed der skal varetage samtalen om seksuel sundhed og den eventuelle behandling af seksuel dysfunktion, bør vedkommende have en eller anden form for specialuddannelse indenfor sexologi og gerne også en stor viden om livet med svær overvægt. Eller som én af deltagerne udtrykker:

"(...) hvis man alligevel IKKE tænker, at den der sidder overfor, rent faktisk ved nok, eller er specialiseret nok, men måske kan gi' dig nogle råd, som i bund og grund mange kunne google sig til, så, så tror jeg mig, og mange andre, ville tænke, det var ikke det værd – det har vi ikke lyst til." (Kvinde, 38 år)

Nogle af de mest gennemgående beskrivelser i analysen handler om mødet med sundhedsvæsnen, når man har svær overvægt. Deltagerne har utallige oplevelser af, hvordan deres kropsvægt virker altoverskyggende ift. stort set alle andre tilstande eller sygdomme, som ellers var årsagen til deres henvendelse. Overvægten beskrives som en mur eller en barriere, den sundhedsfaglige har meget svært ved at se igennem eller uden om, medmindre de er specialister inden for et behandlingsområde. Ellers bliver overvægten ofte italesat som årsagen til tilstanden eller sygdommen og væggtab som eneste løsning – også i en sådan grad, at nogle af deltagerne har oplevet, at andre og måske mere alvorlige symptomer ikke opdages. En beskriver oplevelsen med sundhedsvæsnen sådan:

"(...) for mig er det naturligt, fordi jeg har levet med overvægt så mange år, at sundhedssystemet er der ikke på samme måde for at hjælpe mig – medmindre emnet drejer sig om overvægten og hvordan kommer vi den til livs." (Kvinde, 38 år)

Ift. seksualiteten hos kvinder med svær overvægt har de fleste af deltagerne i denne undersøgelse erfaret, at deres overvægt er tæt forbundet med et lavt selvværd og en negativ kropsopfattelse, som også påvirker deres seksuelle sundhed negativt. Disse fund korrelerer med litteraturen om emnet. Det ser ud til, at både ydre og indre stigmatisering har indflydelse på mekanismen. En af deltagerne beskriver sin indre stigmatisering sådan:

"(...) der er da ikke nogen, der har lyst til at kigge på sådan en som mig eller røre ved sådan en som mig - og når man går med de tanker dag efter dag, så bliver det også noget du tror på, og så kommer du til at handle efter det. Og det, der er det værste ved det hele ik' - så trækker du dig rigtig meget fra folk, og har ikke lyst til, at der er nogen form for berøring, og så er det jo først der, det går helt galt." (Kvinde, 41 år)

Et par af deltagerne har dog, med hjælp fra andre, arbejdet så meget med sig selv (psykisk), at i hvert fald den indre stigmatisering er reduceret væsentligt, hvilket også har påvirket

deres seksuelle sundhed i en positiv retning. En af de deltagere, som har oplevet denne udvikling, forklarer det sådan:

"Jeg tror, det handler bare om at møde det rigtige menneske, som bare ser én for den man er. Som ikke ser kiloene, men ser det, der er inde bag ved." (Kvinde, 42 år)

Diskussion

Ifølge kropsfænomenologien er kroppen noget vi er, ikke noget vi har, og kroppen er derfor, på en intim måde, forbundet med vores oplevelser af verden (19). Det er gennemgående, at deltagerne i denne undersøgelse generelt har en oplevelse af, at både mennesker i deres nære omgangskreds og samfundet altid har haft en kraftig mening om deres krop – nemlig at den er forkert. Nogle af deltagerne har senere i livet bevidst arbejdet på at være kropsligt til stede i verden på en anden måde. I alle tilfælde har det været initieret af, at en anden har set på dem på en ny måde og i både handlinger og ord udtrykt accept og måske ligefrem værdsættelse af deltagerens krop, præcis som den er. Dette stemmer godt overens med resultaterne af en litteraturgennemgang af Tracy L. Tylka et al., der har kigget på både kvalitativ og kvantitativ forskning i, hvad et positivt kropsbillede er, og hvad der påvirker det. Her fremgår det, at et positivt kropsbillede bl.a. er forbundet med oplevelsen af, at andre accepterer ens krop, som den er (20).

Samtalen om seksuel sundhed

Deltagerne i undersøgelsen har generelt erfaret, at samtalen om seksuel sundhed er en svær og grænseoverskridende samtale - både for dem selv og den sundhedsfaglige. Det stemmer godt overens med litteraturen, der bl.a. konkluderer, at sundhedsfagliges samtale om seksuel sundhed med patienter ofte er præget af tovejs-tabu, som resulterer i, at hverken patienten eller den sundhedsfaglige tager hul på emnet (2). Resultater af et amerikansk scoping review af 33 studier (21 kvantitative, 10 kvalitative og 2 mixed methods) viste, at der er en åbenlys informationskløft mellem patienters behov og de sundhedsprofessionelles opfattelser og evner i forbindelse med samtalen om seksuel sundhed. Overordnet var der blandt patienter en opfattelse af, at det er den sundhedsprofessionelle, der skal tage initiativ til samtalen om seksuel sundhed i løbet af en konsultation. På den anden side ønskede de sundhedsprofessionelle kun samtalen, hvis patienterne selv bragte emnet op, og syntes desuden ikke, at de havde den fornødne ekspertise og følte sig bl.a. derfor ikke komfortable med samtalen. (21).

Blandt deltagerne i nærværende undersøgelse er der desværre også en frygt for, at samtalen kommer til at handle om overvægt, og det udgør en stor barriere ift., at deltagerne har lyst til at tale om deres seksuelle sundhed med en sundhedsfaglig person.

Den sundhedsfagliges kompetencer

Deltagerne gav dog klart udtryk for, at de gerne vil samtalen om deres seksuelle sundhed, hvis de kan være sikre på, at den sundhedsprofessionelle har specialistkompetencer indenfor området eller kan henvise til én, der har. Dette bunder i et ønske om, at samtalen kommer til at omhandle de(t) aktuelle problem(er) – og ikke deres vægt.

Ønsket om specialistkompetencer relaterer sig således til, at deltagerne har svær overvægt, da de gentagne gange har erfaret, at generalister i sundhedsvæsnet har svært ved at se ud over overvægten og blot forholde sig det problem, den lidelse eller sygdom, der er årsagen til henvendelsen. Det er ikke kun ift. seksuel sundhed, men ift. alle problemstillinger og sygdomme, som kan være årsag til henvendelsen. Denne problemstilling handler overordnet om vægtstigmatisering, som er en betegnelse for negative stereotyper rettet mod personer, der adskiller sig fra de dominerende normer for kropsvægt (14).

Konklusion

Et gennemgående fund er, at voksne kvinder med svær overvægt generelt gerne vil have en samtale om deres seksuelle sundhed i mødet med sundhedsvæsnet, hvis den igangsættes i en relevant sammenhæng, og først når der er skabt en tryk relation. Samtidig opleves samtalen som svær for målgruppen, da den kombinerer to tabubelagte og sårbare emner: seksualitet og svær overvægt. Deltagerne understreger dog, at samtalen om seksuel sundhed, netop bør handle om seksualitet – ikke om overvægten.

Kompetencekravene til den sundhedsfaglige handler både om faglig viden og personlige egenskaber såsom empati og en god situationsfornemmelse. Specialiseret viden inden for sexologi samt indsigt i livet med svær overvægt er samtidig en forudsætning for, at samtalen kan blive både meningsfuld og konstruktiv.

Undersøgelsen fandt desuden, at kvindernes oplevelse af deres krop i høj grad er formet af oplevelser i barndommen og den måde, de er blevet omtalt og set på i sociale sammenhænge igennem hele livet. De har siden barndommen oplevet deres krop som "forkert", hvilket har præget både selvværd og eget kropsbillede negativt, og oplevelsen af at være en "forkert" krop er en grundlæggende del af deres seksuelle identitet. Sammenhængen mellem svær overvægt og seksuel dysfunktion kan derfor ikke alene forklares fysisk, men er i høj grad medieret af lavt selvværd og et negativt kropsbillede. Dette understøttes af den inddragede litteratur, hvor netop kropsopfattelse og selvværd fremstår som stærkere prædiktorer for seksuel sundhed end BMI.

Perspektivering

Set i lyset af undersøgelsens og litteratursøgningens resultater synes det relevant, at seksuel sundhed i højere grad integreres som et naturligt og obligatorisk element i mødet med patienter generelt. Dette gælder særligt for grupper, der er i øget risiko for seksuel mistrivsel og dysfunktion, herunder kvinder med svær overvægt.

Det er dog centralt at sundhedsvæsnets har de rette kompetencer til rådighed. Det vil dels kræve efteruddannelse af eksisterende sundhedspersonale, så de bliver bedre klædt på til at indlede samtalen om seksuel sundhed og opspore seksuel dysfunktion. Dels en mere specialiseret indsats i form af ansættelse af sundhedsfaglige med specialistviden om sexologi til vejledning og behandling ved seksuel dysfunktion. En kombination kan være oplagt, hvor generel viden sikres bredt, mens mere komplekse problemstillinger håndteres af specialister (2). Kompetencekravene kan yderligere skærpes, når det gælder opsporing og behandling af seksuel dysfunktion hos mennesker med overvægt, da der her er nogle særlige problemstillinger pga. netop overvægten (2,12).

Yderligere perspektiver ift. kompetencekrav kunne være at inkludere en ny faggruppe i sundhedsvæsnets, nemlig sexologer, ligesom vi har fysioterapeuter, diætister, ergoterapeuter

mv., som kan varetage opsporing og behandling af andre livsstilsrelaterede risikofaktorer og sygdomme, som fx svær overvægt, underernæring, nedsat funktionsniveau og følgetilstande relateret til inaktivitet.



Referencer

1. Frisch M, Moseholm E et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet; 2019. Available from: www.projektsexus.dk (tilgået d. 22/1, 2026).
2. Jensen RH, Ajkunic E, Schrøder K. Danskere med svær overvægt har ondt i seksualiteten. *Månedsskrift for almen praksis*. 2020;794–801.
3. Aba YA, Avci D et al. Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Obesity and Associated Factors. *Sex Disabil*. 2021;39(3):543–54.
4. Bialorudzki M, Mazur J et al. Body weight and assessment of sexual life – a cross-sectional study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2024;31(2):212–8.
5. Fuchs[®] A, Dulcka A, Drosdzol-Cop A. Is weight just a number? Relationship between overweight, obesity and domains of sexual functioning among young women. *Ginekol Pol*. 2020;91(10):595–9.
6. Husain FS, Lulla D et al. Association between body mass index, body image and self-esteem with sexual function: A survey of young women in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2023;52(4):190–8.
7. Silva GMD Da, Lima SMRR et al. Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2019;41(11):660–7.
8. Taskin Yilmaz F, Karakoc Kumsar A et al. The effect of body image on sexual quality of life in obese married women. *Health Care Women Int*. 2019;40(4):479–92.
9. Carrilho PJF, Vivacqua CA et al. Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2015;37(12):552–8.
10. Di Nardo M, Conti C et al. What is the “weight” of body mass index on sexual functioning in women? A mediation model. *Eating and Weight Disorders*. 2021;26(6):1801–11.
11. Köse Z, Hodgson J, Cunningham K. Sexual Health of Women with Obesity: A Review of the Literature. *J Fem Fam Ther*. 2020;32:97–114.
12. Kragelund T. Overvægt og seksualitet. Aalborg Universitet; 2017. Available from: <https://projekter.aau.dk/> (tilgået d. 22/1, 2026).
13. Türkben Polat H, Kaplan Serin E. Self-esteem and sexual quality of life among obese women. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(3):1083–7.
14. Tolstrup J, Andreassen P et al. Vægtstigmatisering - Forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer. 2024. Available from: <https://vidensraad.dk/rapport/vaegtstigmatisering> (tilgået d. 9/2, 2026).
15. Sommer C. Husk patienternes seksualitet | dsr.dk. 2020. Available from: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fag-forskning-argang-2020-nr-1/husk-patienternes-seksualitet/> (tilgået d. 22/1, 2026).
16. Sommer C. Bryd tabuet med den hverdagssexologiske samtale | dsr.dk. Fag & Forskning. 2020;1:32–7. Available from: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fag-forskning-argang-2020-nr-1/bryd-tabuet-med-den-hverdagssexologis> (tilgået d. 22/1, 2026).
17. Sex & Samfund. Husk seksualiteten. Seksuel sundhed og trivsel for ældre og borgere med handicap og funktionsnedsættelser. 2024. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sexogsamfund.dk/files/media/document/Husk%20seksualiteten%2C%20digital.pdf> (tilgået d. 22/1, 2026).
18. Giorgi A. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press; 1985. p. 8–22.
19. Thøgersen U. Krop og faenomenologi En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi. 1st ed. Vol. 1. Academica; 2006.
20. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015;14:118–29.
21. Zhang X, Sherman L, Foster M. Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2020;103:2205–13.