

Hur upplever medmammor i ett lesbiskt förhållande mötet med barnmorskan inom mödrahälsovården?

FÖRFATTARE	Mozhgan Jalali
PROGRAM/KURS	Magisteruppsats Fristående kurs VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Tone Ahlborg
EXAMINATOR	Lena Mårtensson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Hur upplever medmammor i ett lesbiskt förhållande mötet med barnmorska inom mödrahälsovården?
Titel (engelsk):	How do partners in a lesbian relationship meeting with the midwife in maternity care?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	RPH030, 15 högskolepoäng/Fristående kurs
Kursbeteckning:	Examensarbete för magister i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Mozhgan Jalali
Handledare:	Tone Ahlberg
Examinator:	Lena Mårtensson

SAMMANFATTNING (svenska)

Introduktion: Antal regnbågsfamiljer kommer att öka i Sverige, eftersom fler homo- och bisexuella ställer sig positiva till eller planerar att skaffa sig barn. En del studier har gjorts om barn som lever med homosexuella föräldrar. Det finns även en del studier om pappors upplevelse under den tid par väntar barn och under förlossningsvården. Men kunskapen om hur medmammor i ett lesbiskt förhållande upplever barnmorskans bemötande på mödravården under den tid de väntar barn är begränsad. Studien kan förhoppningsvis bidra till större kunskap och förståelse för medmammor i ett lesbiskt förhållande. **Syftet:** Syftet med denna studie är att beskriva hur medmammor i ett lesbiskt förhållande upplever barnmorskans bemötande i mödrahälsovården under graviditeten.

Metod: Pilotstudie med tre lesbiska medmammor. Intervjuerna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i två huvudkategorier; upplevelse av bra bemötande / upplevelse av bristfälligt bemötande med följande underkategorier: känna sig sedd och väl mottagen, upplevelse av korrekt bemötande, känna sig delaktig, barnmorska reflekterade över heteronormativiteten och som lesbisk ge information om det lesbiska förhållandet/ brist på delaktighet, brist på egen uppmärksamhet som partner, känna sig kränkt, brist på flexibilitet hos barnmorska, brist på tillit till barnmorska och upplevelse av ovana och förvåning hos barnmorska. **Diskussion:** Det är viktigt som barnmorska att ha kunskap om hur lesbiska medmammor upplever mödrahälsovården under tiden de väntar barn. Denna kunskap kan förhoppningsvis bidra till att barnmorskan blir medveten om vissa brister som finns i bemötande av lesbiska klienter och detta leda till en förändring och förbättring i barnmorskans arbetssätt för att upprätthålla ett positiv och professionellt bemötande.

ABSTRACT

Introduction: The number of rainbow families will increase in Sweden as more gay and bisexual couples are in favor of, or plans to acquire children. Some studies have been conducted on children living with gay parents, and there are also some studies on fathers' experiences during the time couples expecting a child and maternity care. Still, the knowledge of how partners in a lesbian relationship experienced midwife's response to prenatal care during their pregnancy is limited. The study can hopefully contribute to greater knowledge and understanding of partners in a lesbian relationship. **The purpose:** The purpose of this study is to describe how partners in a lesbian relationship are experiencing midwifery treatment in maternal health during pregnancy. **Method:** Pilot study of three lesbian mothers. The interviews were analyzed according to qualitative content analysis. **Results:** The analysis resulted in two major categories: experience of great reception / perception of poor treatment by the following subcategories: being seen and well received, perceived correct response, feeling involved, midwife reflected on heteronormativity and lesbian mothers giving information on their relationships / lack of participation, lack of self-attention as a partner, feeling aggrieved, and lack of flexibility of midwives, lack of trust in the midwife's, lack of understanding and familiarity from the midwife. **Discussion:** It is important that midwives have knowledge of how partners in a lesbian relationship experiencing maternal health care while they're pregnant. This knowledge can hopefully contribute to the nurse becomes aware of certain shortcomings in the response of lesbians and clients that lead to a change and improvement in midwifery practices in order to maintain a positive and professional approach.

Key words: lesbians, homosexual, maternity care, midwife attitude, nurse attitude, attitude

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INLEDNING	5
BAKGRUND	
TEORETISK REFERENSRAM	6
Bemötande	
Heteronormativitet	7
Sexuell hälsa	7
Genusperspektiv	9
TIDIGARE FORSKNING	10
PROBLEMFÖRMULERING	13
SYFTE	13
METOD	13
ANSATS	13
URVAL OCH GENOMFÖRANDE AV PILOTSTUDIE	14
DATAINSAMLING	5
DATAANALYS	15
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
UPPLEVELSE AV BRA BEMÖTANDE	18
UPPLEVELSE AV BRISTFÄLLIG BEMÖTANDE	21
DISKUSSION	25
METODDISKUSSION	25
RESULTATDISKUSSION	26
REFERENSER	29
BILAGOR	34
1. Forskningspersonsinformation	34
2. Samtycke till deltagande	35
3. Verksamhetschefs godkännande av datainsamling	36

INLEDNING

Det var inte så länge sedan homosexualitet var en kriminell handling i Sverige.

År 1864 trädde en ny strafflag i Sverige i kraft. Brottsbalkens paragraf 18:10 löd: ”Övar någon med en annan person otukt som emot naturen är, eller övar någon otukt med djur; varde dömd till straffarbete i högst två år”. Lagen gällde både för kvinnor och för män (RFSL, <http://www.rfsl.se/?p=413>). Det var först År 1944 som homosexuella förbindelser avkriminaliserades mellan vuxna och år 1979 avskaffade Socialstyrelsen homosexualitet som sjukdomsbegrepp. Partnerskapslagen för homosexuella trädde i kraft 1995 och lagen om insemination för kvinnor som varit sambo eller registrerad partner med en annan kvinna trädde i kraft år 2005 i Sverige (RFSL;2009).

Ett steg till mer öppenhet i vården har varit den gynekologiska mottagningen som öppnades 1999 för lesbiska kvinnor i Stockholm. Många onödiga problem har försvunnit vid en sådan mottagning då uppenbara frågor som om kvinnan är lesbisk, inte behöver ställas. Denna verksamhet leder troligen till mer kunskap om lesbiska kvinnors hälsa och ett synliggörande av denna grupp (Andersson & Westerståhl, 2000). I Stockholms läns landsting finns idag tre mottagningar som har kompetens gällande HBT (homo-bi och transsexuella) -kvinnor. Följande mottagningar har mötts av stor uppskattning från HBT- kvinnor: Mama Mia mödravård, Regnbågsprojektet på Danderyd förlossning samt gymmottagningen för lesbiska och bisexuella kvinnor på SÖS.

Sannolikt kommer antalet ”regnbågsfamiljer” (barnfamilj med samkönade föräldrar, en familj med två mammor eller två pappor) att öka i framtiden eftersom allt fler homo- och bisexuella ställer sig positiva till eller planerar att skaffa sig barn (Statens offentliga utredningar, 2001). I en rapport från folkhälsoinstitutet där HBT- personer fick skatta sin hälsa visade det sig att en övervägande del av gruppen hade god hälsa, men att både fysiska och psykiska hälsan var lägre än hos befolkningen i stort. Särskilt beträffande det psykiska välbefinnande fanns stora skillnader (Roth,2006).

På mödravårdcentraler träffar barnmorskor lesbiska par som väntar barn. Dessa par går på regelbundna kontroller under graviditeten. Mödravården har stor betydelse för att uppfylla

dessa pars fysiska, känslomässiga och sociala behov (Wilton, 2001). Barnmorskor behöver utarbeta en välgrundad förståelse för grunden till och konsekvenser av homofobi och utveckla lämpliga professionella tjänster för en växande minoritet av klienter (Wilton, 1999). HBT-kompetens behövs inom vården generellt och inte enbart på specialmottagningar för HBT-kvinnor.

BAKGRUND

Inom huvudområdet ”reproduktiv och sexuell hälsa” och med hänsyn till valt problemområde för uppsatsen har jag valt att definiera fyra begrepp; ”Bemötande, Heteronormativitet, Sexuell hälsa och Genusperspektiv” som uppsatsens teoretiska referensram.

TEORETISK REFERENSRAM

Bemötande

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för all hälso- och sjukvård, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. I hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 §2 anges olika krav som hälso- och sjukvården ska uppfylla. Där anges bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården, att behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vidare anges att omvårdnaden skall planeras och genomföras så att patientens självständighet respekteras och behovet av säkerhet och integritet tillgodoses. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande (Socialstyrelse, HSL, SFS-nr: 1982:763).

Mötet mellan människor är grunden till all kontakt, all mänsklig utveckling och tillväxt. De flesta människor förutsätter att möten inom vården är goda och trygga möten. Alla möten innebär ett samspel mellan de människor som berörs och påverkas av hur de reagerar på varandra. Reaktionerna kan se olika ut men styrs av vårt inre, våra erfarenheter, förväntningar

och tolkningar av just den situation vi befinner oss i. Goda möten fyller oss med känslor av glädje, tillfredsställelse och ibland till och med lycka. Otrygga möten väcker rädsla, uppgivenhet, frustration och ibland även hat (Carlander, Eriksson, Hansson-Pourtaheri & Wikander, 2001).

Heteronormativitet

Med heteronormativitet menas att i samhället finns det en norm; heterosexualitet. Denna norm präglar uppfattningar om sexualitet och könsidentitet som t.ex. att män är intresserade av kvinnor och kvinnor av män. Allt annat är onormalt och avvikande (Rosenberg, 2002). Normen uppehålls av handlingar och attityder från samhället, kulturen, historien och dess värderingar av heterosexualitet som en förutsättning för människans fortlevnad (Kulick, 2004).

Heteronormativitet förmedlas både genom verbal och icke-verbal kommunikation. Exempel på icke-verbal kommunikation av heteronormativitet i vården kan vara i väntrum och andra allmänna utrymmen där broschyrer och informationsmaterial förutsätter heterosexualitet. Sådan kommunikation förmedlas också genom inskrivningssamtalet när det frågas om civilstånd och inget svarsalternativ finns för ordet partner (McManus, 2008; Röndahl, 2004). Den förutfattade meningen att patienten är heterosexuell tills motsatsen uttalas, är djupt inlärd i heteronormen (Röndahl, 2004). Som ett förslag på hur symboler kan visa på acceptans och öppenhet inför HBT-personer kan en vårdinrättning använda t ex en regnbågsflagga. Den används som en symbol för HBT-samhället (McManus, 2008).

Sexuell hälsa

Enligt WHO är sexuell hälsa ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, och inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa är mer än bara ett medicinskt tillstånd. Det är

även en fråga om jämlikhet och rättigheten att själv välja partner eller tidpunkt för en graviditet och jämlikhet rådande mellan könen. Ingen skall diskrimineras för sin sexuella läggning. Sexuell hälsa bör innebära ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras och skyddas (WHO, 2002).

Den sexuella hälsan är komplex och påverkas av såväl individuella, familjära, sociala, miljömässiga och politiska influenser (Burtney & Duffy, 2004). Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Samhället måste värna om områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödravård. En trygg sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld kan vara hälsofrämjande. Samhällets syn på sexualiteten bestämmer till exempel om människor som är homo- eller bisexuella utsätts för fördomar och diskriminering - med ohälsa som följd (Statens folkhälsoinstitut, November 2009)

Människans sexualitet innefattar biologiskt kön, könsidentitet och könsroller, sexuell orientering, erotisk drift, njutning, närhet och reproduktion. Sexualiteten påverkas av ett samspel mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etniska, lagmässiga, historiska, religiösa och andliga faktorer (WHO, 2004).

Sexuell hälsa innebär frihet från rädsla, skam, skuld känsla, vanföreställningar och andra psykologiska faktorer som hämmar förmågan till sexuell utveckling och som stör en sexuell relation. Sexuell hälsa innebär även förmåga att kunna glädja sig över sin sexualitet och fortplantning i överensstämmelse med både en personlig och socialt förankrad etisk och värdemässig grundinställning (Kristoffersen, 1998).

Genusperspektiv

Begreppet kön motsvarar det biologiska könet i människan, medan begreppet genus inbegriper det socialt konstruerade könet. Kön är något man föds till och genus är något man formas till. Det finns specifika regler i samhället för män och kvinnor; ett genuskontrakt och ett socialt konstruerat kontrakt som innebär sociala förväntningar på mannen och kvinnan i samhället. Dessa förväntningar och regler skapar skilda roller och förutsättningar (Hirdman, 2003).

Män och kvinnor skapar sitt könsrelaterade beteende genom en ständigt pågående process, där de utvecklar femininitet eller maskulinitet och lär sig att bli en man eller en kvinna. Denna process är mycket komplex. Man kan inte se kvinnlighet och manlighet som någonting biologisk medfött, men inte heller som ett påtvingat beteende skapat genom myndighetsutövning och sociala normer. Män och kvinnor konstruerar sig själva som maskulina eller feminina. Människor har i regel både feminina och maskulina karaktärsdrag i varierande grad inom sig. Genom beteendet en person har i sin livssituation intar hon en plats i genusordningen, och detta sker oftast frivilligt (Connell 2003).

Genusordningen skapas inte biologiskt utan socialt enligt Connell, via styrkan som finns i de strukturer som sätter gränser för det individuella handlandet. En relationsstruktur är en sådan form av struktur. Relationsstrukturer kan ge människor begränsade möjligheter och anger vilka konsekvenser vissa val kommer att få. Visserligen har man enligt Connell valmöjligheter, men en del val kommer att ge oanade och svåra konsekvenser, vilket kan få många att tveka. Ett exempel är om man vill byta kön, klä sig i kvinnokläder och ha en relation med någon av samma kön (Connell, 2003).

Connell anser vidare att fördomar mot homosexuella är ett slags känslomässigt engagemang. Detta känslomässiga engagemang kan vara ambivalent enligt honom vilket innebär att det kan vara fientligt eller kärleksfullt inställt till objektet (Connell, 2003).

TIDIGARE FORSKNING

Artikelsökning på databaser Pubmed och Cinahl på engelska med sökord "lesbians, maternity care, midwifery, midwife attitude, nurs attitude och attitude" resulterade i ett antal artiklar. De flesta artiklar om homosexuella handlade om insemination, HIV eller ämnen med medicinskt inriktning. En del studier har gjorts om barn som lever med homosexuella föräldrar. Det finns även en del studier om pappors upplevelse i heterosexuella förhållande under den tid de väntar barn och under förlossningsvården. Men det var få studier som handlade om lesbiska par och bemötande inom mödravården varför jag väljer att ha med några artiklar om lesbiska och bemötande inom vården i allmänhet.

Studier visar både negativa och positiva upplevelser hos lesbiska par. Homosexuella personer måste ständigt förhålla sig till att skapa strategier för, om de ska "komma ut" och vara öppna med sin sexualitet inför vårdpersonalen eller inte. Att komma ut kan innebära negativa reaktioner hos vårdpersonalen och detta leder till en förlust av kontroll och en känsla av otrygghet hos patienten (Wilton, 1999; 2000; 2001; Spidsberg, 2007; Röndahl, 2009; Seaver, 2009).

Att inte komma ut kan innebära ett känslomässigt pris, att dölja en viktig del av sin identitet. Båda scenarierna bär med sig känslor av osäkerhet, stress och ångest för patienten och detta blir en ytterligare börda på de påfrestningar som sjukdomen eller oförändrat hälsotillstånd för med sig (Wilton, 1999; 2000; 2001; Spidsberg, 2007; Röndahl, 2009; Seaver, 2009). Tankar om att inte komma ut är blandad med känslor av oro och ångest för att man skulle få sämre vård eller helt nekas vård (Spidsberg, 2007; Wilton, 2001; Olesker, 1984). Det är oklart för patienten hur långt informationen om hennes sexuella identitet kommer att spridas. Flera studier pekar på vikten av sekretess och konfidentiell behandling av känslig information (Wilton, 2001; Seaver 2008).

Det finns evidens för att homosexuella möts av okunnighet, fientlighet samt stötande och förolämpande behandling från personal inom hälsosjukvården och socialtjänsten (Wilton, 2000). Enligt flera studier utsattes lesbiska kvinnor som var öppna med sin sexualitet för

homofobia fördomar och diskriminering i vården (Röndahl, 2009; Wilton, 1999; Morrisey, 1996; Buchholz, 2000; Stewart, 1999; Wilton, 2001).

Negativa attityder till homosexuella inom vården kan bero på brist på kunskap hos personalen om t ex lesbiska kvinnors speciella behov, hälsa, livsstil eller kultur, vilket leder till rädsla hos personalen för det okända. Detta kan i sin tur bidra till en negativ interaktion och orsaka missförstånd och felbedömningar (Röndahl, 2009 ; Wilton, 1999; Wilton, 2001; Seaver, 2008). Det finns även studier som visar att sjukvårdspersonalen använder religiösa och moraliska förklaringar för att motivera ett oprofessionellt handlande mot sina lesbiska klienter (Wilton 2001, Röndahl 2009).

Studier visar att lesbiska par är öppna för att utbilda hälso- och sjukvårds personalen och på detta sätt öka toleransen i sjukvården och samhället (Spidsberg, 2007; Wilton, 2001; Wilton, 1999). Att vara öppen med sin sexualitet ger en känsla av acceptans, bli bekräftad som normal, inte behöva förklara sitt förhållande till sin partner eller sitt barn flera gånger om för vårdpersonalen (Spidsberg, 2007; Ross, 2006; Wilton, 2001; Röndahl, 2009). Att vara öppen leder ibland till överdriven nyfikenhet hos personalen vilket av lesbiska kvinnor kan upplevas integritetskränkande (Spidsberg, 2007; Wilton, 2001; Seaver, 2008; Ross, 2006). Barnmorskans intresse för sina patienters sexualitet på mödravården kan leda ibland till överdrivet intresse, då sexualiteten kommer i fokus istället för graviditeten (Spidsberg, 2007).

Medmammor har olika erfarenheter av att bli erkända som föräldrar av hälso- och sjukvårds personalen. Flera studier har visat brist på stöd till medmammor i deras föräldraskap. Medmammans erfarenheter av attityder hos personalen ger känsla av utanförskap, maktlöshet, övergivenhet och brist på information (Tash, 1993; Röndahl, 2009; Wilton, 2001; Seaver, 2008). Flertal studier visar även att det inte bara är den gravida föräldern som har behov av bekräftelse utan båda föräldrar har en önskan att bli bekräftade som familj av hälso- och sjukvårds personalen (Stewart, 2002; Buchholz, 2000; Röndahl, 2009; Spidsberg, 2007).

I vissa studier beskrivs att barnmorskor inte har uppmärksammat lesbiska pars speciella behov. En situation då detta blir tydligt är föräldrautbildningen då gruppledarna använt termen ”mamma och pappa” och haft bara en typ av familjeform i fokus (Ross, 2006; Wilton, 2001;

Spidsberg, 2007; Stewart, 1999; Olesker, 1984). Barnmorskan använder termen ”mamma-pappa” trots att hon vet att det finns lesbiska föräldrar med i föräldragruppen. Detta agerande kan innebära osynliggörande av lesbiska kvinnor och upplevdes oprofessionellt och kränkande av lesbiska par (Ross, 2006; Stewart, 1999; Spidsberg, 2007).

Inom föräldrautbildningens ram finns även en del positiva erfarenheter av barnmorskor som ger särskilt stöd till lesbiska mödrar. Barnmorskor använder neutrala ord som partner istället för mamma- pappa termen (Wilton, 2001; Spidsberg, 2007).

I flera studier har lesbiska par uttryckt vikten av att hitta en HBT-vänlig barnmorska för att kunna undvika irrelevanta och upprepade frågor och fördomar. Det är viktigt att kunna komma i en trygg miljö vilket gör att de föredrar lesbisk barnmorska eller läkare (Spidsberg, 2007; Stewart, 1999; Olesker, 1984; Seaver, 2008; Tash, 1993).

Inom sjukvården finns regler, rutiner och sedvanor som reproducerar oftast heteronormativa normer oavsiktligt och omedvetet. Sjukvårdspersonalen utgår kanske ifrån att alla patienter är heterosexuella och detta blir mer synligt när de t.ex. inhämtar den sociala anamnesen. Detta innebär ett osynliggörande av andra sexuella former än heterosexualitet och kan upplevas kränkande för den enskilda individen (Wilton, 2000).

Inom området reproduktiv och sexuell hälsa kan konsekvenserna bli extra tydliga då många lesbiska undviker att gå på gynekologisk undersökning eller cellprovtagning eftersom frågor om preventivmedel och (heterosexuella) sexvanor oundvikligen kommer upp. Sättet att fråga innebär då att en aktiv ”normal heterosexualitet” tas för given (Sandell, 2004). Även om hälso- och sjukvårdspersonalen är välmenande, är de ofta okunniga om den homosexuella normen. Detta leder till en oacceptabel situation där homosexuella patienter får utbilda personal om sina livsvillkor (Wilton, 2000; Sandell, 2004).

PROBLEMFÖRMULERING

De flesta studier har visat att hur partner/medmamma upplever vården har betydelse för hur nöjda paret blir med den vård de får. Mödravården har oftast fokus på den gravida kvinnan, men den gravida mamman anser medmamman lika mycket delaktig i graviditeten. Det finns nästan ingen studie som har studerat medmamman för sig trots att flera av tidigare studier har visat att medmamman oftast känner sig utanför, oviktig, maktlös och övergiven (Tash, 1993; Rödahl, 2009; Wilton, 2001; Seaver, 2008). Barnmorskor har särskilt goda möjligheter att utveckla professionell vård för en växande minoritet av sina klienter eftersom första möte med dessa par sker oftast hos barnmorska på mödrahälsovården då paret väntar barn. Därför är denna och liknande studier viktiga inom ämnet ”Reproduktiv och sexuell hälsa”.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur medmammor i ett lesbiskt förhållande upplever barnmorskans bemötande i mödrahälsovården under graviditeten.

METOD

ANSATS

Då syftet med huvudstudien är att beskriva lesbiska medmammors upplevelse av barnmorskans bemötande i mödrahälsovården väljs en kvalitativ ansats för studien även för denna pilotstudie. Kvalitativa metoder används för att få veta mer om mänskliga fenomen som uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder (Malterud, 1998). Metoden används för att sätta ord på en känsla, upplevelse eller tanke, ”att åskådliggöra den”. Syftet med kvalitativ metod är att fånga informanternas upplevelse vanligtvis genom intervju. Denna metod kräver att den som intervjuar kan läsa mellan raderna för att kunna se det underförstådda i berättelsen och ställa följdfrågor, för att komma på djupet, inte misstolka och för att kunna bekräfta det informanter anger (Kvale, 1997). Kvalitativ metod handlar om att som forskare kunna se det som är dolt och verbalisera det

tänkta fenomenet. Det ställs krav på forskaren att kunna hålla distans till forskningsmaterialet, till informanterna och till egna erfarenheter (Dahlberg, 1993).

Urvalet för en planerad huvudstudie består av ca tio lesbiska medmammor i fertil ålder som har varit inskrivna tillsammans med sin gravida partner på någon mödravårdscentral. Analys av intervjuerna kommer att ske med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Graneheim (2008). För att kunna utföra huvudstudien genomförs först en förstudie eller pilotstudie.

URVAL OCH GENOMFÖRANDE AV PILOTSTUDIEN

Urvalet för pilotstudien bestod av tre lesbiska medmammor i fertil ålder som har varit inskrivna tillsammans med sin gravida partner på en mödravårdscentral i Södra Bohuslän och Göteborg under år 2008/2009. Inklusionskriterierna var att dessa kvinnor skulle ha följt med på kontroller hos barnmorska under graviditeten och kunna förstå och prata svenska, det senare för att intervjun skulle kunna genomföras. Kvinnorna skulle inte ha träffat författaren under graviditeten. Urvalet är således ett s.k. bekvämlighetsurval d.v.s. att forskaren väljer deltagare som de lättast får tillgång till (Cohen et al. 2000). Informanterna skulle nyligen varit på s.k. efterkontroll sex till tolv veckor efter förlossningen tillsammans med sin partner. Författaren fick namn, adress och telefonnummer på lämpliga kandidater. En medmamma gick att få tag i genom forskarens egna patienter. En medmamma presenterades genom en annan barnmorska på en annan mottagning och en fick man tag i genom sist nämnda deltagare. De här tre medmammorna har varit på tre olika mottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän och träffat tre olika barnmorskor. Ett brev som består av inbjudan att delta i studien och information om densamma (bilaga1), samtycke till deltagande (bilaga 2) och godkännande av verksamhetschefen (bilaga3) skickades till paret. Efter några dagar kontaktades informanterna per telefon. Ett datum bestämdes per telefon för intervjun med de lesbiska medmammor som tackat ja till deltagandet. Informanterna informerades även muntligt om studien, dess syfte och fick tillfälle att ställa frågor om studien innan intervjun börjas.

DATAINSAMLING

Informanterna fick själva välja var intervjun skulle ske. Thomson (2002) beskriver detta som en viktig del i en intervju. Intervjuerna tog ca 30-60 min. Intervjun spelades in med hjälp av en bandspelare. Innan intervjun genomfördes fick informanten information om studien och tanken med en öppen intervju. Intervjun inleddes med en öppen fråga: Hur har du upplevt barnmorskans bemötande på mödrahälsovården under graviditeten? Den öppna frågan gav informanterna möjlighet att med egna ord beskriva sin upplevelse i mötet med barnmorska. Informanten fick prata fritt om sin upplevelse och författaren ställde följdfrågor för att förtydliga det som kommit fram i berättelsen och för att få en djupare beskrivning av upplevelsen. Intervjuerna transkriberades efteråt ordagrant av författaren.

DATAANALYS

Analysen av data från intervjuerna genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Graneheim (2008). Intervjuerna som spelades in på bandspelare transkriberades ord för ord. Varje intervju lästes flera gånger för att lära känna texten och få en helhetsbild. Meningsbärande enheter plockades ut för att skapa grovstruktur och att identifiera innehållet i texten. Dessa kortades ner till s.k. kondenserade meningsenheter. En etikett (kod) sattes på varje enhet. Koderna sorterades till grupper (underkategorier) utifrån ett gemensamt innehåll och de namngavs. Författaren strävade efter att få underkategorierna inklusiva och exklusiva dvs. de gjordes på ett sätt att alla meningsbärande enheter skulle hamna i endast en kategori. Vidare skulle kategorier vara horisontella; dvs. en kategori skulle inte vara undergrupp till en annan. Till slut formulerades hur de olika underkategorierna förhöll sig till varandra, och de med gemensamt innehåll slogs samman till huvudkategorier (Lundman & Graneheim, 2008). De slutliga huvudkategorierna beskriver upplevelsen så som de framställs av informanterna i intervjumaterialet. Ett abstrakt tema med det latent innehåll identifierades inte eftersom det nu endast var tre personer som intervjuades.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Som grund för etiska överväganden har författaren utgått från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. För att skydda individen finns fyra allmänna huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att respondenterna ska bli informerade muntligt och skriftligt om studien och studiens syfte. Informanterna får även information om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst skulle kunna avbryta deltagandet i studien utan några som helst förklaringar. Informanterna rekryterades genom kontakter författaren haft med egna patienter och från andra mottagningar.

Ett brev skickades till informanterna. Brevet innehåller information om studien (bilaga 1), att godkännande erhållits från verksamhetschefen (bilaga 3) och att medverkan i studien är frivillig och de när som helst under studiens gång och utan några som helst förklaringar kan avbryta deltagandet (bilaga 2). Informanterna får även information om hur data skulle hanteras (bilaga 1). Enligt Malterud (2008) är det viktigt som forskare att informera informanterna om att materialet kommer att behandlas med sekretess. Intervjumaterialet får inte redovisas eller hanteras så att informantens identitet kan röjas (Kvale, 1997).

Informanterna fick även muntlig information och tillfälle att ställa frågor innan intervjuerna börjar. Om medmamma upplever att hon behöver psykologiskt stöd efter intervjun så finns det psykologer på mödravården hon skulle kunna samtala med.

Författaren informerar informanterna om att resultatet kommer att ingå i en magisteruppsats på Göteborgs universitet.

Samtyckeskravet innebär ” Informerat samtycke”, att man som forskare ska inhämta samtycke från dem som deltar i undersökningen efter att de har fått muntligt och skriftligt information om studien (bilaga 2). Detta skedde innan intervjun påbörjades.

Tredje punkten är konfidentialitetskravet. Allt material i studien kommer att behandlas konfidentiellt. De bandinspelade intervjuerna förvarades inlåsta och avidentifierades i samband med transkriberingen. Informantens namn och den information som skulle kunna identifiera informanten eller den mottagningen informanten har varit på under graviditeten

togs bort. Materialet analyseras tillsammans så att enskilda inte kan identifieras. Ingen obehörig fick tillgång till intervjumaterialet.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter som samlats in endast får användas för forskning i vetenskapliga syften. Intervjumaterialet kommer att förstöras efter avslutat examensarbete.

Uppgifterna får inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra ickevetenskapliga syften.

RESULTAT

Analysen resulterade i två huvudkategorier och 11 underkategorier (se tabell 1) som presenteras nedan och styrks med citat från informanterna. Författaren har använt olika benämning för medmamma i studien t.ex. klient, partner, den icke gravida mamman, informanten osv.

Tabell 1 Översikt över huvudkategorier (n=2) och underkategorier (n=11)

Huvudkategorier	Underkategorier
Upplevelse av bra bemötande	Känna sig sedd och väl mottagen Upplevelse av korrekt bemötande Känna sig delaktig Barnmorska reflekterade över heteronormativiteten Som lesbisk ge information om det lesbiska förhållandet
Upplevelse av bristfälligt bemötande	Brist på delaktighet Brist på egen uppmärksamhet som partner Känna sig kränkt Brist på flexibilitet hos barnmorska Brist på tillit till barnmorska Upplevelse av ovana och förvåning

UPPLEVELSE AV BRA BEMÖTANDE

``Att känna sig sedd och väl mottagen``, ``upplevelse av korrekt bemötande``, ``känna sig delaktig``, ``barnmorska reflekterade över heteronormativiteten`` och ``som lesbisk ge information om det lesbiska förhållandet`` är fem underkategorier som ligger under ovannämnd kategori. Denna kategori beskriver det som kändes positivt och bra i mötet mellan barnmorska och medmamma.

Känna sig sedd och väl mottagen

Det fanns en önskan hos medmamman att få vara med lika mycket som den gravida mamman, en önskan av att känna sig välkommen och bli bemött som blivande föräldrar. Det var viktigt för medmamman att bli tillfrågad om olika saker som rör graviditeten och bli sedd av barnmorskan. Att barnmorskan tittade på medmamman och vände sig till henne nästan lika mycket som den gravida mamman. Det var även viktigt att få erkännande som partner och bli bekräftad som föräldrar till barnet.

” När vi skulle komma på det här första introduktionsträffen så kände jag mig väldigt välmottagen, ä... upplevde att jag fanns i rummet lika mycket som min fru, att barnmorskan vände sig till mig mycket och kanske inte riktig lika mycket som min fru men min upplevelse var ju i alla fall att jag fanns där lika mycket som mamman.”

Att få vara med och bli bekräftad som föräldrar till barnet var speciellt viktigt för medmamman eftersom hon inte hade något biologiskt band till barnet och lätt skulle kunna hamna utanför. Det kunde hända att det blev mycket mamma och barnet och medmamma kände att hon kommer åt sidan. En medmamma tyckte att det krävdes särskilt stöd från barnmorska till medmamma så hon gavs möjlighet att komma in på ett naturligt sätt från början och inte skulle känna sig utanför.

*” Jag har ingen genetiskt koppling till det här lille killen.
Det känns extra viktigt för mig att de är tydliga att jag får vara med.
Är man pappa så känner man delaktigheten på ett genetiskt sätt, då
känns det ännu viktigare för oss som inte har det.”*

Informanterna som hade delats ut broschyrer, arbetsmaterial och blanketter på mödravården där det stod ordet ” partner” istället för ”pappa” upplevde detta som en öppenhet och välkommande från personalen. De kände sig sedda och accepterat på mödrahälsovården.

Upplevelse av korrekt bemötande

Medmamman hade en önskan om att bli bemött och accepterat som blivande pappa. Medmamman upplevde barnmorskan som saklig, korrekt och öppen person . Hon var förberedd att möta homosexuella par och kunde sitt hantverk. Informanterna kunde ställa frågor till barnmorskan och hon var tillgänglig för att svara på frågor.

*” Hon var ju öppen för frågor från mig, om det var nånting jag
undrade, så det var ju så att hon absolut, fanns tillgänglig
för att svara på mina frågor.”*

Känna sig delaktig

Barnmorskan skulle kunna engagera medmamma i graviditeten och föräldraskapet. Hon skulle kunna göra medmamma delaktig genom att vända sig till henne under samtalets gång, titta även på henne när hon pratar och ställa frågor angående graviditeten även till henne. Det kändes viktigt för medmamma att barnmorska brydde sig om henne och tog initiativ för att göra henne delaktig i processer som pågår under hela graviditeten.

*”De tittar och pratar till mig också och inte bara till min
sambo, så att det kändes väldigt bra. De brydde sig om, kändes det
som och ville verkligen att jag skulle var med och va' delaktig.”*

Barnmorskan reflekterade över heteronormativiteten

Barnmorskan reagerade på heteronormativa broschyrer och blanketter som delades ut på mödrahälsovården, upplevde informanten. Barnmorskan reflekterade över heteronormativiteten som genomsyrade allt material man delade ut på mödrahälsovården t.ex. i "Vänta barn boken", "rapport till BVC", broschyrer och olika blanketter. Barnmorskan kände sig obekvämt när hon delade ut informationsmaterial, upplevde en av informanterna.

"...Jag tycker att det är bra, då har hon reflekterat över att det står pappa men samtidigt vill hon dela ut det material hon har och jag vill ta del av det."

Som lesbisk ge information om det lesbiska förhållandet

Informanten upplevde en nyfikenhet hos barnmorskan om det lesbiska förhållandet. Barnmorskan var intresserad och frågade det lesbiska paret om hur olika saker fungerade, hur de tänkte i olika frågor, vad det gick att göra idag och hur utvecklingen hade gått framåt när det gällde lesbiska. Barnmorskan ville gärna skaffa sig mer kunskap om den lesbiska livsstilen och förhållandet. Informanten var positiv till att informera och utbilda barnmorskan om den lesbiska livsstilen. Hon var öppen med att dela med sig kunskap om det lesbiska förhållandet eftersom det kunde finnas barnmorskor som inte hade träffat något homosexuellt par innan och därmed inte hade några erfarenheter om detta.

" Men det kanske är så att när man får en sådan patient så kanske man vill veta mer . Det är fortfarande ganska ovanligt ändå jag känner att jag vill gärna dela med mig och jag känner inget speciellt att det var nå't negativt, tvärtom."

UPPLEVELSE AV BRISTFÄLLIG BEMÖTANDE

``Brist på delaktighet``, ``brist på egen uppmärksamhet som partner``, ``känna sig kränkt``, ``brist på flexibilitet hos barnmorska``, ``brist på tillit till barnmorska`` och ``upplevelse av ovana och förvåning hos barnmorska`` var bland de upplevelserna som kändes bristfälligt och negativt i mötet mellan lesbiska paret och barnmorska.

Brist på delaktighet

Medmamman kunde känna sig utanför i mötet med barnmorskan när hon följde med på besök på mödrahälsovården. För medmamman utan tidigare erfarenhet var det svårt att avgöra om det var så som det skulle vara eller om det fanns några brister i barnmorskans bemötande. Barnmorskan vände sig mer till den gravida mamman och pratade mest med henne. Hon ställde inte några direkta frågor till medmamman. Medmamma upplevde att barnmorska inte gjorde henne särskilt delaktig under besöken.

*” Hon vände sig mer till min sambo än till mig. ...
Det var inte så att hon ställde några direkta frågor till mig
eller så där, men det här var vårt första barn så jag hade
ingenting att förvänta mig direkt.”*

Medmamman upplevde brist på delaktighet även när det gällde föräldrautbildningen. Barnmorskan hade delat upp gruppen i mammor och pappor. Då kände medmamman att hon inte hade någon naturligt plats i uppdelningen, vilket fick henne känna sig utanför. Hon valde att inte delta i föräldragruppen nästa gång då hon visste att man skulle dela upp gruppen på samma sätt. Hon kände även rädsla att missa något viktigt.

*”... Då hade hon uppdelat så att en gång skulle man ju dela upp
sig pappor och mammor och då kommer jag ju ofrånkomligt
nå'nstans mitt emellan, ...samtidigt hade jag ju inte nån naturlig plats.”*

Brist på egen uppmärksamhet som partner

Medmamman beskriver en känsla av att stå i skuggan av den gravida mamman och inte få ett eget forum för samtal eller uppmärksamhet. Barnmorskans fokus ligger framförallt hos den gravida mamman, vilket gör att medmamma känner sig oviktig när det gäller besöken på mödravården. Den gravida mamman tyckte att det var bra att medmamman är med på besök hos barnmorskan men medmamman kände att inte fanns något behov från mödravården att hon var med på besöken.

”... Det var inte så att det fanns ett behov för att fokuset som sagt låg på henne. Och då också just det att hon inte gjorde mig så delaktig så kände jag att det kanske gick bra ändå.”

Medmamma beskriver även en känsla av att inte få eget utrymme på föräldrautbildningen. En känsla av att inte bli bekräftad och accepterad som partner vilket leder till att medmamma känner sig obekvämt inför gruppen.

” ... Jag tror att hon sa det kanske fem, sex gånger att pappa ska stå på ena sidan och andra eller göra si eller så, och det där kändes inte särskilt bra! Det kändes som att hon inte såg mig som partner, för att jag inte är pappa och jag kände mig obekvämt inför de andras blivande föräldrarna i gruppen.”

Känna sig kränkt

En känsla av att bli kränkt på grund av barnmorskans arbetssätt eller ordval när det gäller föräldrautbildningen beskrevs också av medmamma. Medmamman tyckte att barnmorskan borde kunna ändra sitt arbetssätt och språkval när hon har lesbiska par i gruppen t.ex. att hitta andra sätt att dela upp gruppen på eller använda mer neutrala ord som ”partner” istället för ”pappa”.

” Jag skulle uppskatta om du sa partner istället, för då är det ganska neutralt för alla. ... för det kändes faktiskt lite kränkande eller ouppmärksam.”

Brist på flexibilitet hos barnmorska

Medmamma upplevde att barnmorska hade svårt att ändra sitt arbetssätt, ordbruk och upplägget för föräldrautbildningen trots att hon visste att det var samkönade par i gruppen. Medmamma upplevde till och med en ovilja, ignorerande och oföljsamhet hos barnmorska att förändra saker. Barnmorska gjorde saker på rutin utan att uppmärksamma vilka som är hennes målgrupp.

” Jag kan inte skriva under blivande fader för det är jag inte. Jag är blivande förälder, medförälder eller mamma. Då viftade hon bort det lite ... jag förstod det som att hon inte kommer att ändra det här.... Det kändes som att hon hade en ovilja att förändra sitt sätt att arbeta på nåt sätt.”

Brist på tillit till barnmorska

Medmamma beskriver en tveksamhet till att kunna lita på barnmorskan i vissa avseende. Hon upplevde att barnmorska kunde sitt hantverk men om det skulle hända något allvarigt under graviditeten så visste hon inte om hon skulle kunna lita på henne. Medmamma upplevde även att barnmorskan var oprofessionell i vissa sammanhang t.ex. att hon inte var påläst på vissa saker.

” ... Det kan jag tycka att så ska man inte göra som en professionell Barnmorska eller sjukvårdspersonal, man ska veta precis vad man pratar om, man ska inte haspla ur sig saker som man tror.”

Upplevelse av ovana och förvåning hos barnmorska

Medmamma beskrev också hur hon upplevde första mötet med barnmorska . Medmamman möttes ofta med barnmorskans förvåning över vem hon var, om hon var ett syskon eller kompis. Medmamman tror dock att detta beror på barnmorskans ovana att träffa lesbiska par på mödravården.

”De var förvånade när vi sa att det var mamma-mamma. ...De frågade om vem jag var. Men jag tror att, det var kanske viss ovana att träffa Samkönade par, det kändes så i alla fall.”

DISKUSSION

METODDISKUSION

För att beskriva den lesbiska medmammans upplevelse av barnmorskans bemötande på mödravården genom intervju valdes innehållsanalys som kvalitativ metod, vilket är en lämplig metod med tanke på syftet med studien.

I den planerade studien beräknas 10 medmammor ingå. Det var inte lätt att få tag i informanter som uppfyllde kriterierna för att ingå i studien. Därför blev urvalet således ett s.k. bekvämlighetsurval d.v.s. att forskaren väljer deltagare som de lättast får tillgång till (Cohen et al. 2000).

I en kvalitativ studie är begrepp som överförbarhet, trovärdighet och urval centrala begrepp. En empirisk studiesvaliditet påverkas av innehållet och urvalet eftersom innehållet baseras på urvalet (Krippendorff, 2004). I den planerade studien med ca 10 deltagare förväntas att faktorer som utbildning, social bakgrund, antal graviditeter, fler barnmorskor kan ge ett variationsrikt innehåll vilket kan bidra till studiens validitet.

I pilotstudien utgick intervjuerna från en öppen fråga; ” Hur upplevde du barnmorskans bemötande på mödravården under den tiden ni väntade barn?” Följdfrågor ställdes för att förtydliga, fördjupa och bekräfta att man hade förstått vad deltagaren menat så att inget missförstånd uppstod. Pilotstudien visade att frågan och följdfrågorna var relevanta för syftet med studien och gav innehållsrik data så att en studie i större omfattning skulle kunna vara värdefull. Medmammor som deltog i pilotstudien var öppna med att berätta sina upplevelser och var nogna med att hålla sig till ämnet.

Det manifesta innehållet i de meningsbärande enheterna analyserades för att få en djupare innebörd. Det är viktigt att författaren förhåller sig neutral till texten och försöker få fram vad personen egentligen vill säga och inte övertolkar och att författaren inte tar in egna tolkningar eller värderingar i analysarbetet. En viss övertolkning skedde vid första analysen för att få fram underkategorierna. Författaren blev varse detta genom handledaren, som var medbedömare, varefter författaren fick backa ett steg i analysprocessen. I pilotstudien har handledaren haft tillgång till intervjumaterialet och analysen och författaren och handledare har diskuterat resultatet. Genom att låta en annan person i samma disciplin ta del av materialet och analysarbetet kan man stärka studiens överförbarhet och trovärdighet (Krippendorff, 2004).

Tre intervjuer kan ses som ett ganska litet material för att dra större slutsatser, men ändå nog för att veta om den valda vetenskapliga metoden håller för en större studie inom området.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva medmammors upplevelse av barnmorskans bemötande på Mödrahälsovården. Studien visade att medmammorna hade både positiva och negativa upplevelser av barnmorskans bemötande. Medmamman hade en önskan om att bli sedd lika mycket som den gravida mamman och bli bekräftad som partner och även förälder till barnet. Det finns ett flertal tidigare studier som har visat att det var viktigt för lesbiska par att bli bekräftade som familj (Stewart, 2002; Buchholz, 2000; Røndahl, 2009; Spidsberg, 2007). Det

gjordes även en studie i Storbritannien som visade att barnmorskorna hade stödjande roll i att få lesbiska par att känna sig välkomna på mödrahälsovården och lyckades bekräfta medmamman som partner. Majoriteten i studien tyckte att mödrahälsovården kunde uppfylla deras fysiska, känslomässiga och sociala behov (Wilton, 2001).

Informanterna i föreliggande studie tyckte att det var viktigt att känna sig välkommen och bli väl bemött av barnmorskan på mödrahälsovården. Wiltons studie (2001) visade även att en neutral attityd kunde anses professionell av vårdpersonalen medan patienten kunde uppfatta det som maskerade ogillande. Ett välkommande leende kunde göra stor skillnad enligt den studien.

Informanterna beskrev också exempel på respektfullt och välkommande bemötande. De beskrev också brist på delaktighet och uppmärksamhet och även att känna sig kränkt. En annan tidigare studie visade att inte bli sedd och bekräftad av barnmorskan kunde leda till en känsla av utanförskap, maktlöshet och övergivenhet hos partnern (Röndahl, 2008). Resultatet visade att det var viktigt för informanterna att barnmorskan bekräftade medmamman både som partner och förälder och såg även hennes behov av att prata om känslor och allt vad föräldraskap kan innebära. Resultat från tidigare studier visade att partnerns känslor och välbefinnande ansågs oviktiga i mötet med homosexuella par (Albarran, 2000; Stevens, 1999). Omvårdnad fokuserar på patientens behov men anhöriga och patientens partner utgör ett viktigt stöd till patienten. Därför är det viktigt att ge dem tid och omsorg (Röndahl, 2007; Platzer, 2000). I en tidigare studie kom fram att medmammans roll kunde ignoreras medan vårdgivare, vänner och samhälle aldrig ifrågasätter pappas roll i en heterosexuell familj (Kenny & Tash, 1992).

Resultatet visade även att arbetsmaterial och broschyrer som delas ut på mödrahälsovården ännu idag hade heteronormativa inslag. Heteronormativitet förmedlas både genom verbal och icke-verbal kommunikation. Exempel på icke-verbal kommunikation av heteronormativitet i vården kan vara i väntrum och andra allmänna utrymmen där broschyrer och informationsmaterial förutsätter heterosexualitet (McManus, 2008; Röndahl, 2004). Detta kan innebära ett osynliggörande av andra grupper av våra klienter nämligen lesbiska och kan upplevas kränkande (Wilton, 2000).

Resultatet beskriver en medmamma som var öppen för och positiv till att utbilda vårdpersonalen om det lesbiska förhållandet. Medmannan hade en känsla av att det fanns en okunskap hos barnmorskan om den lesbiska hälsan och livsstilen. I en tidigare studie hade lesbiska par svarat att de var glada att få en utbildande roll och förstod att många barnmorskor inte hade stött på lesbiska mödrar tidigare. Genom att informera och utbilda vårdpersonalen som lesbian kan man bidra till ökade tolerans för homosexualitet (Wilton, 2001). En kvinna i en norsk studie av Spidsberg (2007) beskrev däremot situationen som ansträngande, och kände sig tvungen att svara på vårdgivarens frågor i syfte att skapa ett mer tolerant samhälle.

Föreliggande studie visade även på ovana och förvåning hos barnmorska vid första intrycket i mötet med lesbiska paret. Medmamman upplevde att barnmorskan inte var förberedd på att möta lesbiska par och blev förvånad över att se två kvinnor som par. I flertal tidigare studier framkom att vårdpersonalen tog heteronormativiteten för given. Dessa studier bekräftade även att barnmorskor ofta gjorde antagandet att patienten var heterosexuell tills motsatsen visades (Röndahl, 2004; Wilton, 2000; Sandell, 2004). I en annan studie kom fram att detta gjorde det svårt för lesbiska kvinnor att diskutera sina problem. Barnmorskans kunskap om patientens sexualitet, personliga föreställningar och attityder kan påverka den vård som erbjuds. Barnmorskor bör vara medvetna om mångfalden av gravida kvinnor och undvika att göra antaganden om sexualitet. Barnmorskans fördomar behöver upphävas och adekvat vård till alla kvinnor bör vara ett mål (Porter, 2005).

Resultatet visade även att medmamman kunde känna sig kränkt på grund av barnmorskans arbetssätt eller ordval. Detta blev tydligt på föräldragruppen när barnmorskan delade gruppen i Mamma- och Pappa grupp. Då hade inte medmamman en naturlig plats, kände sig osynlig och upplevde en känsla av kränkning. Liknande finns beskrivet i ett flertal studier som visar brister i barnmorskans arbetssätt när det gäller anpassande av föräldrautbildningen till lesbiska kvinnor (Ross, 2006; Wilton, 2001; Spidsberg, 2007; Stewart, 1999; Olesker, 1984). Att anpassa sitt språk och sina antaganden är naturligtvis lättare när det gäller enskilda mötet med lesbiska kvinnor än i grupp, men det är värt att påpeka att en stor andel av lesbiska kvinnor känner sig marginaliserade av föräldrautbildningen (Wilton, 2001).

Arbetsmaterial som används av barnmorska på mödrahälsovården behöver ses över.

Barnmorska som träffar samkönade par bör granska de arbetsmaterial, böcker och broschyrer

som delas ut och se till att neutralisera dessa broschyrer och vissa rutiner. Vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården, behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (Socialstyrelsen, HSL, SFS-nr: 1982:763).

REFERENSER

Albarran J, Salmon D. (2000). Lesbian, gay and bisexual experiences within critical care nursing, 1988-1998: a survey of the literature. *International Journal of Nursing Studies*; 37: 445-455.

Andersson & Westerståhl (2000). Gynecologists about lesbian women--an interview study. There is a risk that lesbian women receive worse treatment. *Läkartidningen*, 97 (49), 5796-5800.

Bodgan & Tylor (1984). *Introduction to qualitative research methods*. Newyork: The search for meaning. 2:nd ed. Willy and Sons.

Buchholz SE. (2000). Experiences of lesbian couples during childbirth. *Nursing Outlook*, 48 (6), 307-11

Burnard A. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Burtney, E. Duffy, M (red.) (2004). *Young people and sexual health – individual, social and policy contexts*. New York: Palgrave Macmillian.

Carlander, J., Eriksson, K., Hansson-Pourtaheri, A-S., & Wikander, B. (2001). *Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Cohen, L. Manion, L. & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. New York: Routledge Palmer.

Conell, R. W. (2003). *Om genus*. Göteborgs: Bokförlaget Daidalos AB.

Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Student litteratur.

Graneheim, U.H. Lundman B. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Granskär & Höglund- Nielsen. *Tillämpad Kvalitativ Forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hirdman, Y. (2003). *Genus – om det stabilas föränderliga former*. Malmö: Liber.

Hälso- och sjukvårdslagen. (1982 :763§2).

<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen%28hsl%29> (senast tillgänglig 090922)

Kenney, J. W., & Tash, D. T. (1992). Lesbian childbearing couples' dilemmas and decisions. *Health Care for Women International*, 13; 209-(19).

Krippendorff K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks California: Sage Publications Inc.

Kristoffersen, N. J. Red. (1998). *Allmän omvårdnad 3. Patient och sjuksköterska - kropp, behov och metoder*. Stockholm: Liber AB.

Kulick, D. (2004). *Queerteori, performativitet och heteronormativitet – några grundläggande begrepp*. I: Olsson, A-C & Olsson, C (Red) *I den akademiska garderoben*. Stockholm: Atlas.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman. B & Graneheim Hällgren. U. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*, Granskär. M & Höglund-Nielsen. B. 159-(72). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (1998). *Validitet. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

McManus, A. J. (2008). Creating an LGBT-Friendly Practice: Practical Implications for NPs. *The American Journal for Nurse Practitioners*.12(4), 29-38.

Morrissey M. (1996). Attitudes of practitioners to lesbian, gay and bisexual clients *British Journal of Nursing (BJN) Clinical*, 5 (16), 980-982

Olesker E. Walsh L.V. (1984). Childbearing among Lesbians: Are we Meeting Their Needs? *Journal Nurs Midwifery*, 29(5), 322-329.

Platzer H, James T. (2000). Lesbians' experiences of healthcare. Including commentary by C. Maggs. *Nursing Times Research*, 5: 194-203.

Porter J. (2005). The booking visit: A difficult encounter for lesbian clients? *British Journal Of Midwifery*, 13(12), 786-89.

RFSL. (2009). <http://www.rfsl.se/?p=413> (Senast tillgänglig 091010)

Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Bokförlaget Atlas

Ross LE, Steele LS, Epstein R. (2006). Service use and gaps in services for lesbian and bisexual women during donor insemination, pregnancy, and the postpartum period. *Journal of Obstetrics and Gynaecology,Canada*;28(6), 505-151.

Roth. N. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT- personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Röndahl, G. & Innala, S. & Carlsson, M. (2004). Nursing staff and nursing students' emotions towards Homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1),19-26.

Röndahl G, Innala S, Carlsson M. (2007). To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from their psychosocial work environment. *Journal of Homosexuality*,52:,211-233.

Röndahl G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1),146-152

Sandell K. I: Hovelius B, Johansson E. (2004). *Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik. Kropp och genus i medicin*. Lund: studentlitteratur.

Seaver MR; Freund KM; Wright LM; Tjia J; Frayne SM. (2008). Health care preferences among lesbians: a focus group analysis. *Journal of Women's Health*, 17 (2),215-25.

Socialstyrelsen,HSL(1982:763§2).

[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))

(senast tillgänglig 090920)

Spidsberg, B.D. (2007). Vulnerable and strong- lesbian women encountering maternity care; *Journal of Advanced Nursing*,60(5), 478-86.

Spinks, V.S., Andrews, J., Boyle, J.S. (2000). Providing health care for lesbian clients. *Journal of Transcultural Nursing*,11(2),137-43.

Statens folkhälsoinstitutet (2009) <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Sexualitet-och-reproduktiv-halsa/> (senast tillgänglig 090915)

Statens offentliga utredningar. (2001). *Barn i homosexuella familjer*. Stockholm: Kommittén om barn i homosexuella familjer.

Stevens PE, Morgan S. (1999). Health of lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *Journal of Child and Family Nursing*,2: 237-51.

Stewart M. (1999). Lesbians parents talk about their birth experiences. Storbritannien, *British Journal of Midwifery*, 7(2):96-101.

Stewart, M. (2002). We just want to be ordinary: Lesbians parents talk about their birth experiences. *MIDIRS midwifery Digest*, 12, 415-418.

Tash, D.T, Kenney, J.W. (1993). The lesbian childbearing couple: A case report. *Birth*, 20, 36-40.

Thomson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

WHO (2002). *Definitions on sexuality*. International WHO Technical Consultation on Sexual Health (28-31 January). World Health Organization.

WHO (2004). "Progress in reproductive health research".
<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf> (senast tillgänglig 091116).

Wilton T. (2000). *In health and social care. A text book*. Philadelphia: Open University Press.

Wilton T. Kaufmann T. (2001). Lesbian mothers experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17(3):203-211.

Wilton T. (1999). Towards an understanding of the cultural roots of homophobia in order to provide a better midwifery service for lesbian clients. *Midwifery*, 15 (3):154-164.

Bilaga1:

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Sannolikt kommer antalet ”regnbågsfamiljer” öka i framtiden eftersom allt fler homo- och bisexuella ställer sig positiva till eller planerar att skaffa sig barn.

Det finns en hel del vetenskapliga studier om homosexuella och de flesta har medicinsk inriktning. En del studier har gjorts om barn som lever med homosexuella föräldrar. Det finns även en del studie om pappa och pappas upplevelse under den tid par väntar barn och under förlossningsvården. Men kunskapen om hur medmammor i ett lesbiskt förhållande upplever barnmorskans bemötande på mödravården under den tid de väntar barn är begränsad. Studien kan förhoppningsvis bidra till större kunskap och förståelse för medmammor i ett lesbisk förhållande.

Studiens genomförande

Du blir nu tillfrågad om deltagande i denna studie eftersom du lever i ett lesbiskt förhållande, nyligen har fått barn och gått på kontroll tillsammans med din gravida partner på någon mödravårdscentral inom Södra Bohuslän och Göteborg.

Du har blivit kontaktad av en gemensam bekant som känner till vår studie och du har då gett ditt medgivande till att vi fick ta kontakt med dig.

Om Du väljer att delta i studien så kommer den att innebära att vi intervjuar dig om dina erfarenheter av mödravården, på en plats och vid en tidpunkt som du själv avgör. Intervjun kommer att ta ca 60 min.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå, eller när som helst avbryta din medverkan i studien, utan att ange orsak och utan att det påverkar din eventuella fortsatta vård.

Hantering av data

De bandinspelade intervjuerna kommer att avidentifieras och förvaras inlåsta. Ditt namn och den information som skulle kunna identifiera dig eller den mottagningen du har varit på under graviditeten kommer att tas bort. Materialet analyseras tillsammans så att enskilda inte kan identifieras. Ingen obehörig får tillgång till intervjumaterialet. Resultatet kommer att ingå i en magisteruppsats på Göteborgs universitet. Om du önskar ta del av denna är du välkommen att höra av dig till ansvariga för studien.

Ansvariga

Mozhgan Jalali
Barnmorska
MVC Krokslätt
Kroksläts vårdcentral
Box 2004,43102 Mölndal
E-post: mozhgan.jalali@vgregion.se

Tone Ahlborg
Lektor i Reproduktiv o. perinatal hälsa
Göteborgs universitet
Box 457, 405 30 Göteborg
Tel. 031-7866053
E-post: tone.ahlborg@fhs.gu.se

Bilaga 2:

SAMTYCKE TILL DELTAGANDE

Hur lesbiska medmammor upplever möte med barnmorska på mödravården under den tid de väntar barn.

Jag är villig att delta i en intervju som spelas in på band och att den får användas för vetenskaplig publikation. Jag har muntligt informerats om studien och har tagit del av den skriftliga informationen. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande när som helst utan vidare förklaring.

Ort:.....den.....

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Underskrift, ansvarig för studien

Bilaga 3:

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Kunskapen om hur medmammor i ett lesbiskt förhållande upplever barnmorskans bemötande på mödravården under den tid de väntar barn är begränsad. Tanken med min studie inom reproduktiv och sexuell hälsa på Göteborgs Universitet är att få fördjupad kunskap om hur just lesbiska medmammor upplever barnmorskans bemötande på mödravården för att kunna få bättre förståelse och bemöta dessa pars behov på bästa sätt. Jag har tänkt att testa min forskningsplan genom att göra en pilotstudie, då 2-4 lesbiska medmammor ska ingå. Metoden som används i studie är kvalitativ intervju. Jag behöver intervjua 2-4 lesbiska medmammor då partnern har genomgått insemination och de har gått på regelbundna kontroller under graviditeten på någon av våra mödrahälsövårdsmottagningar.

Intervjuerna kommer att göras av undertecknad barnmorska under januari-februari 2010 enligt överenskommelse per telefon. Deltagarna informeras både muntligt och skriftligt om examensarbetets syfte och intervjuernas genomförande. Efter deltagarnas informerade samtycke genomförs intervjuerna på en plats som bestäms av den deltagande. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material eller utskrifter. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare

Tone Ahlborg

Lektor i Reproduktiv o. perinatal hälsa

Göteborgs universitet

Box 457, 405 30 Göteborg

Tel. 031-7866053

E-post: tone.ahlborg@fhs.gu.se

Mozhgan Jalali

Barnmorska

Mödravårds- och preventivmedels mottagningen

Krokslätts vårdcentral Box 2004 43102 Mölndal

Tel 031-862753

E-post: mozhgan.jalali@vgregion.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att barnmorska Mozhgan Jalali genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Göteborg / 2009

Kerstin Torgeby

Verksamhetschef

Enheten för MVC/Gyn/UM

Södra Bohuslän