



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

**HOMOSEXUELLA KVINNORS  
UPPLEVELSER AV  
BARNMORSKANS  
BEMÖTANDE UNDER  
GRAVIDITETEN OCH EFTER  
BARNAFÖDANDET**  
EN KVALITATIV STUDIE

**HOMOSEXUAL WOMEN'S  
EXPERIENCES OF MIDWIFERY  
RESPONSE DURING  
PREGNANCY AND AFTER  
CHILDBIRTH**  
A QUALITATIVE STUDY

Examensarbete inom huvudområdet  
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin/Vårtermin År 2016

Författare: Mikaela Thelaus  
Handledare: Anette Ekström

# Sammanfattning

Titel: Homosexuella kvinnors upplevelser av barnmorskors bemötande under graviditeten och efter barnafödandet

Författare: Mikaela Thelaus

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Anette Ekström

Sidor: 29

Månad och år: September, 2016

Nyckelord: Barnmorskor, HBTQ, Bemötande, Obstretisk vård, samkönad relation

---

**Bakgrund:** I arbetet som barnmorska är det viktigt att bemöta alla på samma sätt utifrån deras individuella behov, oavsett deras sexuella läggning och familjekonstellation. Med tanke på den heteronormativitet som genomsyrar samhället kan man tänka sig att det även visar sig inom mödra- och förlossningsvård. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa hur gravida och födande homosexuella kvinnor upplever barnmorskornas bemötande under graviditeten och efter barnafödandet. **Metod:** En kvalitativ metod och en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes, Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tolv homosexuella kvinnor som varit eller var gravida. **Resultat:** I resultatet framkommer det vad homosexuella kvinnor ser som ett gott respektive ett dåligt bemötande. Resultatet behandlar även barnmorskans bemötande gentemot medföräldern. **Konklusion:** De homosexuella kvinnorna i studien uppgav att ett gott bemötande från barnmorskor kunde vara att de bemöttes med respekt och att barnmorskorna fokuserade på graviditeten istället för på den samkönade relationen. Barnmorskors bemötande uppfattas som bättre om könsneutrala uttryck används. Medföräldrarnas delaktighet i graviditet, förlossning och eftervård är något barnmorskor ska beakta och uppmuntra.

## Abstract

Title: Homosexual women's experiences of midwifery response during pregnancy and after childbirth

Author: Mikeala Thelaus

Department: School of Health and Education

Course: Master Degree Project in Midwifery, 13 ECST

Supervisor: Anette Ekström

Pages: 29

Month and year: September, 2016

Keywords: Midwives, LGBT, response, obstetrical care, same-sex relationships

---

**Background:** In the work as a midwife it's important to respond to everyone the same way based on their individual needs, regardless their sexual orientation and family constellation. Given the heteronormativity that permeates society, one can imagine that it also proves to maternity and obstetric care. **Purpose:** The purpose of the study was to explore how pregnant and birthing lesbian women experience midwives response during pregnancy and after childbirth. **Method:** A qualitative approach and content analysis with inductive approach was used, semi-structured interviews were conducted with twelve lesbian women who had been or where pregnant. **Results:** The result shows what lesbian women see as a good or a bad response. The result also addresses the midwife's attitude towards the co-parent. **Conclusion:** The lesbian women in the study said that a good response could be that they where responded to with respect and that midwives are focused on the pregnancy, instead of the same-sex relationship. Midwives response is perceived as better if gender-neutral terms are used. The co-parents involvement in pregnancy, childbirth and postnatal care is something midwives should consider and encourage.

## **Förord**

Jag vill tacka alla de kvinnor som deltagit i studien, samt min handledare Anette Ekström som väglett mig, ett mig konstruktiv kritik och goda råd på vägen. Jag vill också tacka min familj för all stöttning genom denna tid. Inte minst vill jag tacka den underbara Evelina Östlund som stått vid min sida och stöttat mig i ur och skur när det känts som om jag velat ge upp.

## Definitioner och terminologi

<i>GBTQ</i>	<i>Ett paraplybegrepp för homosexuell, bisexuell, transperson och queer</i>
<i>Heteronormativitet</i>	<i>Ett normsystem som beskriver kön och sexualitet, personer skall antingen vara män eller kvinnor ingenting annat. Enligt heteronormativiteten förväntas män vara maskulina och kvinnor feminina. Ett parförhållande skall bestå av en kvinna och en man.</i>
<i>Heterosexuell</i>	<i>En person med förmågan att attraheras av och/eller bli kär i en person av det andra könet</i>
<i>Homosexuell</i>	<i>En person med förmågan att attraheras av och/eller bli kär i en person av samma kön</i>
<i>HSL</i>	<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>
<i>Insemination</i>	<i>”en åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp” (SOSFS 2009:32, 1kap. 3§)</i>
<i>RFSL</i>	<i>Riksförbundet För Sexuellt Likaberättigande</i>

# Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Historik och lagar.....	1
HBTQ-personers möte med vården.....	2
Homosexuella kvinnor och tankar kring familjeplanering.....	2
Mötet mellan barnmorskan och den gravida, homosexuella kvinnan.....	3
Relationer och förhållningssätt.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE.....	5
METOD.....	5
Val av metod.....	5
Urval.....	6
Inklusionskriterier.....	7
Datainsamling.....	7
Analys.....	7
Etiska överväganden.....	8
RESULTAT.....	9
Känslan av ett gott bemötande.....	9
<i>Barnmorskan är välkomnande.....</i>	9
<i>Barnmorskan låter medföräldern vara delaktig.....</i>	10
Känslan av ett dåligt bemötande.....	11
<i>Barnmorskan är inte välkomnande.....</i>	11
<i>Barnmorskan håller medföräldern utanför.....</i>	12
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	17
KONKLUSION.....	21
KLINISK TILLÄMPNING.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	22
REFERENSER.....	23
BILAGOR.....	27

Bilaga 1.....	27
Bilaga 2.....	29

# **Inledning**

Förr i tiden bestod kärnfamiljen oftast av en mamma, en pappa och barn, men idag ser familjer ofta mer olika ut. Idag används termen regnbågsfamilj för att beskriva familjer där en eller flera personer identifierar sig som HBTQ. För regnbågsfamiljer finns det alltför ofta ett problem när det handlar om graviditet, barnafödande och att bilda familj. Homosexuella, gravida kvinnor skall ha rätt till samma vård och omsorg som heterosexuella. Barnmorskor bör även ha en kunskap och förståelse om HBTQ. Ju mer kunskap barnmorskor har om HBTQ desto tryggare blir de i deras yrkesroll. När barnmorskor bemöter homosexuella kvinnor är det viktigt att de får ett tryggt och professionellt omhändertagande på barnmorskemottagningen, så de känner sig lika välkomna där som heterosexuella kvinnor i samma situation. Tidigare forskning belyser en bristande kunskap om HBTQ hos barnmorskor och homosexuella kvinnor känner att de inte blir tagna på allvar. Sedan 2005, då det kom en ny lag som godkände insemination för homosexuella kvinnor, blir homosexuella kvinnor gravida i allt större utsträckning.

## **Bakgrund**

### **Historik och lagar**

I Sverige var homosexualitet länge ett brott, det avkriminaliserades inte förrän 1944. 1950 bildades RFSL som arbetar för att HBTQ-personer skall ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som alla andra. Fram till 1979, då Socialstyrelsen tog bort det, fanns homosexualitet i registret över mentala diagnoser i Sverige (RFSL, 2012). Det uppdrag Folkhälsoinstitutet har av Sveriges regering sedan 1992 beskrivs som ett åliggande att följa upp de homosexuellas situation i Sverige för att kunna förbättra den (Andersson, 1996). 1995 införde Sverige, som ett av de första länderna i världen, registrerat partnerskap. Den lagen kunde jämföras med äktenskapslagen (RFSL, 2012). För att bekämpa homofobi och diskriminering i det svenska samhället utsåg regeringen, år 1999, homoombudsmannen att ansvara för det. Bestämmelserna om hets mot folkgrupp kom att utvidgas 2003 till att även omfatta hets mot grupper med anspelning om sexuell läggning (Homoombudsmannen, 2012).

År 2005 ändrades lagen om hjälp till konstgjord befruktning, inseminering, till att gälla även för homosexuella kvinnor som lever i ett parförhållande, antingen som sambos eller under registrerat partnerskap. Sedan den lagen ändrades har möjligheten till inseminering lett till att homosexuella kvinnor blivit gravida i större utsträckning (SOSFS, 2005). Det leder till att allt



fler homosexuella kvinnor kommer i kontakt med mödravården. I HSL står det att alla människor har rätt till en jämlik, god och säker vård. Även barnmorskors uppdrag innefattas inom HSL. HSL beskriver vikten av att barnmorskor, för att uppfylla kraven, även arbetar med sig själva. Inom vården är det vanligt att vårdpersonal agerar efter heterosexuella normer, ofta undermedvetet (HSL 1982:763).

## **HBQ-personers möte med vården**

I kontakt med vården uppger många HBQ-personer att de upplever en känsla av oro för att avslöja sin sexuella läggning och könsidentitet (Chapman, Watkins, Zappia, Combs & Shields, 2012a). På grund av en rädsla för att bli diskriminerad eller inte känna sig förstådd menar de att de är oroliga att de inte ska få adekvat vård eller att de på grund av sin sexualitet till och med nekas vård. Patienter bör känna en trygghet i att kunna vara öppna med sin sexuella läggning och könsidentitet för att kunna få så bra råd och information av vårdpersonal som möjligt. Studier har visat att om HBQ-personer valt att dela med sig information om sin sexuella läggning har de fått ett bra mottagande med enbart stödjande och respektfull vård (ibid.). Dock har andra studier visat att HBQ-personer ofta känt behovet att förklara sig och sin livsstil samt att de behövde utbilda vårdpersonal om ämnet (Perrin & Kulkin, 1996; Shields, Zappia, Blackwood, Wattkins, Wardrop & Chapman, 2012).

I en studie framkommer det att homosexuella kvinnor lägger stor vikt vid språkbruket på de vårdinrättningar de besöker. De vill ha könsneutrala journaler och blanketter där ord som ”partner” eller ”sambo” används istället för ”man” eller ”fru” (Quinn, Sutton, Winfield, Breen, Canales, Shetty, Senovic, Green och Schabath, 2015). När det kommer till homosexuella par som föräldrar är det viktigt för vårdpersonal att aktivt arbeta för att föräldrarollen inte skall vara kopplad till kön och sexualitet (Weber, 2010). För att underlätta för barnmorskor i deras arbete med att bemöta olika människor tog Socialstyrelsen år 2015 fram en publikation med information om HBQ för att förenkla mötet med HBQ-personer (Socialstyrelsen, 2015).

## **Homosexuella kvinnor och tankar kring familjeplanering**

Oavsett sexuell läggning är det ett stort beslut och en livsomvändande händelse att skaffa barn och bilda familj (Chapman, Wardrop, Freeman, Zappia, Watkins & Shields, 2012b). Homosexuella kvinnor, som vill skaffa barn, möter ofta fler hinder än heterosexuella kvinnor i samma situation. De homosexuella kvinnorna måste framförallt hantera den homofobi som är utbredd i samhället samt den heteronormativitet som samhället är uppbyggt på som säger att

homosexuella par inte är lika lämpade som heterosexuella par att bli föräldrar (ibid.). Det är framförallt hos den äldre generationen av barnmorskor som åsikter om de homosexuella kvinnorna som föräldrar kommer till ytan (Jennings, Mellish, Tasker, Lamb & Golombok, 2014). En annan fråga som belyses är den om vad homosexuella kvinnor ställs inför vid en graviditet och hur de ska koppla samman sin homosexuella identitet med det kommande moderskapet. Det visar sig att homosexuella kvinnor i samband med andra homosexuella kvinnor förenar moderskapet och den sexuella läggningen för att omdefiniera idén om den normativa familjekonstellationen (ibid.). Homosexuella kvinnor kan också uppvisa en rädsla om att förlora sin homosexuella identitet i samband med familjebildningen (Chabot & Ames, 2004). Samtidigt föds funderingen om hur barnet, som föds in i en samkönad relation, kommer att bemötas av samhället. Dessa tankar har i vissa fall varit så starka att homosexuella kvinnor börjat tvivla på sin rätt att skaffa barn. Dock känner flertalet av de homosexuella kvinnorna att deras barnlängtan är stor och att de har samma lämplighet som heterosexuella kvinnor att bli mammor (ibid.). Homosexuella kvinnor menar ibland på, på grund av att processen för att bli gravid är för deras skull svårare än för heterosexuella kvinnor, att deras vilja att skaffa barn är starkare (Bos, van Balen & van den Boom, 2003). Frågan om huruvida homosexuella par är lämpliga som föräldrar eller inte, är något som många har åsikter om. Forskare är dock eniga om att den psykologiska anpassningsförmågan inte skiljer sig mellan barn i homosexuella familjer och barn i heterosexuella familjer (Bos & van Balen, 2008).

### **Mötet mellan barnmorskan och den gravida, homosexuella kvinnan**

I mötet mellan barnmorskor och gravida, homosexuella kvinnor upplever ofta kvinnorna att bemötandet grundas i heteronormativitet, både när det kommer till vad barnmorskorna säger och vad de utstrålar med sitt kroppsspråk (McManus, Hunter & Renn, 2006; Rödahl, 2005; Rödahl, Innala & Carlsson, 2006; Rödahl, Bruhner & Lindhe, 2009; Spidsberg, 2007). Ett bemötande som grundas i heteronormativitet gör ofta att homosexuella kvinnor, framförallt under deras första graviditet, känner sig sårbara och osäkra i mötet med barnmorskorna (ibid.). Heteronormativiteten framkommer redan under föräldrautbildningen, som par blir erbjudna från barnmorskemottagningar (Larsson & Dykes, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Utbildningen utgår ofta från att det finns en mamma och en pappa, ett förhållningssätt som leder till att homosexuella par känner sig exkluderade. Även i det enskilda mötet med barnmorskorna blir heteronormativiteten tydlig, framförallt gentemot medföräldrarna. Medföräldrarna får ofta en uppfattning av att barnmorskorna har svårt att se deras roll i föräldraskapet som gör att de känner sig förbisedda och exkluderade (ibid.). I mötet med barnmorskor upplever homosexuella

kvinnor att det blir lättare om barnmorskor använder sig av öppna frågor, alltså frågor som öppnar upp för ett annat svar än ”ja” eller ”nej”, när det handlar om kvinnornas livsstil. När homosexuella kvinnor får öppna frågor tycker de att det är lättare att själva berätta om sin sexualitet (Larsson & Dykes, 2007). Det framkommer att barnmorskor upplever det svårt att bemöta homosexuella par (Spidsberg & Sørli, 2012). Barnmorskor grundar ett sådant bemötande på okunskap. Barnmorskor väljer att låta paren själva berätta om deras relation, om de är i ett partnerskap eller om de är vänner. Barnmorskor känner ofta att de upplever en nyfikenhet angående graviditeten, exempelvis hur den uppkommit. Dock känner barnmorskor även att nyfikenheten kan uppfattas som snokande och integritetskränkande gentemot de homosexuella paren (ibid.).

Många homosexuella kvinnor upplever att de får ett bättre intryck av barnmorskorna under själva förlossningen om barnmorskorna bemöter medföräldrarna som en självklar del och ett stöd i förlossningsarbetet (Buchholz, 2000). När barnmorskor specifikt frågar de gravida kvinnorna om medföräldrarna är väninnor eller systrar känner sig de gravida kvinnorna tvungna att förklara medföräldrarnas roll. De upplever då att barnmorskorna blir obekväma med situationen vilket i sin tur leder till pinsam stämning. I de fall där barnmorskor bekräftar båda kvinnorna och får dem att känna sig trygga i föräldrarollen känner kvinnorna att de får ett bra bemötande från barnmorskorna. Dock finns det barnmorskor som upplevs som stressade och kvinnorna kan då misstolka stressen som negligering, och tro att barnmorskorna hellre lägger mer tid på de heterosexuella paren (ibid.).

## **Relationer och förhållningssätt**

Joyce Travelbee (1971) utvecklade ett förhållningssätt mellan vårdpersonal och patienter som grundar sig i att etablera en mellanmänsklig relation. Travelbee menar att den enskilda människan skall betraktas som en unik person. Hon menar även att de roller som vårdpersonal och patient har i mötet inte hjälper till att etablera en mellanmänsklig relation. Det är först när vårdpersonal och patienter går ur sina roller, och ser varandra som unika individer, en mellanmänsklig relation kan bildas.

Vidare beskriver Travelbee de faser som en interaktionsprocess innehåller. Faserna är *Det första mötet*, *Framväxt av identiteter*, *Empati*, *Sympati* och *Etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt*. Det första mötet baseras på de stereotypa uppfattningar som båda parter har när de inleder mötet. I den andra fasen börjar personernas roller försvagas och byts ut mot unika personer. I den andra fasen är det viktigt att vårdpersonal betraktar patienten som en unik

individ, olik alla andra patienter. Den tredje fasen handlar om empati, som enligt Travelbee inte är beroende av gillande gentemot den andre utan handlar om en intellektuell process. Som ett resultat av empati kommer den fjärde fasen, alltså sympati, som tillskillnad från empati handlar om individens inställning och attityd. Vårdpersonal visar sympati gentemot patienten genom att visa engagemang gentemot dennes situation. I Travelbees femte, och sista, fas visar vårdpersonal förståelse gentemot patienten som i sin tur känner att vårdpersonal är att lita på.

Travelbee menar att kommunikation är det viktigaste hjälpmedlet vårdpersonal har för att bilda en stark mellanmänsklig relation. Travelbee visar också att förhållandet till familjen är viktigt för patienten (ibid.).

## **Problemformulering**

I arbetet som barnmorska är det viktigt att bemöta alla patienter på samma sätt utifrån deras individuella behov, oavsett deras sexuella läggning och familjekonstellation. Med tanke på den heteronormativitet som genomsyrar samhället kan man tänka sig att det även visar sig inom mödra- och förlossningsvården. Det bemötande en gravid kvinna får av sin barnmorska är avgörande för hur hon kommer att uppfatta vården under hennes graviditet. Därav är det av betydelse att undersöka hur homosexuella, gravida kvinnor upplevt det bemötande de fått av barnmorskor under tiden på mödravård, förlossning samt efter det att barnet är fött. Genom en sådan undersökning kan kunskapen om hur barnmorskor ska bemöta dessa kvinnor ökas.

## **Syfte**

Belysa hur gravida, födande, homosexuella kvinnor upplever barnmorskornas bemötande under graviditeten och efter barnafödandet

## **Metod**

### **Val av metod**

Studien är genomförd med en kvalitativ design, med en induktiv ansats. Kvalitativa data samlades in, genom telefonintervjuer med informanter, och en kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera data. Kvalitativ design används när personers egna erfarenheter och berättelser ska beskrivas (Henricsson & Billhult, 2012). Eftersom syftet med den här studien var att beskriva upplevelser valdes den kvalitativa designen eftersom den är utformad för att

beskriva upplevelser. Den kvalitativa metoden är bra, när upplevelser beskrivs, eftersom författaren kan förhålla sig till studien med både närhet och distans (Polit & Beck, 2012).

Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer. Då intervjuer är en lämplig datainsamlingsmetod när syftet är att beskriva ett fenomen, där informanternas egna berättelser är i fokus (Danielsson, 2012). Kvalitativ innehållsanalys valdes då den, genom att identifiera skillnader och likheter i en text, fokuserar på att beskriva variationer (Graneheim & Lundman, 2008).

## **Urval**

Rekryteringen av informanter skedde via sociala nätverk, i det här fallet Facebook. En statusuppdatering lades ut, där homosexuella kvinnor efterfrågades till en studie. Statusuppdateringen delades vidare av andra och på så sätt spreds informationen. De kvinnor som var intresserade fick anmäla sitt intresse via mail, där de kort fick berätta om sig själva. Tolv kvinnor, som var bäst lämpade för studien, valdes ut genom ett strategiskt urval. Genom strategiskt urval ges en god variation av informanter och berättelser. Stor variation i informanternas beskrivningar ger ett större underlag för att svara på syftet (Henricsson & Billhult, 2012). Till den här studien valdes kvinnor med olika relationsstatus, olika antal barn samt kvinnor i olika åldrar ut. Kvinnorna var även bosatta runt om i Sverige, vilket ger en god variation i deras beskrivning om barnmorskors bemötande. Kvinnorna varierade i åldrar där fem kvinnor var över 35 år gamla, sex kvinnor var mellan 30 och 35 år gamla och en kvinna var under 30 år gammal. Även kvinnornas relationsstatus varierade. Majoriteten av kvinnorna var i ett registrerat partnerskap, tre kvinnor var sambos och en kvinna levde som ensamstående. Det antal barn kvinnorna hade varierade mellan ett till två barn.

De kvinnor som valdes ut fick ett informationsbrev skickat till sin mail (Bilaga 1). I informationsbrevet fanns information om studiens syfte och hur den skulle gå till. Efter utskicket av informationsbrev fick kvinnorna olika alternativ med datum och tider för en telefonintervju.

## **Inklusionskriterier**

Inklusionskriterier för att delta i studien var att kvinnorna skulle vara gravida eller varit gravida och fött barn under de senaste femton åren. Kvinnorna skulle ha levt i en homosexuell relation under graviditeten. Det sista inklusionskriteriet var att kvinnorna skulle kunna förstå och göra sig förstådda med hjälp av det svenska språket.

## **Datainsamling**

Som stöd vid datainsamlingen användes en intervjuguide med öppna frågor och frågeområden. Intervjuguiden gav en möjlighet att strukturera intervjun och hjälpte intervjuaren att veta vilka frågor som skulle ställas. Intervjuguiden bestod av sex frågor (Bilaga 2). Som Polit och Beck (2012) rekommenderar innehöll intervjuguiden även förslag på uppföljningsfrågor, som användes för att få fram ytterligare detaljerad information från informanterna. Intervjuerna genomfördes semistrukturellt, vilket innebär att frågorna inte behöver tas i samma ordning vid varje intervju. Intervjuaren anpassar sig och ordning på frågorna utefter vad informanterna berättar.

Eftersom informanterna var utspridda över hela Sverige genomfördes intervjuerna via telefon. Informanterna delgavs muntlig information, om studiens syfte och att allt deltagande var frivilligt, innan intervjun startade. Varje intervju tog cirka 25-30 minuter och spelades in med hjälp av telefonens högtalarfunktion.

## **Analys**

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades ordagrant. En ordagran transkribering är att föredra då olika nyanser i texten kommer fram (Danielsson, 2012). Under transkriberingen fick varje intervju en sifferkod för att avidentifiera informanterna. Användandet av sifferkoder som avidentifiering är ett bra sätt att säkra konfidentialiteten (ibid.). När intervjuerna transkriberats bearbetades de färdiga texterna genom en kvalitativ innehållsanalys (Tabell 2) efter Graneheim och Lundmans (2008) beskrivning. Till att börja med lästes texterna flera gånger och informationen bearbetades för att skapa en helhetsbild. Sedan identifierades innehållet i texten genom en systematisk kategorisering för att få fram analysenheter. Analysenheterna skall vara små, för att lättare kunna hanteras i analysprocessen, men samtidigt utgöra en helhet (ibid.). De meningar och fraser som angås vara relevanta och besvarade syftet plockades sedan ut. Dessa informationsrika meningar och fraser i en analysenhet kallas för meningsbärande enheter (ibid.). I näste steg genomfördes en kondensering av de meningsbärande enheterna. En kondensering av meningsbärande enheter

avser att göra testen lättare att hantera genom att den kortas ned (ibid.). Till sist kodades varje kondenserad enhet. En kod etiketterar och abstraherar en meningsbärande enhet ytterligare (ibid.). Genom kodningen framkom kategorier och subkategorier, som innehöll meningsbärande enheter med liknande innehåll.

*Tabell 2. Exempel på meningsbärande enheter, kondenserad meningsenhet, kod, subkategorier och kategorier.*

<b>Meningsbärande enheter</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
<i>”Vi svarade att det inte fanns någon pappa. Barnmorskan svarade att hon tyckte det var konstigt”</i>	Barnmorskan tyckte det var konstigt att det inte fanns en pappa.	Heteronormativt tänk	Barnmorskan är inte välkomnande	Känslan av ett dåligt bemötande

## **Etiska överväganden**

Enligt Vetenskapsrådet finns fyra forskningskrav att ta hänsyn till. Kraven finns till för att vägleda forskare i hur förhållandet till informanterna ser ut under forskningstiden. De fyra forskningskraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Det första kravet att ta hänsyn till är informationskravet. Det har tillgodosetts genom att informanterna fått ta del av såväl skriftlig som muntlig information om studiens syfte och dess genomförande. Då informanterna i den här studien själva fick anmäla sitt intresse, och inte plockas ut av någon verksamhet, finns inget krav om skriftligt samtycke. Däremot har informanterna blivit väl införstådda i studien och de har samtyckt till deltagande, på så sätt har även samtyckeskravet uppfyllts. Det tredje forskningskravet är konfidentialitetskravet som i den här studien uppfyllts genom att deltagarna aidentifierats genom att insamlad data fått en sifferkod, enbart författaren hade tillgång till materialet under studien. Till sist uppfylls nyttjandekravet genom att informationen och de uppgifter som samlats in enbart kommer att användas i aktuell studie. När uppsatsen är godkänd kommer allt material förstöras. Informanterna fick vid tillfället för sin intervju muntlig information om att resultatet kommer

finnas tillgängligt i en forskningsdatabas, vikten av en sådan information understryker Vetenskapsrådet (2012) samt Polit och Beck (2012).

## Resultat

Resultatet redovisas i två kategorier med fyra subkategorier (Tabell 3). För att stärka resultatets giltighet har utvalda citat från intervjuerna använts. För att värna om konfidentialiteten har intervjuerna kodats med ett nummer.

*Tabell 3 Presentation över kategorier och subkategorier*

<b>Kategorier</b>	<i>Subkategorier</i>
Känslan av ett gott bemötande	<i>Barnmorskan är välkomnande</i>
	<i>Barnmorskan låter medföräldern vara delaktig</i>
Känslan av ett dåligt bemötande	<i>Barnmorskan är inte välkomnande</i>
	<i>Barnmorskan håller medföräldern utanför</i>

### **Känslan av ett gott bemötande**

#### **Barnmorskan är välkomnande**

Kvinnorna kände att de fick ett bra bemötande av barnmorskorna om de upplevde att barnmorskorna visade en nyfikenhet på ett positivt sätt och ville lära sig mer om hur de kan bemöta och stötta homosexuella kvinnor. Kvinnorna tyckte att det var bra om barnmorskorna vågade ställa frågor och att de inte dolde sin förvåning när det kom in två kvinnor i rummet. Om barnmorskorna bemötte kvinnorna med ett öppet sinne så kände kvinnorna en större trygghet i att öppna upp och berätta om sin sexuella läggning och familjekonstellation. Ett annat exempel på ett gott bemötande som ingav trygghet hos kvinnorna var om barnmorskorna bemötte dem som vilket par som helst och på ett neutralt sätt. Om barnmorskorna pratade med de homosexuella kvinnorna som om de pratade med ett heterosexuellt par så gav det en känsla av att barnmorskorna var mer villiga att hjälpa de homosexuella kvinnorna.

*”I det stora hela tycker jag att det var ett mycket mer öppet klimat och man behövde inte skämmas. Jag kände mig som vem som helst, jag tyckte att jag bemöttes på samma sätt som ett heterosexuellt par” [2]*



Barnmorskemottagningar som redan i väntrummet välkomnar homosexuella par, genom information, broschyrer och regnbågsflaggan, gav redan från början ett gott bemötande mot kvinnorna. Kvinnorna upplevde att de barnmorskor som tydligt visade ett brinnande intresse för sitt yrke, och att hjälpa gravida kvinnor, uppskattades och upplevdes som trygga och hjälpsamma. När kvinnorna kom från barnmorskemottagningarna till förlossningen ingav barnmorskorna en större känsla av trygghet om de redan innan var pålästa på journalen. När barnmorskorna var pålästa och redan innan visste att det var en regnbågsfamilj kunde kvinnorna vara sig själva och fokusera på förlossningsarbetet.

Den yngre generationen barnmorskor ingav ett intryck av att vara mer öppna och förstående mot de homosexuella kvinnorna. De unga barnmorskorna upplevdes som mindre moraliserande när det kom till homosexualitet och samkönade par som föräldrar.

*”För det första så var de yngre mer öppna och hade på ett sätt mer förståelse. De hymlade inte eller tyckte att det var pinsamt att prata med oss.” [11]*

### **Barnmorskan låter medföräldern vara delaktig**

När kvinnorna kom till barnmorskemottagningen tillsammans med sin partner upplevde de att de fick ett bättre bemötande om barnmorskorna inkluderade partnern i samtalet. Om barnmorskorna gjorde partnern delaktig i föräldrakapet och såg henne som en medförälder blev kvinnornas upplevelse av bemötandet bättre. På barnmorskemottagningarna upplevde kvinnorna att de fick ett bättre bemötande om barnmorskorna ställde lika många frågor till medföräldrarna som till dem själva. Ett annat exempel på ett bra bemötande var när kvinnorna kom till barnmorskemottagningarna och barnmorskorna inte drog förhastade slutsatser om vem medföräldrarna var, om de var väninnor eller systrar till exempel. Om barnmorskorna var öppna och nyfikna på vem medföräldrarna var kände kvinnorna att det var lättare att själva berätta om relationen. Kvinnorna uppskattade om barnmorskorna på barnmorskemottagningen frågade redan där hur de ville göra med amningen. Om barnmorskorna frågade om även medföräldrarna ville vara delaktiga i amningen uppskattades det av kvinnorna. Om kvinnorna fick frågan om amning redan på barnmorskemottagningen kände de en trygghet i att de hade tid att fundera och förbereda medföräldrarna inför eventuell amning. Kvinnorna uppskattade om de fick information om hur det skulle gå till om medföräldrarna ville amma. Om barnmorskorna förklarade att det var lättare att få igång en mjölkproduktion om medföräldrarna själva varit gravida tidigare var det lättare för kvinnorna att ta beslutet om delad amning. Kvinnorna tyckte

även att det var bra när barnmorskorna gav information om att även en kvinna som inte fått barn tidigare kan få igång en mjölkproduktion, men att det tar längre tid.

*”Barnmorskan hade ett fantastiskt bemötande, hon ställde lika många frågor till min fru som hon ställde till mig. Det uppskattades väldigt från oss båda. Man kände att både jag och min fru var delaktig”.[#3]*

När kvinnorna hade fött sina barn och de var på BB upplevde de barnmorskornas bemötande som bra om barnmorskorna hjälpte dem att få igång en mjölkproduktion hos medföräldrarna. Kvinnorna uppskattade när barnmorskorna på BB uppmuntrade både kvinnorna som burit barnen och medföräldrarna att ha barnen hos sig hud mot hud. Det fick kvinnorna att känna att de behandlades som vilket par som helst, och att det inte gjordes skillnad på dem och heterosexuella par. Kvinnorna uppskattade också när barnmorskorna kallade medföräldrarna för mammor, och inte gjorde någon skillnad på de båda kvinnorna.

*”De till och med uppmuntrade oss att vi skulle ha barnet hud mot hud båda två. De gjorde liksom ingen skillnad på oss. Vi var två mammor som hade fått barn.” [#12]*

## **Känslan av ett dåligt bemötande**

### **Barnmorskan är inte välkomnande**

Kvinnorna upplevde att de fick ett dåligt bemötande när de direkt märkte av att barnmorskorna inte gillade situationen. När barnmorskorna markerade med hela sitt kroppsspråk att de inte var engagerade i kvinnornas situation upplevdes det som otrevligt. Kvinnorna tyckte att barnmorskor som undvek ögonkontakt upplevdes som mindre tillmötesgående och bemötandet blev lidande. Barnmorskorna upplevdes som stressade och krystade när de inte visste hur de skulle bemöta kvinnorna. Kvinnorna upplevde att de heteronormativa blanketterna upplevdes som ett exempel på ett dåligt bemötande. Kvinnorna upplevde ett slags utanförskap genom att blanketterna var så tydligt utformade efter synsättet att det enbart är en mamma och en pappa som blir föräldrar. Kvinnorna saknade möjligheten att kalla både sig själva och medföräldrarna för mammor.

*”Hon vände stolen och satte sig med ryggen emot oss och stirrade rätt in i väggen” [#1]*

På förlossningen upplevde kvinnorna direkt att de blev ifrågasatta om vem medföräldrarna var och hur de blivit gravida. När kvinnorna förklarade för barnmorskorna att de var homosexuella och levde i en samkönad relation upplevde de att barnmorskorna blev obekväma. Kvinnorna

upplevde då barnmorskorna som stressade och forcerade i sitt arbete. När barnmorskorna försökte lätta upp stämningen genom att kallprata kände kvinnorna att situationen blev konstlad och obekväm.

*”Barnmorskan började kallprata lite grann om hur jag hade blivit gravid. Det var väldigt jobbigt. Jag menar att det är väl ingen som frågar ett heterosexuellt par hur dem blir med barn och det är ju mycket privata frågor”.[#6]*

Kvinnorna upplevde att det var den äldre generationens barnmorskor som hade svårast att bemöta dem på ett bra sätt. De äldre barnmorskorna upplevdes som mer ovana och obekväma med att två homosexuella kvinnor skulle få barn tillsammans.

*”Barnmorskan som jag hade på förlossningen var inte alls bra. Hon var mycket gammalmodig av sig och ville absolut inte titta mig i ögonen när vi pratade. Jag fick känslan av att hon inte ville prata så mycket”.[#10]*

### **Barnmorskan håller medföräldern utanför**

När kvinnorna kom till barnmorskemottagningen blev de ifrågasatta om vem medföräldrarna var. Barnmorskorna utgick ifrån att medföräldrarna var de gravida kvinnornas systrar eller väninnor. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna blev obekväma så fort de fått reda på att de andra kvinnorna var partners. Barnmorskorna ville inte inkludera medföräldrarna i samtalet, utan vände sig enbart till de gravida kvinnorna. Kvinnorna upplevde att medföräldrarnas vilja att bli gravida själva ifrågasattes. Barnmorskorna menade att om medföräldrarna inte ville vara gravida så ville de inte heller vara föräldrar.

*”Man märkte så väl att barnmorskan tyckte att det var konstigt, man såg att hon liksom hade föreställt sig att jag skulle ha med min man och inte en fru”. [#4]*

På förlossningen möttes kvinnorna av att barnmorskorna frågade vart deras män var. Kvinnorna var då tvungna att förklara att det inte fanns några män och att deras partners var kvinnor. Även på BB upplevde kvinnorna att relationen blev ifrågasatt. Barnmorskorna ifrågasatte medföräldrarnas roll och kvinnornas gemensamma föräldraskap. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna inte ville att medföräldrarna skulle vara delaktiga. Barnmorskorna ville inte låta medföräldrarna ha barnen hos sig hud mot hud och de fick inte hjälpa till med amningen. Barnmorskorna menade att barnen skulle vara tryggare hos sina mammor och inte hos medföräldrarna. Kvinnorna upplevde en motvilja från barnmorskorna angående deras relation.

Barnmorskorna visade att de inte tyckte att kvinnorna och medföräldrarna skulle visa att de var ett kärlekspar och hade barn ihop. Medföräldrarna fick inte slå ihop sina sängar med kvinnornas och barnmorskorna ifrågasatte när medföräldrarna hämtade fika i fikarummen. Kvinnorna kände sig kontrollerade av barnmorskorna när de hela tiden höll koll på medföräldrarna.

*”När min sambo har varit ute och hämtat fika eller mat under BB tiden då har de ju ifrågasatt henne, men de har inte ifrågasatt fäderna, alltså papporna som har kommit ut och hämtat fika för då förstår personalen att du hämtar till din fru eller flickvän”.*[#6]

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ design som passar bäst till att beskriva personers upplevelser (Polit & Beck, 2012). Då syftet med studien var att, utifrån

informerarnas egna berättelser, beskriva deras upplevelser av mötet med barnmorskor anses valet av en kvalitativ design vara relevant. Att valet av en kvalitativ design som bäst relevanta designen stärker i sin tur studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2008). Valet av en kvalitativ design anses vara bäst då den har sitt ursprung inom den humanvetenskapliga traditionen och avsikten är att utifrån den företeelse som studeras få en djupare förståelse för just den subjektiva upplevelsen (Henricsson & Billhult, 2012). Ytterligare en fördel med en kvalitativ design är att den enkelt kan anpassas till det kunskapsläge den aktuella forskaren befinner sig i (Graneheim & Lundman, 2008). Även en nybörjare kan genom en kvalitativ design få fram ett bra resultat (ibid.).

Rekryteringen av informanter till studien gjordes via ett socialt nätverk, då det ansågs ge den största spridningen av studien. Många kvinnor anmälde intresse för deltagande, och genom ett strategiskt urval valdes de bäst lämpade personerna ut. För att få det bästa resultatet valdes ett strategiskt urval. Genom strategiskt urval försäkras sig författaren om att informanterna ger bred variation och på så sätt mer informationsrika svar (Henricsson & Billhult, 2012). Med hjälp av ett strategiskt urval valdes tolv kvinnor ut till studien, de kom från olika platser i Sverige, var i olika åldrar och hade olika antal barn. Att det är stor variation på kvinnorna ger ett bättre underlag av data för att besvara syftet (ibid.). Användandet av ett strategiskt urval var bättre lämpat i denna studie än till exempel ett bekvämlighetsurval, som syftar till att författaren väljer ut de informanter som är lättast att intervjua. Eftersom ett strategiskt urval användes kunde författaren försäkra sig om att de kvinnor som intervjuades var de som gav ett brett resultat. Eftersom kvinnorna i studien kom från olika delar av Sverige innebar det att de inte hade samma förutsättningar när det kom till mödrahälsovård. De homosexuella kvinnor som intervjuades i Stockholmsområdet hade alla valt att gå till barnmorskemottagningen *Mamma Mia*, som är specialiserad på regnbågsfamiljer. Medan de kvinnor som bodde på andra platser i Sverige inte hade samma möjlighet att välja en regnbågsspecialiserad barnmorskemottagning. Detta kan ha påverkat det resultat som framkom i analysen, då resultatet kunde teta sig mer positivt eller mer negativt om endast kvinnor från antingen ett storstadsområde, eller kvinnor på landsbygden hade intervjuats. Eftersom kvinnorna från ett storstadsområde har mer erfarenhet av regnbågsspecialiserade barnmorskemottagningar kan det antas att ett resultat utifrån intervjuer med enbart dessa kvinnor hade blivit något mer positivt riktat. Medan resultatet av intervjuer med enbart kvinnor från landsbygden, som inte har samma erfarenheter av regnbågsspecialiserade barnmorskemottagningar, kunde blivit något mer negativt riktat. För att hjälpa till med valet av deltagare utformades några inklusionskriterier, som på ett enkelt sätt

avgränsade valet av deltagare. Utformandet av inklusionskriterier hjälper inte enbart författaren att avgränsa valet av deltagare utan det möjliggör även att en variation av deltagare kan uppnås, och på så sätt besvara syftet med ett bredare resultat (Streubert Speziale, 2003). Det första inklusionskriteriet var att de deltagande kvinnorna skulle vara eller ha varit gravida under de senaste femton åren. Anledningen till att ett spann på femton år valdes var för att få en bredare variation i berättelserna. Det andra inklusionskriteriet var att kvinnorna skulle leva eller ha levt i en homosexuell relation under graviditeten. Detta inklusionskriterie valdes därför att den uppfattning och upplevelse kvinnorna fick av barnmorskornas bemötande gentemot medföräldrarna ansågs vara intressant och vara en viktig aspekt när syftet skulle besvaras. Det sista inklusionskriteriet var att deltagarna skulle kunna använda sig av det svenska språket. Detta valdes för att minimera risken för missuppfattningar om något annat språk användes i intervjuerna. Tidigare studier menar att de olika bakgrunderna intervjuaren och informanten har kan spela roll när svaren från intervjun ska behandlas (Streubert Speziale, 2003). Till individernas bakgrund hör bland annat språket. Om intervjuaren och informanten kan samtala genom att båda använda samma språk så är risken för att analysen hämmas på grund av missförstånd mindre (ibid.). Genom att beskriva de inklusionskriterier som användes i studien ges möjligheten för andra att genomföra en liknande studie. När en studie beskrivs så pass att en liknande studie är möjlig att genomföra blir trovärdigheten av studien högre (Graneheim & Lundman, 2008).

När det var dags för datainsamling och intervjuer hade ingen pilotintervju genomförts. Intervjuaren ansåg att viss förkunskap om intervjuer fanns och att en pilotintervju inte behövdes. Att en pilotintervju inte genomfördes kan ses som en svaghet då intervjuaren inte fick chansen att testa utrustningen och den aktuella intervjuguiden. Genom en pilotintervju kan intervjuaren få svar på om frågorna är adekvata eller om de behöver ändras (Danielsson, 2012). Hade en pilotstudie genomförts inför den här studien hade författaren kunnat avväga om frågorna var adekvata eller inte. Genom att genomföra en pilotintervju får författaren möjlighet att lägga till någon fråga där svaren kan användas för att styrka resultatet. När resultatet skrev till den här studien ansåg författaren att de frågor och svar som getts var tillräckliga för att besvara syftet. Genom att använda sig av möjliga följdfrågor som fanns med i intervjuguiden kunde författaren ändå få med den information som behövdes för att besvara syftet. Tack vare följdfrågorna gavs informanterna möjligheten att utveckla sina svar ytterligare och på så vis gavs ett bredare resultat.

På grund av att informanterna var utspridda över hela Sverige valdes telefonintervjuer som datainsamlingsmetod. Telefonintervjuer kan vara bra då de är mindre kostsamma, dock kan informanter vara mindre samarbetsvilliga via telefon (Polit & Beck, 2012). Telefonintervjuer ansågs som en tidseffektiv och kostnadssparande metod. Dock kan det icke-verbala språket, till exempel gester och miner, gå förlorat när intervjuaren inte ser informanten. Med hjälp av det icke-verbala språket kan intervjuaren möjligtvis se på ett annat sätt vad informanten egentligen menar, då det icke-verbala språket ofta används som komplement till det verbala. Med hjälp av det icke-verbala språket skulle intervjuaren kunna läsa av om informanten blir nervös, irriterad eller konfunderad angående en viss fråga (Musselwhite, Cuff, McGregor & King, 2006).

Att intervjuerna spelades in skulle kunna haft en hämmande effekt på informanterna, då personer ibland tänker mer på vad de säger om de vet att de spelas in. Genom att informera informanterna om att allt inspelat material skulle förstöras när uppsatsen var färdig kunde informanterna känna sig trygga med att allt material var konfidentiellt och att de inte behövde oroa sig över att de svar de uppgav kunde spåras tillbaka till dem själva. Dock upplevdes inte detta som ett problem i den här studien, och troligtvis inte något som påverkade resultatet, eftersom kvinnorna själva hade fått anmäla intresse för att de ville dela med sig.

Till analysen valdes en kvalitativ innehållsanalys där två huvudkategorier med vardera två tillhörande subkategorier framkom. Kategorierna kunde i viss mån upplevas som överlappande. Att kategorier överlappar är inget ovanligt när studier av människors upplevelser görs (Graneheim & Lundman, 2008). Analysen genomfördes induktivt, alltså när innehållet i texten är det centrala. Förförståelse är någonting som författaren kan välja att utnyttja eller inte. Förförståelse kan hjälpa till med igenkänning av företeelser i data som kan vara viktig i analysen, samtidigt som det som påverkar tolkningar ofta är omedvetet (ibid.). Den förförståelsen har varit hjälpsam då den gett en grundläggande kunskap som varit fördelaktig i analysen.

En studies trovärdighet diskuteras med hjälp av begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och generaliserbarhet (Graneheim & Lundman, 2008). Giltigheten i resultatet stärks genom att relevanta citat från intervjuerna används (ibid.). I skrivandet av resultatet har citat använts för att belysa vissa intressanta förekomster och händelser. Genom en noggrann redogörelse av hur analysprocessen genomförts kunde tillförlitligheten med studien stärkas. För att en överförbarhet ska möjliggöras har en noggrann beskrivning av urval, deltagare och

analysprocess genomförts. Beskrivningen möjliggör att andra forskare skall kunna göra om en liknande studie.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att kvinnorna upplevde ett bättre bemötande om barnmorskorna hade ett öppet sinne. Det visade sig vara bra om barnmorskorna inte dolde sin förvåning utan istället tog tillfället i akt att lära sig mer om homosexuella, gravida kvinnor och den vård de behöver. I resultatet framkommer att när kvinnorna blev bemötta av barnmorskor med öppet sinne och som på ett positivt sätt var nyfikna på relationen var det lättare för kvinnorna att själva öppna upp och berätta om sin sexualitet och familjekonstellation. Däremot visar resultatet att ifall kvinnorna bemöttes av ett tydligt ogillande av barnmorskorna blev följderna att kvinnorna kände sig mer otrygga och inte ville öppna upp sig. En tidigare studie visar att barnmorskor som öppet visade förvåning, men ändå var vänliga och tillmötesgående mot de homosexuella kvinnorna, ingav en känsla hos kvinnorna att de blev accepterade som blivande föräldrar (Röndahl, Bruhner & Lindhe, 2009). En annan tidigare studie visar att homosexuella kvinnor upplevde rädsla inför att vara öppna med sin sexualitet på barnmorskemottagningarna eftersom de var oroliga för att barnmorskorna skulle reagera negativt (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Detta visar vikten av att barnmorskor som inte har tidigare erfarenhet av att vårda homosexuella kvinnor ändå kan inge en känsla av trygghet och förtroende om de vågar visa förvåning och är öppna med att de ändå vill hjälpa till och lära sig mer.

I resultatet visas exempel på hur barnmorskor har lyckats, eller misslyckats, med att skapa en trygg relation till de homosexuella kvinnorna. Kvinnorna i studien har framhävt vikten av att barnmorskorna är välkomnande och öppna. Tidigare studier har visat att något så enkelt som ett välkomnande leende kan göra stor skillnad i mötet mellan barnmorskorna och de blivande föräldrarna (Travelbee, 2001; Wilton & Kaufmann, 2001). I skapandet av mellanmänniska relationer kan ett välkomnande leende vara en del i Travelbee's första fas. I Travelbee's andra fas hittar vi ett identitetsskapande som ges när båda föräldrarna behandlas likvärdigt. Vidare i den tredje fasen finner vi en lyckad empatiprocess genom stöttning och förtroende från personal (Travelbee, 2001). Kvinnorna i den här studien framför en önskan om könsneutrala journaler och blanketter inom mödra- och förlossningsvård, detta för att undkomma den heteronormativitet som förmedlas både verbalt och icke-verbalt inom vården. Kvinnorna i studien menar att det informationsmaterial som finns i väntrum och allmänna utrymmen förutsätter att de som läser dem är heterosexuella, detta är ett exempel på en icke-verbal



kommunikation av heteronormativitet. Tidigare studier har visat att de uppdaterade blanketterna och journalsystemen kan leda till frustration hos de blivande föräldrarna såväl som hos barnmorskor (McManus, 2008; Röndahl, 2005). Den delade frustrationen hos barnmorskor och patienter kan kopplas till Travelbee's fjärde fas i skapandet av mellanmänniska relationer (Travelbee, 2001). Travelbee's fjärde fas, sympati, handlar om ett delat engagemang av båda parter i ett möte. Genom att dela kvinnornas frustration över till exempel heteronormativa journaler visar barnmorskorna sympati för kvinnornas situation och den mellanmänniska relationen förstärks (ibid.).

Kvinnorna i denna studie har uppgett att de redan i väntrummen fått en uppfattning om bemötandet var välkomnande eller inte. Ett bra bemötande i väntrummet fick kvinnorna om det redan där fanns till exempel broschyrer om HBTQ eller en regnbågsflagga. I väntrum där sådana saker saknades kunde kvinnorna inte uppleva samma känsla av välkomnande. Resultatet visar vidare att de blanketter som gravida kvinnor förväntas fylla i när de kommer till barnmorskemottagningarna signalerade för de homosexuella kvinnorna att de inte var lika välkomna som heterosexuella kvinnor. Blanketterna upplevdes som heteronormativa eftersom de frågade efter en man och inte en partner. En tidigare studie visar att heteronormativitet ofta signaleras icke-verbalt i väntrum och genom blanketter (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Vidare lyfter samma studie frågan om att barnmorskor själva är omedvetna om hur denna icke-verbala kommunikation uppfattas av HBTQ-personer (ibid.). Sammantaget visar resultatet till den här studien, kopplat till tidigare forskning, på vikten av att barnmorskor på barnmorskemottagningar är medvetna om den icke-verbala kommunikationen och hur den kan påverka hur de homosexuella kvinnorna uppfattar det första bemötande de får när de kommer till barnmorskemottagningarna. Genom att få ett välkomnande intryck av barnmorskemottagningarna i väntrummen får de homosexuella kvinnorna redan där en upplevelse av likaberättigande till sitt kommande föräldraskap.

Resultatet understryker vikten av att de homosexuella kvinnorna blev bemötta på samma sätt som heterosexuella kvinnor, och att de behandlades med lika mycket respekt. Tidigare forskning har visat att homosexuella kvinnor ansåg det viktigast för barnmorskorna att fokusera på graviditeten och kvinnornas kommande föräldraskap, och inte på deras sexuella läggning (Röndahl, Bruhner & Lindhe, 2009). Vad som också var intressant, som framkom i studiens resultat, var hur barnmorskornas bemötande mot medföräldrarna spelade stor roll i hur de gravida, homosexuella kvinnorna uppfattade bemötandet. I resultatet framkom det att om barnmorskorna inte direkt drog förhastade slutsatser om vem medföräldrarna var, som till

exempel att anta att de var de gravida kvinnornas systrar eller väninnor, utan öppnade upp för möjligheten att de var de gravida kvinnornas partners uppfattade de homosexuella kvinnorna att de fick ett bättre bemötande. En annan studie menar att en bra barnmorska inte försätter det homosexuella paret i en position där de känner att de måste försvara sig själva och sin relation (Spidsberg & Sørli, 2011). Vidare visar resultatet i denna studie att de homosexuella kvinnorna värdesatte att barnmorskorna inkluderade medföräldrarna i samtalet. När medföräldrarna inkluderades upplevde de gravida, homosexuella kvinnorna att de bemöttes på ett bättre sätt och att deras relation var accepterad. Skillnad var det när barnmorskorna exkluderade medföräldrarna och tydligt vände sig enbart till de gravida kvinnorna, vilket ledde till att kvinnorna inte upplevde deras relation som accepterad. Samma slutsats dras i en tidigare studie som även säger att barnmorskor fokuserar för mycket på att det enbart är de gravida kvinnorna som är viktiga och ignorerar medföräldrarna (Chapman et. al, 2012b). Detta visar att barnmorskor som bemöter homosexuella kvinnor med samma respekt och på samma sätt som heterosexuella kvinnor kan hjälpa de homosexuella kvinnorna att förbereda sig inför det kommande föräldraskapet. Medföräldrarnas roll bör ses som lika viktig som de gravida kvinnornas, och det är viktigt att barnmorskorna stöttar båda kvinnorna i mötet. Bemötandet gentemot medföräldrarna blir viktig för att kvinnorna skall kunna förbereda sig på bästa sätt inför föräldraskapet, och inte behöva fokusera enbart på den homosexuella relationen.

Studiens resultat tar upp vikten av att barnmorskor behandlar medföräldrarna som likvärdiga mammor som de gravida, homosexuella kvinnorna. Kvinnorna i studien uppgav att de känner att deras gemensamma föräldraskap upplevs som mer accepterat om barnmorskorna uppmuntrar medföräldrarna att hålla barnen hud mot hud, att även de blir kallade för mammor och att de blir behandlade som de heterosexuella papporna blir under tiden på förlossning och på BB. Resultatet visar att ett ytterligare tecken på att barnmorskorna accepterar medföräldrarna som likvärdiga mammor är ifall de informerar att även medföräldrarna kan vara delaktiga i amningen av barnen. I resultatet uppgav kvinnorna att de upplevde bemötandet som mer positivt om barnmorskorna redan på barnmorskemottagningarna tog upp frågan om amning, och redan där gav information om hur det skulle kunna gå till. Om även barnmorskorna senare på BB informerade och hjälpte medföräldrarna att sätta igång en mjölkproduktion upplevdes deras bemötande som mer accepterande mot kvinnornas gemensamma föräldraskap. En tidigare studie menar att amningen kan ge ett starkare emotionellt band mellan medföräldrarna och barnen (McManus et. al., 2006). Samma studie menar också att de homosexuella kvinnor som är medföräldrar till barn har en möjlighet till ett annorlunda emotionellt band till barnen än vad

pappor har, eftersom de har möjligheten att amma barnen (ibid.). Vidare menar en annan studie att homosexuella kvinnor upplever barnmorskornas bemötande som mer positivt om barnmorskorna erkänner att medföräldrarna har samma rättigheter och skyldigheter som de andra mammorna när det gäller barnens välmående, och inkluderar dem i till exempel amningen (Chapman et. al., 2012b). En ytterligare studie beskriver vikten av att medföräldrarna inkluderas i förlossningarna och eftervården av barnen (Dahl & Malterud, 2015). Vidare menar samma studie att kontakten hud mot hud är en viktig upplevelse för medföräldrar när det gäller att skapa en kontakt med barnen (ibid.). Sammantaget visar den här och tidigare studier vikten av att medföräldrarna behandlas med respekt och att barnmorskorna uppmärksammar även deras behov. Det är viktigt att barnmorskor stöttar såväl medföräldrarna som de gravida kvinnorna genom graviditeten, under barnafödandet och under eftervården genom att informera och frågar om även medföräldern har några frågor. Som barnmorska är det viktigt att ta hänsyn till medföräldrarnas behov av erkännande och deltagande. Under förlossningsarbetet finns en risk att medföräldrarna känner sig ignorerade då barnmorskorna ofta vänder all sin uppmärksamhet mot de födande kvinnorna. Tidigare studier har visat att det är vanligt att partnern, oavsett om det är en i heterosexuell eller i en homosexuell relation, känner sig undanskuffade under graviditeten och förlossningen (Rönndahl, 2008). Det är alltså inte enbart homosexuella medföräldrar som kan uppleva en känsla av utanförskap, utan även heterosexuella fäder (ibid.). Vidare visar en annan studie att det stöd som barnmorskor kan erbjuda medföräldrarna under förlossningsarbetet inger en känsla av säkerhet hos medföräldrarna och de känner sig inkluderade (Johansson, Fenwic & Premberg, 2014). När medföräldrarna kände att de inkluderades i arbetet av barnmorskorna så kunde de ge ett bättre stöd till de födande kvinnorna (ibid.). Det är då viktigt att barnmorskorna, under förlossningsarbetet, kan avväga den stöttning som ges till antingen den födande kvinnan eller medföräldern, så båda känner sig delaktiga i födseln. Samma avvägande av stöttning bör finnas på mödravården och under eftervården, där båda föräldrarnas delaktighet är viktig att bejaka. Om medföräldrarna inkluderas från början ges de möjligheten att själva stötta de gravida, födande kvinnorna under graviditet, förlossning och eftervård. De homosexuella kvinnorna som är medföräldrar har en lika stor möjlighet att knyta an till barnen som biologiska fäder har, hur stark anknytningen blir baseras inte på medföräldrarnas kön. De homosexuella kvinnorna som medföräldrar har en möjlighet att knyta an till barnen på en emotionell nivå lika väl som fäder har, och att barn i homosexuella relationer anpassar sig till det lika väl som i heterosexuella relationer (Bos & van Balen, 2008).

## **Konklusion**

Resultatet visar att de bemötanden homosexuella kvinnor fått av barnmorskor på barnmorskemottagningar, förlossning och i eftervården varierar. Homosexuella kvinnor förväntar sig att bli bemötta med respekt. De homosexuella kvinnorna önskar även att barnmorskorna ska fokusera på graviditeten och det kommande föräldraskapet, hellre än på den samkönade relationen. Resultatet visar att ett bra bemötande ges då barnmorskorna är öppna och lyhörda när det gäller de homosexuella kvinnornas behov. Ett bra bemötande ges också då barnmorskorna bemöter de homosexuella kvinnorna på ett neutralt sätt, och inte visar upp de eventuella fördomar de har om homosexuella kvinnor. Kvinnorna som blivit bemötta på ett dåligt sätt beskriver barnmorskorna som nonchalanta och att de visat ett stort ointresse för de homosexuella kvinnorna. Kvinnorna som upplevt ett dåligt bemötande beskriver även en känsla av att barnmorskorna känner en rädsla inför mötet, vilket i sin tur leder till att de homosexuella kvinnorna upplevt en otrygghet i bemötandet.

## **Klinisk tillämpning**

Resultatet i studien förväntas ge barnmorskor, och annan vårdpersonal, ett ökat medvetande och djupare kunskap om homosexuella kvinnors behov av ett likvärdigt bemötande som heterosexuella kvinnor får. Studiens resultat visar att barnmorskor redan under utbildningen bör reflektera kring samhällets heteronormativitet och även sina egna eventuella fördomar och värderingar, för att på ett bättre sätt förhålla sig till och bemöta alla kvinnor på samma sätt oavsett deras sexuella läggning. Resultatet visar att även de blanketter och journaler som finns bör ses över för att bli mer könsneutrala. Fortbildning och vidareutbildning för barnmorskor i arbete bör ske regelbundet för att öka medvetenheten om de frågor och problem i mötet med homosexuella kvinnor som studien tar upp.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Studien visar att fortsatt forskning inom det valda ämnet behövs och är viktigt. Då studien handlar om de gravida, homosexuella kvinnornas upplevelser om bemötandet från barnmorskor får vi i resultatet endast deras synvinkel. En liknande studie, men med medföräldrar som informanter vore intressant och skulle kunna användas som ett komplement till en studie som den här. För att ytterligare komplettera utbudet av studier inom ämnet föreslås att en studie med

barnmorskor som informanter genomförs. Genom att intervjua barnmorskor om deras upplevelser om möten med homosexuella, gravida kvinnor skulle ett bredare perspektiv kunna uppnås.

## **Referenser**

Referenssystemet APA har använts

Andersson, M. (1996). *Öppenhet och motstånd. Om homosexualitet i massmedia 1990-1994*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet

- Bos, H.M.W. & van Balen, F. (2008). Children in Planned Lesbian Families: Stigmatization, Psychological Adjustment and Protective Factors. *Culture, Health & Sexuality*, 10(3). 221-236. Doi: 10.1080/13691050701601702
- Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2003). Planned Lesbian Families: Their Desire and Motivation to Have Children. *Human reproduction*, 18(10). 2216-2224. Doi: 10.1093/humrep/deg427
- Buchholz, S.E. (2000). Experiences of Lesbian Couples During Childbirth. *Nursing Outlook*, 48(6), 307-311
- Chabot, J.M. & Ames, B.D. (2004). "It Wasn't Let's Get Pregnant and Go Do It": Decision Making in Lesbian Couples Planning Motherhood via Donor Insemination, *Family Relations*, 53(4), 348-356. Doi: 10.1111/j.0197-6664.2004.00041.x
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Combs, S., & Shields, L. (2012a). Second-Level Hospital Health Professionals' Attitudes to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Parents Seeking Health for their Children. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5/16), 880-887. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Combs, S., & Shields, L. (2012b). A Descriptive Study of the Experiences of Lesbian, Gay and Transgender Parents Accessing Health Services for their Children. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1128-1135. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03939.x
- Dahl, B. & Malterud, K. (2015). Neither a Father nor Biological Mother. A Qualitative Study About Lesbian Co-mothers' Maternity Care Experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2015). 169-173
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. 163-174
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. 187-202
- Henricsson, M. & Billhult, A. (2012), Kvalitativ design. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 129-137

Homoombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). (2010). *Hets mot folkgrupp med anspelning på sexuell läggning*. Faktablad, Brottsbalken 16 kap. 18 §. Hämtad 160707 från hemsidan [http://www.homo.se/upload/homo/pdf\\_homo/Hets:04060.pdf](http://www.homo.se/upload/homo/pdf_homo/Hets:04060.pdf)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Hämtad 160709 från Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halsoochsjukvardslagen%28hsl%29>

Jennings, S., Mellish, L., Tasker, F., Lamb, M. & Golombok, S. (2014). Why Adoption? Gay, Lesbian and Heterosexual Adoptive Parents' Reproductive Experiences and Reasons for Adoption. *Adoption Quarterly*, 17(3), 205-226. Doi: 10.1080/10926755.2014.891549

Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, Å. (2014). A Meta-Synthesis of Fathers' Experiences of Their Partners' Labour and the Birth of Their Baby. *Midwifery*, 31(15). 9-18.

Larsson, A-K. & Dykes, A-K. (2007). Care During Pregnancy and Childbirth in Sweden: Perspectives of Lesbian Women. *Midwifery*, 10, 1-9

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

McManus, A.J., Hunter, L.P. & Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *JOGNN*, 35(1). 13-23. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x

Musselwhite, K., Cuff, L., McGregor, L. & King, K.M. (2006). The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44. 1064-1070

Perrin, E.C., & Kulkin, H. (1996). Pediatric Care for Children whose Parents are Gay or Lesbian. *Pediatrics*, 97(5), 629-635, 627

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012) *Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Quinn, G.P., Sutton, S.K., Winfield, B., Breen, S., Canales, J., Shetty, G., Senovic, I., Green, L., & Schabath, M.B. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 27(2), 246-261. Doi: 10.1080/10538720.2015.10.22273

- RFSL. (2012). Lagar. Hämtad 160707 från RFSL:s hemsida <http://www.rfsl.se/?p=2840>
- Röndahl, G. (2005). *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes Toward Homosexuality and Experiences of Lesbian and Gay men.* (Thesis) Uppsala University, Sweden
- Röndahl, G. (2008). Lesbians' and Gay Men's Narratives About Attitudes In Nursing. *Scand J Caring Sci*, 2009(23). 146-152
- Röndahl, G., Bruhner, E. & Lindhe, J. (2009). Heteronormative Communication With Lesbian Families in Antenatal Care, Childbirth and Postnatal Care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11). 2337-2344
- Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2006). Heterosexual Assumptions in Verbal and Non-verbal Communication in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373-381
- Shields, L., Zappia, T., Blackwood, D., Watkins, R., Wardrop, J., & Chapman, R. (2012). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Parents Seeking Health Care for their Children: A Systematic review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(4), 200-210
- Socialstyrelsen. (2015). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården.* Stockholm: Socialstyrelsen
- SOSFS 2005:17. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2002:13) om assisterad befruktning.* Stockholm: Socialstyrelsen
- SOSFS 2009:32. (2013). *Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen
- Spidsberg, B. (2007). Vulnerable and Strong – Lesbian Women Encountering Maternity Care. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 478-486
- Spidsberg, B. & Sørli, V. (2012). An Expression of Love – Midwives' Experiences in the Encounter With Lesbian Women and Their Partners, *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 796-805. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x
- Streubert Speziale, H.J. (2003) The conduct of Qualitative Research: Common Essential Elements. *Qualitative Research in Nursing*, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 15-26



- Streubert Speziale, H.J. (2003). Designing data Generation and Management Strategies. *Qualitative Research in Nursing 3<sup>rd</sup> ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 27-42
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A Davis
- Travelbee, J. (2001). *Mellommensklige forhold i sykepleije*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Weber, S. (2010). A Stigma Identification Framework for Family Nurses Working With Parents Who Are Lesbian, Gay, Bisexual or Transgendered and Their Families. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 316, 378-393. Doi: 10.1177/1074840710384999
- Wilton, T. & Kafmann, T. (2001). Lesbian Mothers' Experiences of Maternity Care in the UK. *Midwifery*, 17, 203-211

## **Bilagor**

### **Bilaga 1**

**Information och förfrågan till lesbiska kvinnor om deltagande i studien angående upplevelsen av mötet med barnmorskan under graviditet**

#### **Bakgrund och syfte**

Jag är en legitimerad sjuksköterska som studerar till barnmorska vid Högskolan i Skövde. Under utbildningen har jag blivit intresserad av att ta reda på mer hur lesbiska kvinnor upplever barnmorskans bemötande under graviditet. Våren 2016 kommer jag att skriva en magisteruppsats inom området. Lesbiska kvinnor får inseminera sig idag tack vare den nya lagstiftningen och fler och fler kvinnor skaffar barn idag. Vi vet sedan tidigare att barnmorskans professionella stöd är betydelsefullt för kvinnor under graviditet. Dock finns inte så mycket kunskap om lesbiska kvinnors upplevelser av mötet med barnmorskan under graviditeten, därför frågar jag dig för att få en ökad förståelse för detta.

### **Hur går studien till?**

Jag vänder mig till dig som svensktalande kvinna som under graviditeten levt i en lesbisk relation. Du som kvinna ska antingen vara gravid eller ha varit gravid senaste 15 åren. Det finns ingen begränsning i hur många barn du fött. Om du väljer att delta i studien ber jag dig därför att berätta med egna ord under en intervju och berätta hur du upplever/upplevde mötet med barnmorskan under graviditet. Varje intervjutillfälle beräknas ta ca 30-60 minuter och görs på överenskommen plats och tid, antingen vid ett möte där vi träffas eller via telefon.

Intervjun kommer att spelas in och därefter hanteras konfidentiellt.

### **Innebär deltagande några risker eller några fördelar?**

Riskerna med denna typ av studie anses minimala, du väljer själv vad du vill berätta. Din berättelse kommer att ligga till grund för vidare utveckling av vården för gravida lesbiska kvinnor. För att få en så bra kunskap är det bra om du försöker att berätta så sanningsenligt som möjligt.

### **Hantering av data och sekretess**

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. All analys och alla resultat är på gruppnivå. Vid publicering kommer vare sig tid, plats eller person att vara möjlig att identifiera. Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan i Skövde.

### **Hur får jag information av studiens resultat?**

Resultatet från studien kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Högskolan i Skövde. Eventuellt kommer resultatet att presenteras i DIVA (webb-portal för studentuppsatser), tidskrifter och vid personalmöte. Alla resultat presenteras på ett sådant sätt att du som enskild person inte kommer att kunna identifieras.

## **Frivillighet**

Ditt deltagande i detta projekt är frivilligt och du kan när som helst, utan särskild förklaring, avbryta ditt deltagande. Om du vill avbryta ditt deltagande kan du meddela projektansvariga (se kontaktuppgifter nedan). De eventuella svar du har hunnit lämna kommer att förvaras inlåsta och de kommer inte att användas vid annat än sammanställning av denna studiens resultat.

## **Ansvariga**

Om du har frågor kring studien är du välkommen att kontakta mig på mobil eller mail. Mikaela Thelaus, barnmorskestudent. tel; 070-1601593 e-mail: a15mikth@student.his.se

## **Du kan även vända dig till min handledare:**

Anette Ekström Med. Dr. Professor i omvårdnad, Leg. sjuksköterska, Leg. barnmorska. Institutionen för Hälsa och Lärande, Högskolan i Skövde. Tel; 0500-448414, e-mail: [anette.ekstrom@his.se](mailto:anette.ekstrom@his.se)

## **Bilaga 2**

### **Intervjuguide**

Kan du berätta om bemötandet och stödet under graviditeten, förlossningen och under BB-tiden?

På vilket sätt reagerade barnmorskan när du berättade om ert förhållande?

Vad tyckte du var positivt hos barnmorskan med tanke på stöd samt bemötande?

Vad tyckte du var negativt hos barnmorskan med tanke på stöd samt bemötande?

Vad är det spontant du kommer att tänka på nu? Känslor, tankar och uppfattningar i samband med barnmorskans bemötande?

Kan du ge tips på vad barnmorskor behöver tänka på inför framtida möten med lesbiska gravida kvinnor?

Exempel på följdfrågor:

Kan du utveckla?

Hur menar du mer exakt?

Varför säger du så?