

Genusyrsel, Homofobi & Bekräftelse

- En litteraturstudie om lesbiska föräldrars upplevelser av vård före, under och efter graviditet.

| | |
|----------------------|--|
| Författare: | Tor Högberg & Axel Fagerholm |
| Program/Kurs: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete Vårterminen 2008 |
| Omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Handledare: | Birgitta Danielsson |
| Examinator: | Lars-Eric Olsson |

| | |
|----------------------|---|
| Titel (svensk): | Genusyrsel, Homofobi & Bekräftelse - en litteraturstudie om lesbiska föräldrars upplevelser av vård före, under och efter graviditet. |
| Titel (engelsk): | Gender Confusion, Homophobia & Recognition – a study of lesbian parents experiences of care before, during and after pregnancy. |
| Arbetets art: | Eget arbete, fördjupningsnivå I |
| Program/kurs/ | Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng |
| Kurskod/ klass: | Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN9 |
| Arbetets omfattning: | 15 högskolepoäng |
| Sidantal: | 21 |
| Författare: | Axel Fagerholm & Tor Högberg |
| Handledare: | Birgitta Danielsson |
| Examinator: | Lars-Eric Olsson |

SAMMANFATTNING

Inledning Utgångspunkten i denna uppsats var att förutsättningarna för att etablera goda vårdrelationer påverkas av den heterosexuella norm som samhället och även sjukvården präglas av. Den teoretiska bakgrund uppsatsen vilar på är begreppet heteronormativitet samt Joyce Travelbees teorier kring mellanmänniska relationer.

Syfte Syftet med uppsatsen var att ta reda på hur lesbiska föräldrar upplever vården före, under och efter graviditet. **Metod** En systematisk litteratursökning genomfördes i databaserna SCOPUS, PubMed, CINAHL och PSYCINFO. Denna kompletterades av manuell sökning i referenslistor. Detta resulterade i tolv inkluderade artiklar vilka analyserades induktivt. **Resultat** Analysen gav tre teman. *Att få bekräftelse som individ och familj* Informanterna gav uttryck för att ha blivit både bekräftade och icke bekräftade. Centralt i detta tema var behovet av inklusion av partnern och bekräftande av bådass föräldraskap. *Att komma ut* Att vara öppen med sin sexuella identifikation eller inte var en fråga som återkom i de flesta av studierna. Öppenhet ansågs ge möjligheter till en bättre och mer individanpassad vård men en rädsla för att drabbas av negativa konsekvenser skildrades också. *Vårdpersonalens attityder* Erfarenheterna av vårdpersonalens attityder var mycket varierande och spände mellan beskrivningar av vårdpersonalen som empatisk, lyhörd, respektfull och accepterande till öppet homofobisk. **Diskussion** Den forskning som finns om lesbiska föräldrars upplevelser av vård före, under och efter graviditet är begränsad av att en demografiskt homogen population studerats och vidare forskning inom området efterfrågas. Det framstod dock som tydligt att bemötandet av lesbiska inom vården påverkats av deras sexuella identifikation. Hur stark denna påverkan var varierade kraftigt men den negativa särbehandling som skildrats tyder på att oacceptabla brister i vårdkvalitet förekommit.

| | |
|--|----|
| 1. INLEDNING | 1 |
| 2. SYFTE | 1 |
| 3. BAKGRUND | 1 |
| 3.1 Lesbiskt föräldraskap och den heterosexuella kärnfamiljen | 1 |
| 3.2 Om heteronormativitet som begrepp | 2 |
| 3.2.1 Heteronormativitet i hälso- och sjukvården | 3 |
| 3.2.2 Om homofobi och heterosexism | 4 |
| 3.3 Om mellanmänskliga relationer | 4 |
| 4. METOD | 6 |
| 4.1 Litteratursökning och urvalsprocess | 6 |
| 4.2 Analysmetod | 7 |
| 5. RESULTAT | 7 |
| 5.1 Att få bekräftelse som individ och familj | 7 |
| 5.1.1 Erfarenheter av bekräftelse och synliggörande | 7 |
| 5.1.2 Erfarenheter av icke-bekräftelse och osynliggörande | 8 |
| 5.2 Att komma ut | 9 |
| 5.2.1 Positiva erfarenheter av att komma ut | 10 |
| 5.2.2 Negativa erfarenheter av att komma ut | 10 |
| 5.3 Vårdpersonalens attityder | 11 |
| 5.3.1 Positiva attityder | 11 |
| 5.3.2 Negativa attityder | 11 |
| 6. DISKUSSION | 12 |
| 6.1 Metoddiskussion | 12 |
| 6.2 Resultatdiskussion | 15 |
| 6.2.1 Kunskapsanspråk och resultatets allmängiltighet | 15 |
| 6.2.2 Sprickor i heteronormativiteten och Travelbees tankegods | 16 |
| 6.2.3 Framtida forskningsbehov och klinisk relevans | 17 |
| 7. REFERENSER | 19 |

BILAGA 1

BILAGA 2

1. INLEDNING

Överallt i vården möter hälso- och sjukvårdspersonal människor med olika sexuella fantasier, praktiker och identiteter. Inom vissa områden synliggörs detta i en större utsträckning än i andra, till exempel inom gynekologi, urologi, på ungdomsmottagningar, hemsjukvård och inom mödra- och barnhälsovården. Oavsett arbetsplats och egen sexuell identitet kommer emellertid personalen att möta människor vars sexualitet skiljer sig från den heterosexuella normen såväl som från deras egen sexuella identitet. Denna uppsats handlar om lesbiska föräldrars upplevelser av sådana möten ¹.

Att skapa en god mellanmännisklig relation är enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (2) centralt för och ett sätt att ge god omvårdnad. Det bör ses som ett övergripande mål för sjuksköterskor att skapa en sådan relation med sina patienter och deras anhöriga. En förutsättning för detta är att hälso- och sjukvårdspersonalen respekterar patientens värdighet och integritet samt att både patient och dennes närstående visas omtanke och respekt oavsett t.ex. ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning (3). I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:736 § 2) anges målet för hälso- och sjukvården vara ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (4).

Vår utgångspunkt för detta arbete är att goda mellanmänniskliga relationer inom hälso- och sjukvården påverkas av den heteronormativitet som genomsyrar samhällets alla institutioner och arenor. Med den utgångspunkten vill vi synliggöra att de maktstrukturer som finns i samhället existerar och reproduceras även inom hälso- och sjukvården (5). I denna uppsats kommer vi därför att utgå från maktstrukturer baserade på genus och sexualitet och studera vilka konsekvenser dessa får för vårdrelationer. Normer är ofta osynliga tills någon bryter mot dem och för att kunna synliggöra heteronormativa maktstrukturer kommer vi därför att fokusera på hur lesbiska föräldrar upplever bemötande inom vården. Vår omvårdnadsteoretiska förankring utgår från Joyce Travelbees teorier om mellanmänniskliga relationer.

2. SYFTE

Syftet med denna uppsats var att ta reda på hur lesbiska föräldrar upplever vården före, under och efter graviditet.

3. BAKGRUND

3.1 Lesbiskt föräldraskap och den heterosexuella kärnfamiljen

Where the economic foundations of the nation states depend on a heterosexual division of labour, lesbian and gay families are extremely vulnerable to social exclusion and to being made scapegoats, along with other non-nuclear families, as a threat to family values and hence the state (6, s 128)

Historiskt sett har en mängd olika familjestrukturer existerat och förändrats beroende på kulturella, geopolitiska, sociala och ekonomiska omständigheter. Om verkligheten

¹ Sexualitet är komplext och inbegriper både fantasier, praktik och identifikation. En persons identifikation som homosexuell betyder inte att denna uteslutande har en homosexuell praktik och vice versa (1).

ständigt sett många olika familjekonstellationer har emellertid familjeidealen i västvärlden varit mer statiska, åtminstone sedan industriella revolutionen. Med den följde en uppdelning mellan offentlig-privat där hemmet skulle vara en fristad från lönearbetets slit. Idealfamiljen som målades upp var en manlig familjeförsörjare som tjänade tillräckligt för att försörja en ”hemmafru” som stod för omsorgs- och hushållsarbete. Detta patriarkala familjeideal förstärktes och underhölls av de Viktorianska medelklassfamiljerna, spreds till arbetarklasserna och sedan bortom Europa genom kolonialismen (6).

Vad som är en familj är alltså inte entydigt och fixerat utan föränderligt över tid och familjebegreppet kan rymma alltifrån en förälder och ett barn till en större släkt- och vänskrets. Familjeidealet i Sverige under 1900-talet kan sägas ha gått från ett ideal där mannen utgör ensam familjeförsörjare till en modern tvåförsörjarfamilj (7).

Homo- och bisexuellas juridiska rättigheter har förbättrats i Sverige de senaste åren, på det reproduktiva området har lesbiska par sedan juli 2005 rätt till assisterad befruktning (8) och homosexuella par som ingått partnerskap tillåts adoptera sedan 2003 (9). Den heterosexuella kärnfamiljen är förvisso fortfarande den vanligaste familjeformen men det blir allt vanligare med andra typer av familjer såsom en-föräldrafamiljer, familjer med två samkönade föräldrar och med fler än två föräldrar. En uppskattning är att ca 40 000 barn lever med samkönade föräldrar, denna siffra är dock mycket osäker. Sannolikt kommer antalet ”regnbågsfamiljer” öka i framtiden eftersom allt fler homo- och bisexuella ställer sig positiva till eller planerar att skaffa barn (10).

3.2 Om heteronormativitet som begrepp

Med heteronormativitet avses de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som reproducerar heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande. Annorlunda uttryckt innebär heteronormativitet ett antagande att alla människor är heterosexuella och att den heterosexuella kärnfamiljen ses som universell och naturlig (11, 12).

Grunden i heteronormativitet är en dualistisk könsuppfattning (att det finns två motsatta välvägränsade könstillhörigheter) och en hegemonisk heterosexuell norm (att de två motsatta könen begär varandra). Det heteronormativa samhället är aktivt normerande vilket innebär att allt som faller utanför den dualistiska könsuppfattningen och heteronormen stämplas som avvikande och utsätts för bestraffningar. Sanktionerna spänner mellan fängelsestraff och fysiskt våld till mer abstrakta uttryck som marginalisering, osynliggörande, stereotypisering, kulturell dominans och homofobi². Heteronormativiteten garanterar alltså heterosexualitet som norm, samtidigt som den definierar andra former av sexuell samvaro som onormala (11).

Heteronormativitet som begrepp synliggör också ett maktsystem som utgör en bas till ett samhälleligt förtryck. Detta förtryck är inte av samma systematiska natur som

² Hatbrott med homofobiska motiv redovisas i rapporten Hatbrott 2006 - En sammanställning av polisanmälningar med främlingsfientliga, islamofobiska, antisemitiska och homofobiska motiv (13).

återfinns i till exempel en totalitär stat. Förtryck brukar ju också traditionellt beteckna den makt som utövas av en liten avgränsad grupp härskare/tyranner. I våra demokratiska, socialliberala kapitalistiska samhällen finns det emellertid mer subtila former av förtryck, som inte är planerade av en ondskefull makt utan snarare är strukturella och skapade av människors avsikter och politik (14);

Orsakerna till det strukturella förtrycket finner vi i normer, sedvanor och symboler som aldrig ifrågasätts, i föreställningar som ligger inbäddade i hävdvunna och institutionaliserade regler och rutiner och de samhälliga konsekvenserna av att dessa regler är allmänt omfattade och åttlydda (14, s 53)

Institutionaliserade rutiner och regler, hierarkier samt normer och sedvanor finns givetvis också inom sjukvården och reproducerar heteronormativiteten där (6). På detta sätt reproduceras troligen heterosexuella normer oftast omedvetet och oavsiktligt, så även inom sjukvården där sjuksköterskor utan att tänka på det kan utgå från att alla patienter är heterosexuella.

3.2.1 Heteronormativitet i hälso- och sjukvården

Heteronormativiteten får stora konsekvenser för hur vi bemöter människor och blir bemötta. Generellt sett innebär den att HBTQ-personer³ på samhällets olika arenor ständigt förutsätts vara heterosexuella tills motsatsen är bevisad (12). Inom vården innebär det att t.ex. homosexuella ständigt måste förhålla sig till och skapa strategier för om de ska ”komma ut” inför vårdpersonalen eller inte. Att komma ut kan innebära att behöva möta negativa reaktioner och innebär en förlust av kontroll, det är oklart hur långt informationen om patientens sexuella identitet kommer att spridas. Att inte komma ut innebär ett känslomässigt pris, att dölja en viktig del av sin identitet. Båda scenarierna bär med sig känslor av osäkerhet, rädsla, stress och ångest för patienten, som blir en ytterligare börda på de påfrestningar som sjukdomen eller ett förändrat hälsotillstånd för med sig (6).

Rädslan för att få sämre vård kan innebära att många lesbiska väntar med att söka vård tills det är absolut nödvändigt. Det finns evidens för att homosexuella möts av okunnighet, fientlighet samt stötande och förolämpande behandling från personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (6).

I en rapport från Folkhälsoinstitutet där HBT personer fick skatta sin hälsa visade det sig att en övervägande del av gruppen hade en god hälsa, men att både den fysiska och psykiska hälsan var lägre än befolkningen i stort. Särskilt inom det psykiska välbefinnandet fanns stora skillnader. Inom HBT gruppen fanns också skillnader där transpersoner generellt sett hade den sämsta hälsan, följt av bisexuella och homosexuella (16).

En allvarlig konsekvens av homofobi och fördomar kan vara att homosexuella föräldrar, på grund av rädsla för sanktioner, ibland väljer att inte vara öppna med sin sexuella identifikation. Detta utgör ett stort hinder i utvecklingen av mellanmänskliga relationer och osynliggör familjemedlemmar och närstående som borde inkluderas i omvårdnaden. Det kan också skapa en moment 22 situation där vårdpersonal som

³ HBTQ är en förkortning och samlingsbegrepp för homo, bi, trans och queerpersoner. Queer innefattar bland annat polyamorösa, sadomasochister, fetischister, intersexuella och asexuella personer (15).

saknar kunskap om HBTQ frågor inte inser vikten av att skaffa sig denna kunskap eftersom de ”inte har träffat” några HBTQ-patienter. Okunskapen leder till att en heteronormativ miljö ständigt återskapas och rädsla för sanktioner för att komma ut lever kvar. Om då såväl patienter som vårdpersonal väljer att inte komma ut kommer personalens okunskap reproduceras och en negativ cirkel fortsätter (6).

Om vårdpersonalen förutsätter att alla patienter är heterosexuella, när de t.ex. tar den sociala anamnesen, innebär det ett osynliggörande av andra sexuella former än heterosexualitet och kan upplevas kränkande för den enskilda individen. Inom områden som har med reproduktion och sexualitet att göra blir konsekvenserna extra tydliga där många lesbiska undviker att gå till gynundersökningar eftersom frågor om preventivmedel och (hetero)sexvanor oundvikligen kommer upp. Sättet att fråga speglar då att en aktiv, ”normal heterosexualitet” tas för givet (1).

Även om hälso- och sjukvårdspersonalen är välmenande är de ofta okunniga om den heterosexuella normen vilket leder till en oacceptabel situation där homosexuella patienter får utbilda personalen om sina livsvillkor (1, 6).

3.2.2 Om homofobi och heterosexism

”...scholars who have studied prejudice note that homophobia is not only not felt to be irrational – nor are racism or anti-Semitism – but is actually felt to be morally praiseworthy and socially sanctioned (6, s 5)”

Homofobi kan definieras som en irrationell rädsla eller avsky mot homosexuella. En sådan psykologisk definition är dock otillräcklig, homofobi måste diskuteras som en social, kulturell och politisk produkt (6). I en studie av Rödahl (12) visas det att 36% av de färdiga sjuksköterskorna och 9% av sjuksköterskestudenterna skulle välja att avstå från att vårda en homosexuell patient om de fick välja ⁴.

Heterosexism är ett begrepp som innebär att se heterosexualitet som bättre, mer normalt, mer naturligt och/eller mer moraliskt rätt än homosexualitet. Inom vården kan heterosexism ta sådana uttryck att vårdgivare är rädda att fråga om patienters sexualitet eftersom de då kan råka ”antydä” att patienten är homosexuell. Det anses dock inte lika stötande att behandla homosexuella som om de vore heterosexuella (6, 17).

3.3 Om mellanmänskliga relationer

En omvårdnadsteoretiker som har behandlat de förförståelser, fördomar och stereotyper som sjuksköterskan kan hysa mot patienter är Travelbee (2). Hon menar att det är centralt för den professionella sjuksköterskan att etablera en mellanmänsklig relation med patienten. Med detta menar hon en relation människa till människa som överskrider den hierarkiska sjuksköterska-patient dikotomin. Detta strävande handlar alltså om att ta sig bort från stereotypa uppfattningar om vad en ”patient” och ”sjuksköterska” är och se varandra som unika individer. För att komma bort från begreppet patient benämner Travelbee patient som ”den andre”.

⁴ Rödahl påpekar dock att generaliserbarheten är begränsad eftersom populationen var liten och ej slumpmässigt urvald (12).

Sjuksköterskans mål är att hjälpa individen och dennes familj att förebygga och bemästra sjukdom och lidande, samt att finna mening i dessa erfarenheter. Att målgruppen för omvårdnad är både patienten *och* familjen, härleds till att när en person blir sjuk så drabbar detta också dennes familj som får nya roller och måste finna mening i det som sker/skett (2).

Den mellanmännsliga relationen ser Travelbee som ett nödvändigt medel för att nå detta mål. Denna relation kommer inte naturligt utan måste arbetas på, den konstrueras ständigt genom att sjuksköterskan interagerar med de vårdbehövande. Detta innebär att sjuksköterskan måste vara varsam på sina tankar, känslor och sitt görande när denne söker arbeta fram en god relation till den som söker vård (2).

Travelbee identifierar fem faser som sjuksköterskan och patienten går igenom i utvecklingen av en mellanmännslig relation. Dessa faser utgör en process som sjuksköterskan och patienten går igenom, i olika hastigheter och med steg både fram och tillbaka (2).

I *det inledande mötet* gör sjuksköterskan och patienten observationer, antaganden och bedömningar av varandra vilket sedermera kommer att styra deras interagerande med varandra. Deras föreställningar om varandra baseras ofta på stereotypa föreställningar varför sjuksköterskans uppgift blir att bryta ned kategoriseringen för att se människan i patienten. Detta är enklare att göra om sjuksköterskan tycker om patienten men Travelbee betonar att den professionella sjuksköterskan har ett ansvar att se alla patienter som mänskliga individer, oavsett vilka känslor de väcker (2).

I den andra fasen sker en *framväxt av identiteter* där sjuksköterskan och patienten gradvis börjar bryta ner kategorierna för att se hur den andra känner, uppfattar och tolkar situationer. De börjar alltså se glimtar av den andres unika identitet (2).

Empati utgör den tredje fasen. Med det menar Travelbee förmågan att leva sig in och ta del av den andres sinnestillstånd vid ett givet tillfälle. Att känna empati är att knyta an till den andre och uppleva närhet utan att för den skull gå upp i den andre. Empatiprocessen är medveten, den som känner empati är fullt medveten om det till skillnad från omedvetna mentala processer som *identifikation* och *projektion*. Förutsättningar för empati är dels en vilja att förstå den andre, och dels en likhet i personliga erfarenheter. Eftersom empati grundar sig i gemensamma erfarenheter är det inte realistiskt att tänka sig att en sjuksköterska kan känna empati för alla sjuka. Samtidigt kan sjuksköterskan sträva efter att utvidga sitt empatiska omfång till att omfatta även personer som har vitt skilda erfarenheter från henne/honom. Travelbee menar också att det är en myt att sjuksköterskan kan gå in i mötet med den andre med en icke-dömande förförståelse, istället måste sjuksköterskan gå in med avsikten att göra sig medveten om vilka förutfattade meningar hon/han har (2).

Empati används för att förstå den andres beteende, och därmed kunna förutse och förstå dennas omvårdnadsbehov. Med detta följer emellertid inte att kunskapen följs av konstruktiv handling som gagnar patienten. Kunskapen kan också användas manipulativt eller inte alls. På detta sätt kan empati karakteriseras som neutralt (2).

Att känna empati är alltså att rent intellektuellt ha en förståelse för den andre på basen av likhet, det är ett steg i riktningen mot ömsesidig förståelse och kontakt, som

i sin tur kan gå över till *sympati och medkänsla* vilket är den fjärde fasen som Travelbee beskriver (2).

Denna fas kännetecknas av medkänsla, den som vårdar tar del av den andra personens lidande och hyser en önskan om att lindra det. Här handlar det inte längre om att lära känna den andra personen men den mellanmännsliga relationen kan antagligen stärkas och fördjupas. Sympati kan sägas vara en attityd, ett sätt att tänka och en känsla som förmedlas till den andre. I och med att man tar del av den andras lidande och känslor blir det inte längre möjligt att förhålla sig objektiv och distanserad. Detta medför inte en passivitet utan ett personligt engagemang där sjuksköterskan aktivt vill hjälpa den andra och även minska dennes lidande genom att dela lidande och bördor (2).

Etableringen av *ömsesidig förståelse och kontakt* i den mellanmännsliga relationen bör enligt Travelbee vara det övergripande målet för alla sjuksköterskor. De fyra tidigare nämnda faserna samt att sjuksköterskan kontinuerligt lyckats lindra den andres lidande kan sägas kulminera i att detta uppnås. Sjuksköterskans förmåga att hjälpa den andre beror självfallet på vad denna vet, kan och vill göra. Men även människosyn har betydelse. Den människosyn sjuksköterskan har skiner nämligen igenom i interaktioner med andra människor som känner om den vårdandes människosyn är genuin eller mer av en fasad. Den vårdandes människosyn och livsfilosofi avspeglas här i alla handlingar gentemot den andra. Ömsesidig förståelse och kontakt präglas av att personerna i den mellanmännsliga relationen delar varandras tankar, känslor och attityder. Detta är med andra ord tätt knutet till sjuksköterskans personlighet och värdegrund. När en upplevelse delas på detta sätt blir den meningsfull och betydelsefull (2).

4. METOD

4.1 Litteratursökning och urvalsprocess

Sökord valdes med utgångspunkt från syftet med arbetet (18)⁵. Sökord som användes var till exempel "lesbian", "parents" & "Maternal Health Services" etcetera. Sökorden utvecklades över tid, de första sökningarna var provsökningar där fler sökord hittades som till exempel "pregnancy", "qualitative." För att bredda sökningarna ytterligare användes även trunkeringar såsom "child*" istället för "child health services." Eftersom sökningarna ändå genererade så få träffar användes få eller inga begränsningar i sökningarna. I bilaga två redovisas sökningarna i sin helhet.

Databassökningar utfördes med booleska operationer i följande databaser:

- SCOPUS. Innehåller 15 000 tidsskrifter inom de flesta vetenskapliga discipliner
- CINAHL. Täcker omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi
- Pubmed/Medline. Täcker bland annat medicin, omvårdnad och odontologi
- PSYCINFO. Täcker psykologisk forskning inom medicin, omvårdnad och närliggande områden

⁵ Från början var syftet att ta reda på HBTQ-föräldrars erfarenheter av mödra- och barnhälsovården. Detta ändrades dock då de studier som fanns nästan uteslutande handlade om lesbiska föräldrars erfarenheter av vård före, under och efter graviditet i olika vårdformer.

När sökningarna gav 100 träffar eller mindre lästes titlarna igenom samt abstracts på de artiklar som inte uppenbart föll utanför syftet. De artiklar vars abstract tycktes stämma överens med syftet lästes i sin helhet samt kvalitetsgranskades utifrån en checklista för granskning av kvalitativa artiklar utarbetad av Forsberg och Wengström (18). Utöver sökningar i databaser genomfördes även manuella sökningar med utgångspunkt i referenslistorna på de tidigare funna artiklarna. Då hittades emellertid inga nya empiriska artiklar. De empiriska artiklar som svarade mot syftet togs med i studien. Inalles resulterade sökningarna i 12 artiklar som nådde upp till dessa kriterier. En artikel (19) uteslöts efter den första genomläsningen på grund av att den innehöll för tunt material i förhållande till syftet. Artiklarna var skrivna mellan 1984-2008 och kommer från Storbritannien, USA, Australien, Kanada, Norge och Sverige.

4.2 Analysmetod

Genom en induktiv läsning av artiklarna valdes meningsbärande enheter ut som kondenserades, indelades i kategorier och slutligen utvecklades till övergripande teman. Denna process genomfördes av båda författarna oberoende av varandra. När detta var genomfört jämfördes och diskuterades författarnas olika kategorier och teman tills en gemensam struktur var utvecklad.

5. RESULTAT

Informanterna i de studerade artiklarna uttrycker generellt att de var nöjda med vården de hade fått. De har också ofta uttryckt tankar om att de upplevelser de har gjort påverkats av deras sexuella identitet och familjestruktur. I denna del av arbetet kommer detta att beskrivas i tre olika teman; Att få bekräftelse som individ och familj, att komma ut och vårdpersonalens attityder.

Dessa teman överlappar varandra i viss mån. Graneheim & Lundman (20) skrev att detta är vanligt i studier av människors erfarenheter som sällan kan delas in i vattentäta skott. De citat som förekommer i denna del av arbetet är utsagor från informanterna i de olika kvalitativa artiklarna som är studerade. De är skrivna för att ge en känsla av kärnan i föräldrarnas upplevelser.

5.1 Att få bekräftelse som individ och familj

Alla artiklarna (21-32) behandlade explicit eller implicit föräldrarnas önskan att bli bekräftade som familj av hälso- och sjukvårdens personal. I detta låg att inte bara den biologiska förälderns föräldraskap bekräftades utan även den ”sociala” förälderns. De ”sociala” mödrarna hade blandade erfarenheter i att bli erkända som föräldrar av hälso- och sjukvården (21- 24, 26, 28, 31).

5.1.1 Erfarenheter av bekräftelse och synliggörande

Looking into my eyes he says, 'are you going to breastfeed?' Just like that, like it was the easiest thing in the world, that both of us nursed the baby. And then he continued, 'Men can breastfeed too, you know, it's just not that common'. I must say, it came like a shock to me, I wasn't quite there. He was so incredibly engaged in the thought of me breastfeeding too (28, s 482).

Citatet ovan kom från en intervjuad medförälder i ett lesbiskt par och illustrerar både vårdpersonalens bekräftelse av samkönade familjer och specifik kunskap om

lesbiskt moderskap. Positiva erfarenheter, där icke-biologiska föräldrar inkluderades och erkändes som föräldrar, beskrevs i många artiklar (21,22, 24, 27-30).

Bekräftelse av alla föräldrar kunde ske genom att ögonkontakt togs med alla i familjen. Det kunde nås genom att ett inkluderande språk användes där även den icke-biologiske föräldern refererades till som ”förälder” eller ”mamma”. När den icke-biologiska föräldern fick klippa av navelsträngen eller bada spädbarnet, alltså vara med och delta i vården av barnet stärkte detta föräldrarnas upplevelse av att erkännas som legitim förälder (22-24, 27).

Bekräftelse kunde också ske genom att den ”sociala” modern fick samma besöksrättigheter på IVA-avdelningen som den biologiska modern (21) eller genom justering av födelseattester som utgick från heterosexuellt föräldraskap (28). Inom föräldrautbildningarnas ram fanns en del positiva erfarenheter av barnmorskor som gav särskilt stöd till de lesbiska mödrarna och använde neutrala ord som ”partner” (21, 23).

Föräldrarna uttryckte en önskan om att både bekräftas som en ”normal” familj av hälso- och sjukvården, samtidigt som deras specifika villkor och situation uppmärksammades. När vårdpersonalen frågade föräldrarna om vilka lokala resurser och föräldragrupper för homosexuella föräldrar som fanns tillgängliga i kommunen hade detta en bekräftande effekt. När vårdpersonalen visade att de var medvetna om stigmatiseringen och isoleringen som många föräldrar levde med fungerade detta också bekräftande (22, 23, 27).

5.1.2 Erfarenheter av icke-bekräftelse och osynliggörande

My partner had to fight to be acknowledged as the baby's mother, and to be included in her care (23, s 208).

From the very first day when [her daughter] was born, we're in the hospital, and they give us the wristbands...and the wrist bands say "mother" and the other one says "father" right on the wristband. And I thought couldn't you just give us two "mother ones, or is that going to confuse everybody too much? (29, s 510)

Många föräldrar fick arbeta för att få bekräftelse och erkännande av vårdpersonalen, eller blev öppet exkluderade. Exkluderandet kunde handla om att inte bli tilltalad, marginaliserad eller att bli totalt ignorerad (21, 23, 24, 27, 30). Negativa erfarenheter av att medföräldern blivit exkluderad på akutavdelningar inom barnhälsovården rapporterades av 40 % av informanterna i en studie av Perrin & Kulkin (27). Då handlade det om att ens familjekonstellation negligerats och att den icke-biologiske föräldern inte fått vara delaktig i beslut angående vården av det gemensamma barnet. De intervjuade i Ross, Steele & Epstein:s studie (29) hade liknande erfarenheter av att den icke-biologiske modern inte setts som legitim av barnhälsovårdens personal.

En kontext där exkludering av medföräldern blev tydlig var föräldrautbildningarna där ledarna för grupperna oftast pratade i termer av ”mamma” och ”pappa” och förutsatte bara en typ av familjekonstellation (21- 23, 28-30, 32). De intervjuade föräldrarna i Larsson & Dykes studie (22) berättade om barnmorskor som inte såg deras behov och inte slutade använda ett exkluderande språk ens efter att explicit fått

veta att lesbiska föräldrar var med i föräldragruppen. Detta upplevdes som oprofessionellt och kränkande. Informanterna i Olesker och Walsh studie (32) från 1984 påpekade att föräldrautbildningen inte bara utgick från en stereotyp familjebild utan också från ett medelklassperspektiv. Ingen av informanterna i den studien var öppna med sin sexuella läggning på föräldrautbildningen.

Föräldrarna hade också erfarenhet av ”formell” exkludering i och med att ankomstblanketter samt omvårdnads och medicinsk dokumentation förutsatte en heterosexuell familj med make eller maka (21, 22, 26, 27, 29, 30). Födelseattester som utgick från att barnet har en man och en kvinna som föräldrar skapade också problem. Ett lesbiskt par kunde inte få bådars namn registrerade på födelseattesten och ett annat blev pressade av sjukvårdspersonalen på att uppge faderns namn när barnet hade tillkommit via en anonym givarinsemination (24). Enkäter och informationsmaterial i väntrummen på barnhälsovårdens avdelningar hade heteronormativa utgångspunkter och förutsatte att alla barn har en moder och en fader (27). På ett liknande sätt kunde ”närmaste – anhörig” regler leda till att partnern ej fick besöksrätt på intensivvårdsavdelningar (21).

För fertila lesbiska som söker hjälp med inseminering på reproduktionsmedicinska kliniker kunde osynliggörandet bestå i att de behandlades på samma sätt som infertila heterosexuella kvinnor med allt vad det innebar av provtagning och undersökningar. Detta uppfattades av vissa lesbiska som en onödig medikalisering av befruktningsprocessen medan andra välkomnade sådana medicinska interventioner (29).

5.2 Att komma ut

Att komma ut för hälso- och sjukvårdspersonalen eller inte och hur detta kändes var centralt i samtliga artiklar. Många uttryckte rädsla för negativa konsekvenser till följd av sin sexuella identitet, samtidigt sågs det av flera olika anledningar som viktigt att vara öppen och de flesta informanterna i studierna hade kommit ut för sina vårdgivare.

I ett flertal av studierna uttryckte informanterna vikten av att hitta en ”HBT vänlig” vårdgivare (21, 25, 26, 28-32) för att kunna undvika irrelevanta frågor och fördomar, det kändes viktigt att kunna komma ut i en trygg miljö (28). Informanter i en del studier talar också om att de skulle föredra att ha till exempel en lesbisk barnmorska eller läkare (21, 28, 30, 32).

Att komma ut flera gånger, att behöva förklara sitt förhållande till sin partner eller sitt barn om och om igen på grund av bristande kontinuitet eller ignorans av personalen har av föräldrarna upplevts som ansträngande (23, 27).

Anledningarna till varför det är viktigt att komma ut varierade. Mikhailovich (25) skrev bland annat att det upplevdes att kommunikationen och relationen förbättrades med hälso- och sjukvårdspersonalen och att det gav möjlighet för alla föräldrar att vara delaktiga. Det sågs också som viktigt att bekräfta sin relation inför sitt barn och genom detta reducera den eventuella stigmatisering barn till samkönade föräldrar kan bli utsatta för. I samma artikel angavs en politisk övertygelse om vikten av att vara öppen som anledning till att komma ut. Spidsbergs studie (28) visade liknande tankar hos informanterna, en vilja att vara öppen om sin sexuella identitet för att kunna

”utbilda” hälso- och sjukvårdspersonalen och på detta sätt öka toleransen i sjukvården och samhället i stort.

De tankar kring anledningar att inte komma ut som redovisades i studierna präglades i stor utsträckning av känslor av oro och rädsla. Att ens barn (25, 27) eller att man själv skulle få sämre vård (23, 28, 30, 32) eller att helt nekas vård (23, 28, 32) var några av dessa rädslor. Det fanns också oro över att försämra relationen med hälso- och sjukvårdspersonalen (27) samt att få sin kompetens som förälder ifrågasatt (22, 25, 27). Att inte komma ut blev en strategi för att kunna undvika fördömande, homofobi, diskriminering samt att slippa ”utbilda” hälso- och sjukvårdspersonalen om sin livssituation (23, 25). Hemlighållandet av sin sexuella identitet sågs också som en garanti för att få samma behandling som andra (25). Utöver dessa rädslor över hur hälso- och sjukvårdspersonalen skulle reagera när man kom ut angavs även att man inte kunde se några fördelar med att komma ut (25) eller att läkaren inte hade med den saken att göra (22, 28) som anledningar till att ”stå kvar i garderoben.”

5.2.1 Positiva erfarenheter av att komma ut

Positiva erfarenheter av att vara öppen med sin sexuella identitet inkluderade bland annat en känsla av acceptans, att bli bekräftad som ”normal” samt att inte behöva förklara sitt förhållande till sin partner eller sitt barn flera gånger om för vårdpersonalen (23, 27, 28). De frågor om livsstil, familj och sexuell identitet/praktik som följde av att man kom ut upplevdes oftast som positiva, som att vårdpersonalen intresserade sig för föräldrarnas speciella situation och ville ge anpassad vård. Många hade heller inget emot att ta på sig en utbildande roll, eftersom de menade att många inom hälso- och sjukvården inte mött lesbiska mödrar och behövde kunskap (22, 23, 27, 28).

5.2.2 Negativa erfarenheter av att komma ut

En mängd olika negativa konsekvenser som upplevdes vara relaterade till sexuell identitet beskrevs i studierna. Detta har beskrivits både precist samt som mer generella upplevelser av diskriminering, fördömande- och homofobiska attityder och heteronormativa antaganden (21, 25, 27, 30, 32). En del av de rädslor för negativa konsekvenser som beskrivits ovan blev besannade i samband med att patienten kommit ut. Flera exempel på vårdgivare som nekat vård eller brutit kontakten med patienten efter att denna kommit ut återfinns i studierna. Wilton & Kaufmann (23) beskriver en patient som nekats vård av en sjuksköterska med hänvisning till sjuksköterskans kristna tro. Vidare beskrevs i Spidsberg (28) hur en läkare inte lämnat ut provsvar och gjorde sig oanträffbar då han fick reda på att hans patient var lesbisk. Även Wojnar (26) fann liknande upplevelser, en informant berättar om en läkare som vägrade hjälpa ”kvinnor som henne.” I en amerikansk studie från 1989 (31) angav fyra av 35 medverkande att de nekats vård efter att de kommit ut.

Hälso- och sjukvårdspersonalens omedelbara reaktion till följd av att man kommit ut var ibland rent oförskämd och personalen uttryckte nedvärderande och moraliserande åsikter (21, 23, 30). Vanligare var dock upplevelsen av att en spänning skapades, att vårdpersonalen kände sig generad och inte tog någon notis om beskedet över huvud taget (21, 23, 24, 30). Motsatsen skedde också när ens ”klivande ur garderoben” väckte en överdriven nyfikenhet hos vårdpersonalen och resulterade i frågor som av föräldrarna upplevdes som integritetskränkande, ”lite på gränsen” och irrelevanta för vården (22, 23, 28).

Inom mödrahälsovården kunde barnmorskornas intresse för sina patienters sexualitet leda till att denna diskuterades, vilket innebar att föräldrarna inte fick svar på sina frågor. Sexualitet istället för graviditet kom i fokus (28). I en studie av Wilton & Kaufman (23), med totalt 50 respondenter, frågades 25 av dem hur de hade blivit gravida, sex vad de skulle säga till barnet om dennas biologiska far och fyra om de någonsin hade varit heterosexuella. Samma studie rapporterar å andra sidan om att många barnmorskor, av rädsla för att omedvetet verka kränkande, undvikit att ställa frågor som *var* relevanta. 24 av respondenterna frågades inte om de hade en medförälder, 16 frågades inte om vilket stöd de hade hemma och 31 frågades inte om hur deras partner mårde.

5.3 Vårdpersonalens attityder

Som beskrivits tidigare är en stor majoritet av föräldrarna öppna med sin sexuella identifikation. Detta innebär att de konfronteras med sjukvårdspersonalens attityder.

5.3.1 Positiva attityder

Föräldrarna i artiklarna beskrev vanligtvis att de var nöjda med den vård de har fått och sjukvårdspersonalen som empatisk, omvårdande och lyhörda för deras behov (21, 22, 24-26, 29-32). Speciellt uppskattat var också när medförälderns behov också uppmärksammades (23). En positiv och stödjande attityd från personalen handlade alltså ofta om att bli bekräftad och synliggjord som förälder och familj.

I Wilton & Kaufmans studie (23) demonstrerades att personalen inte behövde göra mycket för att visa att de hade en stödjande attityd till föräldrarna, en enkel kommentar eller ett låtsamt skämt var allt som behövdes.

Ett exempel på sjuksköterskor som agerade patientens advokat i samspelet gentemot annan sjukvårdspersonal återfinns i Epstein, Stein & Ross studie (29) där en barnmorska ”tog hand om” en läkare som agerade på ett kränkande vis. I samma studie berättade också informanterna om sjuksköterskor inom gynekologin och primärvården som informerade om lesbiskvänliga sjukhus och fertilitetskliniker och därmed också agerade som patienternas advokater.

5.3.2 Negativa attityder

I think that they were uncomfortable with us...being a lesbian couple and I think they were uncomfortable with us being, doing it natural. And I think the combination of the two just sort of had a hands off attitude instead of a caring attitude (24, s 309)

Enligt Renaud (21) var öppen homofobi i möten mellan lesbiska mödrar och vårdpersonalen ovanliga, i hennes studie vittnade flera av de intervjuade snarare om att det fanns en subtil spänning i luften där personalen blev osäkra, nervösa och verkade känna obehag över mödrarnas lesbiska identitet. Resultatet i en studie av Buchholz (24) var liknande, sjuksköterskorna upplevdes vara stressade och föräldrarna reflekterade över om de fick samma vård som heterosexuella par. I Spidsbergs studie (28) framkom liknande tankar hos föräldrarna där de reflekterade över om deras erfarenheter av bristfälligt bemötande *de facto* orsakades av homofobi eller om barnmorskan egentligen bara hade en dålig dag.

Försök från vårdgivarens sida att visa acceptans och medvetet agera jämlikt kunde också bli missriktade då de istället tolkades som nedlåtande, överdrivna och föräldrarna kände sig utpekade som ”annorlunda” (21, 23).

It's not exactly like you get this in-your-face prejudice...there's this consciousness...you feel like someone is consciously trying to be egalitarian. Whenever anybody feels obligated to say, "I treat a lot of lesbian patients"...I think, so what, I know a lot of Presbyterians (21, s 196).

Det fanns också rapporter från föräldrarna om öppen homofobi, kränkningar eller diskriminering i artiklarna (21, 23, 25-27, 30, 31). Exempelvis har föräldrarna erfarenheter av att negativa kommentarer fällts av personalen på grund av deras sexualitet (21) eller att deras motiv för att skaffa barn ifrågasätts och den icke-biologiska föräldern/föräldrarna ignorerats av hälso- och sjukvårdspersonalen (25, 26). Inom barnhälsovården rapporterades det om fall av felaktig, kränkande diagnostisering där ett orimligt fokus legat på föräldrarnas sexuella identitet. Till exempel förklarades ett spädbarns långsamma tillväxtkurva med att barnet var förvirrat över att ha två mödrar (27). En lesbisk förälder som led av postpartum depression möttes vid ett hembesök av sådan negativ och fördömande attityd från sin sjuksköterska att hon inte tordes avslöja sitt tillstånd av rädsla för att förlora barnet och att sjuksköterskans övertygelse om att homosexuella inte borde skaffa barn skulle spås på (30).

Det fanns också ett osynliggörande, där vårdpersonalen hade kännedom om att föräldrarna var homosexuella men ignorerade det och låtsades som ingenting.

I don't know, some people have a way of approaching it by just ignoring it, pretending that it isn't there. Everybody knows it's there but nobody dares to mention it. It's like 'The Emperor's New Clothes', everybody knows but nobody says anything (28, s 481)

Detta skapade en obekväm situation för föräldrarna, som i tystnaden utelämnades till att själv fundera på vilka attityder, tankar och känslor vårdpersonalen bar på (28, 30).

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Valet av databaser gjordes utifrån förståelsen av att ämnesområdet var smalt och tvärvetenskapligt och att viktig kunskap inom området kunde finnas inom discipliner som till exempel genusvetenskap och psykologi. Det visade sig att de flesta artiklar fanns i omvårdnadsvetenskapliga tidskrifter och täcktes av sökningarna i SCOPUS.

Vid den manuella sökning som gjordes med utgångspunkt i referenslistorna hos de tidigare funna artiklarna hade alla referenser som kunde antas vara relevanta för denna studie redan hittats i databassökningarna. Detta borde tyda på att litteratursökningen varit relativt heltäckande.

Sett i efterhand kunde sökningarna ha genomförts mer enhetligt. I stort behölls samma struktur under sökningarna (se bilaga 2). Det tillkom emellertid ett fåtal nya sökord och trunkeringar användes i en större utsträckning vid sökningarna i CINAHL och PSYCINFO. Det skulle kunna vara möjligt att någon enstaka artikel till kunde ha hittats om fler sökord och trunkeringar utnyttjats i SCOPUS och PubMed/Medline.

Inklusionskriterierna var endast att studierna skulle vara empiriska och att de skulle passa syftet med denna studie. Det är en följd av tesen att ämnet inte var studerat i någon större utsträckning. Tanken var därför att allt funnet material skulle kunna inkluderas. Det visade sig vara fallet och inga funna studier som uppfyllde dessa två kriterier har uteslutits. Att alla empiriska artiklar funna inom området tagits med i studien måste ses som ett tecken på denna studies täckning av forskningsområdet men även på hur lite forskning som bedrivits om hur lesbiska föräldrar upplevt vården före, under och efter graviditet.

Analysen genomfördes i stor utsträckning baserad på författarnas tidigare kunskaper om kvalitativa analysmetoder. Sett i backspegeln borde analysmetoden ha haft tydligare teoretisk förankring. Forsberg och Wengström (18) beskrev att en metasyntes görs genom identifiering av de metaforer, teman och kategorier som använts i de studerade artiklarna. Därefter kodas artiklarna med avseende på design och metod samt genom identifiering av nyckelord, idéer och begrepp. I denna process reduceras data till att omfatta gemensamma nämnare för innehållet i artiklarna.

Analysen av artiklarna som ingår i denna studie har till mångt och mycket följt den beskrivningen av en metasyntes som görs ovan. Dock har ingen hänsyn tagits till studiernas design och metod vilket enligt Forsberg och Wengström (18) måste göras då varje metod har ett unikt perspektiv. De enkät- och intervjustudier som inkluderats i denna studie måste emellertid anses ha fler metodologiska likheter än skillnader. Samma typ av urvalsmetoder har använts, analysmetoderna hade mycket stora likheter och överlag har författarna fått brottas med samma grundproblematik. Härmed borde uppdelningen av artiklarna på grund av metod inte ha gett några stora skillnader för resultatet av analysen.

Flertalet av artiklarna var kvalitativa intervjustudier där ett litet antal lesbiska föräldrar intervjuats (21, 22, 24, 26, 28, 29,30). Informanterna har nåtts genom ”snöbollsmetoden” vilket inte var förvånande med tanke på lesbiska är mer eller mindre stigmatiserade i samhället. Detta är en vanlig metod för att nå utsatta grupper i samhället (33). Eftersom kvalitativa studier inte syftar till generaliserbarhet var det inte heller något problem att informanterna inte valdes slumpmässigt, urvalsmetoder i kvalitativa ansatser väljs snarare för att öka möjligheterna att beskriva, förklara och öka förståelsen av det studerade ämnet (18).

En begränsning i de kvalitativa intervjustudierna är däremot informanternas homogena demografiska bakgrund, de är huvudsakligen vita, välutbildade, mellan 30-40 år gamla, stadsbor och skulle kunna sägas tillhöra medelklassen. Denna homogenitet kan härledas från snöbollsurvalet och den innebär att många av de upplevelser och erfarenheter av vården som skulle ha kunnat beskrivas hos en mer heterogen population kan ha gått förlorade. Kanske har lesbiska föräldrar som är mindre resursstarka och mindre öppna med sin sexuella identifikation i möten med vården andra erfarenheter än de som nu utgör forskningssubjekten. En risk med snöbollsurval kan också vara att främst informanter med vilja att uttrycka eller beskriva starka åsikter eller erfarenheter väljer att medverka. I en artikel (30) har urvalet gjorts utifrån författarens sociala nätverk. Artikelförfattaren problematiserar inte detta vilket väcker frågor om studiens vetenskaplighet och forskarens förhållningssätt gentemot informanterna.

Två av de kvalitativa intervjustudierna (24, 30) kan vidare kritiseras för att de har ett litet antal informanter men med tanke på urvalsmetoden och informanternas demografiska bakgrund är det möjligt att datamättnad ändå uppnåtts.

När det gäller de kvalitativa enkätstudierna (23, 25, 27, 31, 32) har artikelförfattarna fått förhålla sig till ett välkänt ”problem” när det gäller representativitet i studier av lesbiska föräldrar. För det första vet ingen hur stor populationen är och för det andra är sexuell identifikation föränderligt och flytande vilket innebär att kategorier som heterosexuell/homosexuell är instabila. Det finns dessutom inga formella vägar att använda för forskare som vill få slumpmässiga urval utan de måste nå populationen via inofficiella kanaler som nätverksorganisationer, annonser i HBTQ tidningar och personliga kontakter. Eftersom både populationens storlek och hur många som nås är okänt blir det mycket svårt att diskutera bortfall. Ett mycket stort bortfall fanns i två av studierna (25, 27) vilket är problematiskt då ingen information finns om de som valt att inte svara och ingen bortfallsanalys gjorts.

Denna begränsning innebär att evidensen för att göra generaliserande utsagor om lesbiska föräldrars upplevelser blir obefintlig. Däremot säger resultaten något om variationerna och mångfalden av upplevelser som informanterna gjort och dessa borde vara möjliga att överföra till andra lesbiska föräldrar med liknande demografisk bakgrund.

Den demografiska bakgrunden hos informanterna i enkätstudierna skiljde sig inte nämnvärt från den ovan gjorda beskrivningen av intervjustudierna. Den äldsta artikeln (32) skiljer ut sig från mängden såtillvida att fler låginkomsttagare deltagit. Informanterna i denna studie var också anmärkningsvärt få, endast nio stycken, för att vara en enkätstudie.

Alla studierna är utförda i länder med ”västerländsk kultur” vilket inte är förvånande eftersom det främst är i dessa länder som lesbiska har möjligheter att leva öppet och därigenom komma i kontakt med sjukvården i egenskap av föräldrar. Samhällets syn på lesbiskt föräldraskap skiljer sig även åt i dessa länder. Detta återspeglas främst i de juridiska ställningstaganden informanterna tvingas ta hänsyn till, där rättigheten till föräldraskap i USA verkar vara mer omtvistad än i de övriga länderna. Det kan anas en gradskillnad mellan de två nordiska studierna (22, 28) och de övriga där öppen homofobi och kränkningar förekom i högre utsträckning i de utomnordiska studierna.

Vidare är det stora skillnader mellan till exempel amerikansk sjukvård, som i väldigt hög grad är privatiserad och svensk sjukvård som främst är offentligt finansierad. Dessutom är USA ett land med stora skillnader från delstat till delstat. Troligen är det inga problem för lesbiska mödrar att få utmärkt sjukvård i en liberal stad som San Francisco medan det kanske är betydligt mer problematiskt på landsbygden. En annan viktig aspekt är samhällets sekularisering och religionens inflytande på människors attityder. Hälften av studierna är från USA och kristendomen har där en avsevärt starkare ställning än i Sverige.

Skillnaderna mellan de olika länderna som studierna är utförda i väcker frågor om resultatets överförbarhet till svensk kontext. Samtidigt kan många likheter ifråga om bemötande och attityder ses mellan samtliga artiklar.

6.2 Resultatdiskussion

Det kan tyckas att de negativa upplevelserna överväger de positiva i resultatet. Om detta verkligen var fallet går inte att avgöra då de granskade studierna inte försöker kvantifiera upplevelser och erfarenheter utan endast skildra dessa. Generellt beskrivs i det studerade materialet positiva erfarenheter på ett mer lakoniskt sätt än negativa vilket återspeglas i resultatdelen av denna studie.

6.2.1 Kunskapsanspråk och resultatets allmängiltighet

Den kunskap som framkommit från artiklarna torde vara representativ för den, ur demografisk bakgrund sett, relativt homogena population som studerats. Med andra ord så finns ett visst kunskapsläge vad gäller lesbiska mödrar ur vit medelklass och deras upplevelser av vård före, under och efter graviditet. Det är tydligt att de har mångfacetterade, såväl positiva och negativa erfarenheter av vården. Erfarenheter finns från både bekräftande och icke-bekräftande möten, från vårdpersonalens positiva och negativa attityder samt från en flora av olika reaktioner när de kommit ut ur garderoben. Det är viktigt att påpeka att resultaten inte säger något om hur vanligt eller ofta förekommande till exempel negativa attityder förekommit, utan bara ger exempel på olika erfarenheter av sådana.

Genusyrsel är ett begrepp som betecknar individers reaktioner då könsgänser överskrids och könskategorierna instabliseras (34). Det kan därför vara ett lämpligt begrepp för att beskriva den osäkerhet, obekvämheter och nervositet som ibland väcktes hos personalen när en vårdtagare kom ut. Genusyrsel kan leda till positiva förändringar, i detta fall exempel att vårdpersonalen vidgar och nyanserar sina föreställningar om patienters sexualitet och familjestrukturer. Förändringspotentialen ligger då i att betydelsen av "familj" förskjuts när vårdpersonalen träffar personer som har bildat familjer som inte motsvarar deras förväntningar. Samtidigt kan osäkerheten som skapas också leda till att vårdpersonalen i sin genusyrsel inte accepterar normbrott utan försöker cementera stelbenta kategorier genom att sanktioner riktas mot föräldrarna.

I intervjustudierna kan det också skönjas en ambivalens hos informanterna, en ambivalens som handlar om en stor tillfredsställelse med vården samtidigt som många exempel ges på bristfälligt bemötande. Enligt Wilton & Kaufman (23) har forskare som studerat kvinnors erfarenheter av mödrahälsovård sett en generell tendens att respondenterna uttryckt stor tillfredsställelse med vården som gavs, samtidigt som de berättat om negativa händelser och haft specifika klagomål mot vården. En tolkning är att den enorma glädjen i att bli gravid och att bli förälder till ett friskt litet barn kraftigt dämpat de negativa erfarenheter av vården som kan ha gjorts. Det är lätt att tänka att de flesta människor som blir intervjuade eller får svara på enkäter om sådana omtumlande erfarenheter som graviditet, förlossning och att bli förälder kommer att se det hela i ett positivt ljus.

Att väldigt många av informanterna i de studerade artiklarna var aktiva i val av vårdgivare kan tolkas som att de förväntar sig att möta samma homofobi och

fördomar inom vården som i resten av samhället. Detta skulle kunna innebära att de fått ett än mer positivt intryck av vården när fördomar och homofobi inte varit så framträdanden som de förväntat sig.

Det vanligaste i de studerade artiklarna var att de lesbiska mödrarna var öppna med sin sexualitet. Detta pekar på vikten av att bli erkänd i sitt föräldraskap och att hela familjen blir bekräftad. Vårdpersonalens bemötande har troligen för det mesta varit accepterande och respektfullt vilket antagligen minskat rädslan för att komma ut. Sannolikt har föräldrarna vägt fördelar och nackdelar mot varandra och känt att de fördelar öppenheten förde med sig övervägde rädslan för eventuella sanktioner. Oavsett anledning till öppenhet är det positivt att den i bakgrunden beskrivna moment 22 situationen bryts. Det innebär att vårdpersonalen får ökade möjligheter att tillskansa sig nya kunskaper om lesbiskt föräldraskap. Eftersom lesbiska i Sverige så sent som 2005 fick rätt till assisterad befruktning är det inte förvånande att det finns kunskapsluckor om lesbiskt föräldraskap hos svensk vårdpersonal. Kunskapsluckor som nu kan börja fyllas.

Många av de lesbiska mödrarnas erfarenheter är sannolikt allmängiltiga i den bemärkelsen att de skulle kunna göras av HBTQ-patienter överallt inom hälso- och sjukvården. Bekräftelse av föräldraskap, acceptans och respekt för familj och anhöriga är uppenbarligen viktigt för informanterna i de studerade artiklarna. Analogt till detta är sannolikt bekräftelse av sexuell identitet och inklusionen av partner och anhöriga viktigt för många HBTQ-patienter i deras möten med vården. Positiva och negativa attityder från vårdpersonalen och strategier för att komma ut är också något alla HBTQ-patienter måste förhålla sig till och detta gör att resultaten i denna studie är något som inte bara sjuksköterskor inom mödra- och barnhälsovården bör förhålla sig till.

6.2.2 Sprickor i heteronormativiteten och Travelbees tankegods

I detta arbete har tankar om heteronormativitet presenterats och utifrån dessa är det inte överraskande att en del av de icke-biologiska föräldrarna har känt sig icke-bekräftade av vårdpersonalen, att föräldrautbildningarna utgick från en heterosexuell norm eller att de lesbiska föräldrarna ibland möttes av olika sanktioner när de kommit ut för vårdpersonalen.

Ett aktivt val av vårdgivare, olika strategier för att komma ut och en vilja att påverka vårdpersonalen tyder på att föräldrarna både är medvetna om heteronormativa maktstrukturer inom vården och aktivt försöker hantera och/eller påverka dessa. Som alla maktstrukturer är inte heller heteronormativiteten absolut, människor är styrda av strukturer men inte helt fångade i dem. Resultatet illustrerar också detta, vårdpersonalen och de lesbiska föräldrarna tycks på en mellanmännisklig nivå ibland mötas i en anda av bekräftelse, stöd och relativ jämlikhet. I vissa fall går det nog att säga att *ömsesidig förståelse och kontakt* har uppstått mellan vårdpersonalen och de lesbiska föräldrarna. Speciellt i de fall där sjuksköterskorna har agerat som patienternas advokat.

Som tidigare har beskrivits identifierar Travelbee fem faser i utvecklingen av mellanmänniskliga relationer (2). Då informanterna kommit ut, oavsett i vilken fas detta skett, har personalen ibland intresserat sig för dem utifrån en stereotyp bild av "homosexuella". Detta illustreras både av överdrivet nyfikna frågor, av obekvämt

kroppsspråk eller ett försiktigt ”tassande” runt frågor om sexualitet från vårdgivarnas sida. Detta försvårar antingen en vidareutveckling av den mellanmännsliga relationen förbi *det inledande mötet* eller innebär återgång till det. I det inledande mötet förhindrar kategorier och stereotyper synliggörande av den unika individen och detta utgör ett hinder för god omvårdnad.

Som Travelbee poängterar är det ofrånkomligt att sjuksköterskan hyser förutfattade meningar om den andre men detta är något som måste medvetandegöras och föras fram i ljuset. Först då kan stereotyper kritiseras och bilder av människor nyanseras. Sjuksköterskans professionalitet innefattar också att inte låta de känslor som den andre väcker påverka vården av denne (2). I resultatet finns det stundtals uppenbara brister i detta när vårdpersonalen låter egna känslor och värderingar äventyra vården och bemötandet av HBTQ-föräldrarna.

När Travelbee formulerade sina tankar om att likhet i erfarenheter är en förutsättning för empati så tänkte hon nog inte på likheter/skillnader i erfarenheter mellan lesbiska föräldrar som är patienter/anhöriga i vården och (heterosexuell) vårdpersonal. Men frågan kvarstår; vilken betydelse har vårdpersonalens eventuella brist på erfarenheter av att avvika från den heterosexuella normen för deras förmåga att känna empati med lesbiska som söker vård?

Detta är en fråga som svårligen låter sig besvaras empiriskt och praktiskt spelar den kanske föga roll eftersom vårdpersonal ändå har en professionell skyldighet att försöka utöka sitt empatiska omfång till *alla* patienter oavsett likheter i erfarenhetsbakgrund. Det går alltså att utveckla sin empatiska förmåga och troligen har flertalet sjuksköterskor erfarenheter av att inte tillhöra någon norm eller erfarenheter av föräldraskap. Detta är exempel på erfarenheter som kan utgöra en grund för en empatisk förståelse av villkoren för lesbiska föräldrar.

Travelbee kan kritiseras för att ha en idealiserad syn på möjligheterna att skapa goda mellanmännsliga relationer. I sina teorier behandlar hon förvisso hinder för goda mellanmännsliga relationer såsom fördomar och stereotyper. Men dessa relateras inte till maktstrukturer baserade på exempelvis genus, etnicitet eller klass. Kunskap om maktstrukturer ger sjuksköterskan ökade möjligheter att förbättra sina förutsättningar att etablera goda mellanmännsliga relationer, därmed kompletteras Travelbees av teorier om samhällsliga maktstrukturer.

6.2.3 Framtida forskningsbehov och klinisk relevans

Eftersom så få studier är hittade och studerade, och med tanke på att en del av dem dras med kvalitetsproblem så finns det behov av mer högkvalitativ forskning om lesbiska mödrars upplevelser i sjukvården och om HBTQ-föräldrar generellt. Forskning behövs både från patient- och sjuksköterskeperspektiv. Forskning utifrån ett sjuksköterskeperspektiv skulle kunna öka kunskapen om sjuksköterskors attityder och om hur väl sjuksköterskor lever upp till sitt professionella och moraliska ansvar att ge lika god vård till hela befolkningen. Dessutom skulle de förutsättningar och hinder som finns för detta kunna diskuteras.

Resultatens kliniska relevans för sjuksköterskan är flera. Dels krävs att sjuksköterskor är tillräckligt självreflexiva för att kunna medvetandegöra sig om

vilka förförståelser, fördomar och stereotyper som kan hysas eller väckas i möten med homosexuella patienter. En sådan medvetenhet ökar förutsättningarna för utveckla goda vårdrelationer i Travelbees anda.

Det kan också sägas ingå i sjuksköterskans personliga och professionella utveckling att kontinuerligt utvärdera sina styrkor och svagheter (35). Om vårdtagare på grund av sexuell identitet väcker negativa känslor hos sjuksköterskan måste därför denna kunna utvärdera vad som egentligen ligger bakom de negativa känslorna och söka hantera dem utan att det påverkar vården som ges.

I sjuksköterskans professionella kompetens ingår också en kontinuerlig kompetensutveckling och att ta till sig ny evidens och forskningsrön. Sjuksköterskor bör alltså söka vinna kunskap om HBTQ-frågor och om homosexuellas villkor inom vården. Detta underlättas givetvis om det finns lätt tillgänglig forskning varför mer forskning är av stor betydelse.

För omvårdnadsämnet kan resultatet ge nya infallsvinklar och perspektiv på begrepp som *bemötande*, *familj*, *närstående* och *kontinuitet*. Dessutom kan resultatet tjäna som utgångspunkt för en diskussion om vilka normer och rutiner som vårdpersonalen omedvetet återskapar i sin vardagliga praktik och vilka oförutsedda konsekvenser det kan få.

Resultatet i denna studie visar på brister i kunskap om lesbiskt föräldraskap och homosexuellas levnadsvillkor hos vårdpersonalen. Dessa kunskapsluckor bör adresseras redan på sjuksköterskeutbildningarna. Detta skulle ge sjuksköterskestudenterna verktyg att reflektera över sina attityder och de samhällsstrukturer som påverkar dessa.

7. REFERENSER

1. Sandell K. Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik. I: Hovelius B, Johansson E (red.) Kropp och genus i medicinen. Lund: Student litteratur; 2004
2. Travelbee J. Mellommennsklige forhold i sykepleie. 2 uppl. Oslo: Gyldendal; 2001
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling (2005:12). Blom N 2005. Senast tillgänglig på http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.htm 2008-05-08
4. Raadu G. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber; 2005
5. Eriksson-Zetterquist U, Styhre A. Organisering och intersektionalitet. Malmö: Liber; 2007
6. Wilton T. Sexualities in health and social care. A textbook. Philadelphia: Open University Press; 2000
7. Bäck-Wiklund M, Bergsten B. Det moderna föräldraskapet: en studie av familj och kön i förändring. Stockholm: Natur och Kultur; 1997
8. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling (2005:17). Blom N 2005. Senast tillgänglig på http://www.sos.se/sosfs/2005_17/2005_17.htm 2008-05-08
- 9 Schyldt U, Näslund I. Adoption. RFSL . Senast tillgänglig på <http://www.rfsl.se/?p=1410> 2008-05-08.
10. Kommittén om barn i homosexuella familjer. Barn i homosexuella familjer. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; Statens offentliga utredningar; 2001:
11. Rosenberg T. Varför heteronormativitet?. *lambda nordica* 2002;3-4(8): 6-9
12. Röndahl G. Heteronormativity in a nursing context [dissertation]. Uppsala: Uppsala Universitet; 2005
13. Sporre T. Hatbrott 2006. En sammanställning av polisanmälningar med främlingsfientliga, islamofobiska, antisemitiska och homofobiska motiv. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ); 2007. BRÅ-rapport; 2007:17
14. Young I M. Att kasta tjejkast – texter om feminism och rättvisa. Stockholm: Atlas; 2000
15. Cronström X. Dags för HBTQ. RFSU 2005. Senast tillgänglig på http://www.rfsu.se/dags_for_hbtq.asp 2008-05-08

16. Roth, N. Hälsa på lika villkor? : hälsa och livsvillkor bland HBT-personer. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. Statens folkhälsoinstitut; 2006:8
17. Westerståhl A. Encounters in the medical context. Issues of gender and sexuality [dissertation]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2003
18. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur; 2003
19. Gartrell N, Banks A, Hamilton J, Reed N, Bishop H, Rodas C. The national lesbian family study 2. Interviews with mothers of toddlers. *American Journal of Orthopsychiatry* 1999;69(3): 362-69
20. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24: 105-112
21. Renaud M. We are mothers too: Childbearing experiences of lesbian families. *JOGNN* 2007; 36: 190-99
22. Larsson, A.-K & Dykes, A-K. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery* 2008. doi:10.1016/j.midw.2007.10.004
- 23 Wilton, T & Kaufmann, T. Lesbian mothers'experiences of maternity care in the UK. *Midwifery* 2001;17: 203-11
24. Buchholz, S. Experiences of lesbian couples during childbirth. *Nurs Outlook* 2000;48: 307-11
25. Mikhailovich K, Martin S & Lawton S. Lesbian and gay parents. Their experiences of children's health care in Australia. *Int J S Gend Stud* 2001; 6(3): 181-91
26. Wojnar, D. Miscarriage experiences of lesbian couples. *J Midwifery Women's Health* 2007;5(52): 479-85
27. Perrin E, Kulkin H. Pediatric care for children whose parents are gay or lesbian. *Pediatrics* 1996;97(5): 629-35
28. Spidsberg B D. Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *J Adv Nurs* 2006;5: 478-86
29. Ross L E, Steele L S & Epstein R. Service use and gaps in services for lesbian and bisexual women during donor insemination, pregnancy, and the postpartum period. *JOGC* 2006; 28(5): 505-11
30. Stewart, M. Lesbian parents talk about their birth experiences. *Br J Midwifery* 1999; 7 (2): 96-101

31. Harvey M S, Carr C & Bernheine S. Lesbian Mothers Health Care Experiences. J Nurse Midwifery 1989; 34(3): 115-19
32. Olesker E, Walsh L V. Childbearing Among Lesbians: Are We Meeting Their Needs? J Nurse Midwifery 1984; 29(5): 322-29
33. Depoy E, Gitlin LN. Forskning – en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1999
34. Nordberg, M. Jämställdhetens spjutspets? Manliga arbetstagare i kvinnoyrken, jämställdhet, maskulinitet, feminitet och heteronormativitet. Göteborg: Arkipelag; 2005
35. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen 2005. Senast tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> 2008-05-13

BILAGA 1

Ref nr: 21

Titel: We are mothers too: Childbearing experiences of lesbian families

Författare: Renaud M

Tidskrift: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2007: 36, 190-199

Land: USA

Syfte: Att beskriva lesbiskas erfarenheter av sjukvården före, under och efter graviditet.

Metod: Kritisk etnografi med datainsamling via djupintervjuer (n=21), fokusgrupp (n=6) samt deltagande observation (n≈43)

Urval: Snöbollsurval, strategiskt urval

Publ år: 2007

Ref nr: 22

Titel: Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women

Författare: Larsson, A-K & Dykes, A-K

Tidskrift: Midwifery 2008, doi:10.1016/j.midw.2007.10.004

Land: Sverige

Syfte: Att utforska lesbiska kvinnors perspektiv och erfarenheter av vård under graviditet och barnafödelse

Metod: Kvalitativ intervjustudie (n=18)

Urval: Snöbollsurval

Publ år: Artikeln är accepterad för publikation, men är ännu inte publicerad

Ref nr: 23

Titel: Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK

Författare: Wilton, T & Kaufmann, T

Tidskrift: Midwifery 2001:17, 203-211

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka lesbiskas upplevelser av mödrahälsovården i Storbritannien för att kunna utvärdera hur bra vård denna grupp får

Metod: Kvalitativ enkätstudie (n=50)

Urval: 400+ enkäter delades ut till 2 olika "communities" för HBTQ-föräldrar. Viss "snöbollseffekt" förekom också där enkäter gavs vidare till vänner och bekanta.

Svarsfrekvens kan inte beräknas eftersom det är oklart hur många av de 400+ personerna som var självidentifierade lesbiska.

Publ år: 2001

Ref nr: 24

Titel: Experiences of lesbian couples during childbirth

Författare: Buchholz, S

Tidskrift: Nursing Outlook 2000:48, 307-311

Land: USA

Syfte: Att undersöka lesbiska pars vård erfarenheter under barnafödelse

Metod: Kvalitativ intervjustudie (n=5)

Urval: Convenience sample

Publ år: 2000

Ref nr: 25

Titel: Lesbian and gay parents. Their experiences of Children's Health Care in Australia.

Författare: Mikhailovich, K, Martin, S & Lawton, S

Tidskrift: International Journal of Sexuality and Gender Studies 2001 (6) 3, s 181-191

Land: Australien

Syfte: Att undersöka erfarenheterna av den Australiska hälso- och sjukvården hos homosexuella föräldrar som söker sjukvård för deras barn

Metod: Kvalitativ enkätstudie (n=92)

Urval: 400 enkäter distribuerades via olika HBTQ grupper, Internetsidor, nyhetsbrev och organisationer. Enkäten fanns även tillgänglig online på en Internetsida under en 6 veckors period

Publ år: 2001

Ref nr:26

Titel: Miscarriage experiences of lesbian couples

Författare: Wojnar, D

Tidskrift: Journal of Midwifery & Women's health 2007 (52) 5, 479-485

Land: USA

Syfte: Att beskriva lesbiska pars erfarenheter av missfall

Metod: Kvalitativ intervjustudie (n=20). Paren intervjuades tillsammans, och var för sig

Urval: Forskaren satte in annonser i tidningar och på Internet samt på offentliga annonsplatser varpå intresserade informanter ringde upp. De som mötte inklusionskriterierna fick delta i studien

Publ år: 2007

Ref nr: 27

Titel: Pediatric care for children whose parents are gay or lesbian

Författare: Perrin, E & Kulkin, H.

Tidskrift: Pediatrics 1996 (97) 5, 629-635

Land: USA

Syfte: Att utforska erfarenheterna hos homosexuella föräldrar vars barn kommit i kontakt med Barnhälsovården.

Metod: Utifrån ett flertal fokusgrupper med homosexuella föräldrar vars barn fått vård inom Barnhälsovården konstruerades en kvalitativ enkät. Den kvalitativa enkäten besvarades av 250 personer (n=250)

Urval: Den kvalitativa enkäten skickades ut till två olika populationer; den första var en mailinglista från ett "Family and Parenting Program" från ett "community health center" i Boston som specialiserat sig på en homosexuell population. Mailinglistan utgjordes av 202 namn. Den andra populationen var ett nyhetsbrev från "The Gay and Lesbian parenting Coalition International" som skickas till 2045 personer i USA och Kanada.

Publ år: 1996

Ref nr: 28

Titel: Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care

Författare: Spidsberg, B. D.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2006:5, 478-486

Land: Norge

Syfte: Att beskriva upplevelser av Mödrahälsovården hos ett urval av lesbiska par

Metod: Kvalitativ intervjustudie av sex lesbiska par, inspirerad av Ricoeur's fenomenologiska hermeneutik (n=6)

Urval: Snöbollsurval

Publ år: 2007

Ref nr 29

Titel: Service use and gaps in services for lesbian and bisexual women during donor insemination, pregnancy, and the postpartum period

Författare: Ross L E, Steele L S & Epstein R

Tidskrift: Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2006: 28(6), s 505-511

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka lesbiska och bisexuella kvinnors tillfredsställelse med hälso- och sjukvården under givarinsemination, graviditet/förlossning samt perioden efter barnafödelse

Metod: Datainsamling genom tre fokusgrupper (n=6, n=7, n=10)

Urval: Deltagarna rekryterades primärt via e-post utskick till HBTQ-föräldragrupper.

Annonser sattes också upp på "community health centres" och "women's centres".

Intresserade ringde upp forskarna som screenade deras lämplighet för studien utifrån inklusionskriterier.

Publ: 2006

Ref nr 30

Titel: Lesbian parents talk about their birth experiences

Författare: Stewart, M

Tidskrift: British Journal of Midwifery 1999; 7 (2), 96-101

Land: Storbritannien

Syfte: Att dokumentera erfarenheterna av mödrahälsovården hos en liten grupp lesbiska föräldrar och utvärdera hur patient tillfredsställelsen var

Metod: Kvalitativ intervjustudie (n=7)

Urval: Snöbollsurval

Ref nr 31

Titel: Lesbian Mothers Health Care Experiences

Författare: Harvey M S, Carr C & Bernheine S.

Tidskrift: J Nurs-Mid 1989; 34(3), 115-119

Land: USA

Syfte: Att undersöka en population av lesbiska mödrars erfarenheter av hälso- och sjukvården före, under och efter graviditeten

Metod: Intervjuer med tio mödrar utgjorde tillsammans med en tidigare studie grunden för konstruktion av en preliminär enkät. Denna testades på tio lesbiska mödrar, och renodlades ytterligare genom input från forskare inom psykologi, sociologi, folkhälsovetenskap, omvårdnad och medicin. Den färdiga enkäten besvarades av 35 kvinnor (n=35) som identifierade sig som lesbiska och fött barn inom de senaste 5 åren

Urval: Snöbollsurval

Ref nr 32

Titel: Childbearing Among Lesbians: Are We Meeting Their Needs?

Författare: Olesker E & Walsh L V .

Tidsskrift: Journal of Nursing Midwifery 1984; 29(5), 322-29

Land: USA

Syfte: Att undersöka lesbiska mödrars erfarenheter från och attityder till mödrahälsavården för att kunna identifiera deras behov och genom detta öka förutsättningarna att erbjuda en hög kvalitativ hälso- och sjukvård.

Metod: Kvalitativ enkätstudie med 74 öppna frågor besvarades i sin helhet av nio (n=9) lesbiska mödrar.

Urval: Snöbollsurval

BILAGA 2

PubMed/Medline 26/4-08.

| | Sökord | Antal träffar | Valda artiklar |
|---|---|---------------|------------------|
| 1 | Gay OR Lesbian OR Bisexual OR Transgender OR Transsexual OR Queer OR Homosexual | 25 071 | |
| 2 | Parent* | 257847 | |
| 3 | "Maternal Health Services" | 8080 | |
| 4 | "Child Health Services" | 14799 | |
| 5 | Pediatrics | 179276 | |
| 6 | Experience* | 455067 | |
| 7 | Attitudes | 200859 | |
| | 1 AND 2 | 1059 | |
| | 1 AND 3 | 14 | 21,23,28, 29, 32 |
| | 1 AND 4 | 9 | 27 |
| | 1 AND 5 | 42 | |
| | 1 AND 2 AND 6 | 140 | |
| | 1 AND 2 AND 7 | 133 | |
| | 1 AND 2 AND 6 AND 7 | 34 | 21,22 27,29 |
| | 1 AND 2 AND 6 AND "qualitative" | 4 | 22, 29 |
| | 1 AND 2 AND 7 AND "qualitative" | 5 | 22,29 |

SCOPUS 28/4-08. Limits: *Health Sciences* och *Social Sciences*. Artikel 19 uteslöts efter en första genomläsning.

| | Sökord | Antal träffar | Valda artiklar |
|---|---|---------------|----------------|
| 1 | Gay OR Lesbian OR Bisexual OR Transgender OR Transsexual OR Queer OR Homosexual | 23 575 | |
| 2 | Parent* | 271216 | |
| 3 | "Maternal Health Services" | 7254 | |
| 4 | "Child Health Services" | 14482 | |
| 5 | Pediatric* | 166694 | |
| 6 | Experience* | 617 202 | |
| 7 | Attitude* | 311454 | |
| 8 | Qualitative | 94194 | |
| | 1 AND 2 | 1407 | |
| | 1 AND 3 | 8 | 21,23, 29, 32 |
| | 1 AND 4 | 8 | 27 |
| | 1 AND 5 | 90 | 19*, 27 |

| | | | |
|--|---------------------|-----|----------|
| | | | |
| | 1 AND 2 AND 6 | 285 | |
| | 1 AND 2 AND 6 AND 8 | 28 | 22,23,25 |
| | | | |
| | 1 AND 2 AND 7 | 202 | |
| | 1 AND 2 AND 7 AND 8 | 18 | 22, 25 |

CINAHL 28/4-08. Limits var *peer-reviewed* och *research article*.

| | Sökord | Antal träffar | Valda artiklar |
|---|---|---------------|---------------------------|
| | | | |
| 1 | Gay OR Lesbian OR Bisexual OR Transgender OR Transsexual OR Queer OR Homosexual | 1 083 | |
| 2 | Parent* | 18445 | |
| 3 | "Maternal Health Services" | 417 | |
| 4 | "Child Health Services" | 871 | |
| 5 | Pediatrics* | 10800 | |
| 6 | Experience* | 43 272 | |
| 7 | Attitudes | 30635 | |
| | | | |
| | 1 AND 2 | 67 | 21,27 |
| | 1 AND 3 | 1 | 21 |
| | 1 AND 4 | 0 | |
| | 1 AND 5 | 0 | |
| | 1 AND 6 | 279 | |
| | 1 AND 7 | 173 | |
| | | | |
| | 1 AND "pregnancy" | 28 | 21,23,26 28, 30, 31 |
| | | | |
| | 1 AND child* AND qualitative | 16 | 24 |

PSYCinfo. 29/4-08. Sökningarna gjordes mot keyword om inte annat anges. Artikel 19 uteslöts efter en första genomläsning.

| | Sökord | Antal träffar | Valda artiklar |
|---|---|---------------|----------------|
| 1 | Gay OR Lesbian OR Bisexual OR Transgender OR Transsexual OR Queer OR Homosexual | 11105 | |
| 2 | Parent* | 92076 | |
| 3 | Matern* | 20841 | |
| 4 | Child* | 255174 | |
| 5 | Famil* | 148293 | |
| 6 | Pediatric* | 8924 | |
| 7 | Mother* | 49945 | |

| | | | |
|----|----------------------------------|--------|---------|
| 8 | Father* | 18644 | |
| 9 | Experience* | 184073 | |
| 10 | Attitude* | 156478 | |
| 11 | Care* | 148634 | |
| 12 | Health* | 206810 | |
| | | | |
| | 1 AND 2 | 888 | |
| | 1 AND 3 | 94 | 28 |
| | 1 AND 4 | 1426 | |
| | 1 AND 5 | 1353 | |
| | 1 AND 6 | 21 | 25 |
| | 1 AND 7 | 607 | |
| | 1 AND 8 | 396 | |
| | | | |
| | 1 AND 2 AND 9 | 228 | |
| | 1 AND 2 AND 10 | 210 | |
| | 1 AND 2 AND 11 | 90 | 25 |
| | 1 AND 2 AND 12 | 100 | 19*, 25 |
| | 1 AND 2 AND Qualitative=Abstract | 34 | 25 |
| | 1 AND 2 AND Interview=Abstract | 37 | |
| | | | |
| | 1 AND 4 AND 9 | 406 | |
| | 1 AND 4 AND 10 | 272 | |
| | 1 AND 4 AND 11 | 141 | |
| | 1 AND 4 AND 12 | 165 | |
| | 1 AND 4 AND Qualitative=Abstract | 35 | 25 |
| | 1 AND 4 AND Interview=Abstract | 51 | |
| | | | |
| | 1 AND 5 AND 9 | 372 | |
| | 1 AND 5 AND 10 | 300 | |
| | 1 AND 5 AND 11 | 164 | |
| | 1 AND 5 AND 12 | 229 | |
| | 1 AND 5 AND Qualitative=Abstract | 70 | 25 |
| | 1 AND 5 AND Interview=Abstract | 53 | |
| | | | |
| | 1 AND 7 AND 9 | 150 | |
| | 1 AND 7 AND 10 | 96 | |
| | 1 AND 7 AND 11 | 38 | |
| | 1 AND 7 AND 12 | 41 | |
| | 1 AND 7 AND Qualitative=Abstract | 15 | |
| | 1 AND 7 AND Interview=AB | 20 | |
| | | | |
| | 1 AND 8 AND 9 | 90 | |
| | 1 AND 8 AND 10 | 60 | |
| | 1 AND 8 AND 11 | 18 | |
| | 1 AND 8 AND 12 | 17 | |
| | 1 AND 8 AND Qualitative=AB | 11 | |
| | 1 AND 8 AND Interview=AB | 14 | |