

KAJSA SUNDSTRÖM-FEIGENBERG

Kvinnors liv under fem decennier – livshistorier i medicinsk vetenskap

*50 års kvinnohistoria
med reproduktionen som tema – vad säger
det om kvinnors förändrade villkor i det svenska samhället?
Kajsa Sundström-Feigenberg,
som intervjuat 200 kvinnor i olika åldrar om samlevnad,
arbete, barnafödande och födelsekontroll,
betonar värdet av ett historiskt-sociologiskt perspektiv
på medicinsk forskning.*

Det är ont om förebilder inom medicinsk vetenskap när man önskar studera reproduktionen i ett socialt sammanhang. Medicinsk reproduktionsforskning handlar om kvinnans endokrina funktioner, nya tekniska preventivmedel eller sofistikerade metoder att åstadkomma befruktning, att göra barn i provrör. Inom psykiatrin studerar man effekterna av oförlösta moderskänslor eller illegala aborter på den mentala hälsan medan samhällets attityder till eller de sociala villkoren för barnafödande och födelsekontroll sällan brukar intressera medicinska forskare.

Även kvinnoperspektivet lyser ofta med sin frånvaro både inom gynekologin (ja, faktiskt) och socialmedicinen. Studier av befolkningens hälsa ägnas till övervägande del åt mäns hälsa (Carlstedt 1988) och vare sig mäns eller kvinnors *reproduktiva* hälsa brukar uppmärksammas. T ex fanns det inga frågor om reproduktionen i en stor enkät om befolkningens hälsa i några av Stockholms förortskommuner i mitten av 80-talet (Karolinska Inst., 1988). Hur vi lever vårt reproduktiva liv, i både biologiskt och socialt avseende, hur vi lyckas med den förnyelse och överlevnad som fortplantningen innebär är sannolikt viktigare för hälsa och välbefinnande än hur mycket vi äter, dricker eller motionerar.

Inom socialmedicinen söker man emellertid orsakerna till ohälsa inte bara i beteende och livsstil utan även i den sociala miljön och har därför behov av teoretiska modeller för sådan forskning. För traditionell naturvetenskaplig forskning uppstår svårigheter när man vill studera människors handlande i ett givet socialt sammanhang. Det finns inga lagbundna överensstämmelser mellan objektiva förhållanden och subjektiva upplevelser, mellan en dålig social miljö och en dålig hälsa. Diderichsen har i en bok om boende och hälsa studerat samspelet mellan flyttning, boende och ohälsa och prövat olika förklaringsmodeller till uppkomsten av psykosomatiska problem.

Själv har jag blivit inspirerad av den franske sociologen och vetenskapsteoretikern Bertaux (1981) som i en samlingsvolym presenterar »the life history approach in the social sciences». Hans forskning har ägnats människors villkor i tider av social förändring, han har t ex studerat bagaryrket i Frankrike. Genom att samla livshistorier från bageriägare, deras fruar, bagerilärlingar osv har han klarlagt ett socialt mönster som förklarar varför fransmännen äter färskt bröd varje dag, bakat i det närmaste grannskapet, medan människor i kringliggande EG-stater får

bröd med lång hållbarhet, tillverkat i jättefabriker och distribuerat per lastbil över landet.

Livshistorieforskning

Den moderna livshistorieforskningen inom sociologin har sina rötter i existensialismen. Sartre hävdar i »Question de Méthode» att människans handlingar måste studeras i ett historiskt och socialt sammanhang och för det krävs en lämplig metod, en metod som han själv praktiserar i en 2 500 sidor lång biografi om Flaubert, »L'Idiot de la famille». Livshistorien ger kunskap om vad som formar människan och styr hennes handlingar, nämligen tidigare upplevelser, den nuvarande situationen men också hennes syn på framtiden.

Målet för kvalitativ sociologisk forskning är enligt Bertaux att samla kunskap om spelet mellan individen och samhället, om den inre logiken i ett socialt skeende. Man söker kunskap om händelseförloppet i en social uppgörelse, inte resultatet av denna uppgörelse. Social vetenskap har inga naturlagar som tex fysiken. Ingen socialpsykologisk »lag» kan förutsäga om en mänsklig felhandling kommer att spränga jorden i luften, men om smällen väl är ett faktum kommer den att följa fysikens lagar.

En forskning som söker kartlägga sociala mönster och historiska förändringar i detta mönster kan inte åläggas att prestera bevis. Mänskligt handlande kan inte bevisas utan det är den sociala praktiken (historiens förlopp) som kommer att bevisa något.

Sociologin har länge sysslat med att ge oss översikter av samhällsutvecklingen, grundade på stora statistiska material, men detta är inte tillräckligt för att klargöra sammanhangen i vår samtidshistoria. Det som bättre än vetenskapen hjälper oss att förstå vår egen tid är filmen, skönlitteraturen och konsten. Skönlitteraturen – liksom den minutiösa biografien om Flaubert eller autentiska livshistorier – fungerar därför att den inte försöker förklara utan visar och beskriver och lämnar åt betraktaren att dra sina slutsatser. Jag menar att denna ansats – livshistorieforskningen – är tillämpbar i klinisk medicinsk forskning som utgår från praktiken och vill studera och förstå människan i den tid och i det samhälle

hon lever. De existensiella frågorna om hälsa och sjukdom, som aktualiseras i mötet med patienten, sätts i relation till hennes nuvarande liv, hennes tidigare upplevelser och vad som väntar henne i framtiden.

Läkarbesöket som modell

För att förmedla de erfarenheter jag genom åren fått i mitt arbete som gynekolog genomförde jag i början av 1980-talet en intervjuundersökning om barnafödande och födelsekontroll i Sundbyberg under de senaste 50 åren. Undersökningens syfte var att belysa och öka förståelsen för reproduktionens betydelse i människors liv samt visa samband mellan samhällsutvecklingen i stort och den enskilda individens fruktsamhet.

Att jag valde Sundbyberg berodde inte enbart på att jag arbetade vid vårdcentralen där, utan snarare på samhällets karaktär av ett tidigt industrialiserat tätbebyggt förortssamhälle. Sundbyberg är en av Stockholms äldsta arbetarförorter, utan den prägel av sovstad som flera andra kranskommuner har. Kommunen är känd för en bra social service, goda arbetsmöjligheter för kvinnor och framsynthet beträffande barnomsorg och kommunal bostadsplanering (SOU 1978:28). Chokladfabriken Marabou, som funnits i kommunen sedan 1916, är ett begrepp, liktydigt med en arbetsplats för utbildade, lågavlönade kvinnor. Om man utgår ifrån att samhällsutvecklingen påverkar individens livsmönster, borde man därför i Sundbyberg, tidigt och tydligt, kunna studera kvinnors förändrade livsvillkor under de senaste decennierna.

Sammanlagt talade jag med 200 slumpmässigt utvalda kvinnor, som levt i Sundbyberg en stor del av sitt vuxna liv. Det var 40 kvinnor från var och en av fem åldersgrupper. De äldsta var mellan 60 och 64 år vid intervjutillfället 1984, de yngsta mellan 20 och 24 år (Sundström-Feigenberg 1987).

En 60-årig kvinna berättar att hon som 18-åring var »tvungen att gifta sig» trots att hon faktiskt inte var med barn. Det var under krigsåren på 40-talet, hon tjänade piga och var förlovad med en bondson i trakten. Provinsialläkaren, som hon sökte för magbesvär, konstaterade

raskt att hon var med barn. När hon invände att hon haft mens precis som vanligt svarade läkaren: »Det säger alla», och tillade: »Fröken som är förlovad ska väl inte klaga». Fästmannen blev glad och hans föräldrar fick godta henne som svärdotter, när hon nu var gravid.

Men gravid var hon faktiskt inte, först några månader efter giftermålet blev hon med barn och barnet föddes mer än ett år efter vigseln. Förlossningen var ohygglig. Än idag får hon tåra i ögonen när hon berättar om de olidliga smärtorna, de resultatlösa värkarna och framför allt känslan av maktlöshet: »Ingen lyssnade på vad jag sa». Först ett halvår efter födseln opererade man bort en fyra kilo stor cysta i magen och häpnade över att hon kunnat föda barnet trots detta massiva hinder.

Hennes man brukar säga: »Hade inte doktorn sagt att du var gravid hade jag aldrig fått dig», och hon ger honom rätt. Hade hon vetat att det var en cysta och inte ett barn hon hade i magen den gången hade det säkert inte blivit något giftermål. Men nu har de varit gifta i mer än 40 år och hon tycker de har haft ett bra liv. Man kan inte klaga.»

En 40-årig kvinna började arbeta på Marabout när hon var 15 år och gifte sig tre år senare med en arbetskamrat som hon träffat i handbollsklubben. De fick två barn i rask följd i början av 60-talet. Både hon och mannen arbetade skift och turades om att se till barnen. Efter åtta år skildes de, »han klarade inte jämlikheten», och dessutom hade han träffat en annan.

Det har gått bra för henne och barnen. Hon har ingen ny man men lever ett aktivt liv och är fortfarande idrottsintresserad. Hon träffar mannen ibland, de är goda vänner. Han är numera skild från den nya. Hon tycker det var bra att gifte sig som ung och få barnen tidigt men »att jag skulle bli skild det tänkte jag inte.»

En 22-årig kvinna berättar att hon började med p-piller när hon var 15 år, gravid ville hon inte bli. I tonåren hade hon sällskap kortare perioder tills hon träffade sin nuvarande sambo. De har nu bott ihop i tre år. Han har ett bra jobb och hon är utbildad barnskötare och arbetar sedan några år på dagis. Visst vill de ha barn ihop, gärna två men inte riktigt än. Hon har svårt att bestämma sig. Vet inte hur hon ska ha det med barnomsorgen, vill inte lämna bort barnet i början, men samtidigt vill hon helst »jobba lite».

Ibland är hon rädd att hon inte kan bli med barn. En gång slarvade hon med p-pillerna och trodde att hon var gravid. När det inte var så blev hon besviken. »Det hade varit skönt om jag

bara blev med barn, nu är det så mycket som ska klaffa.»

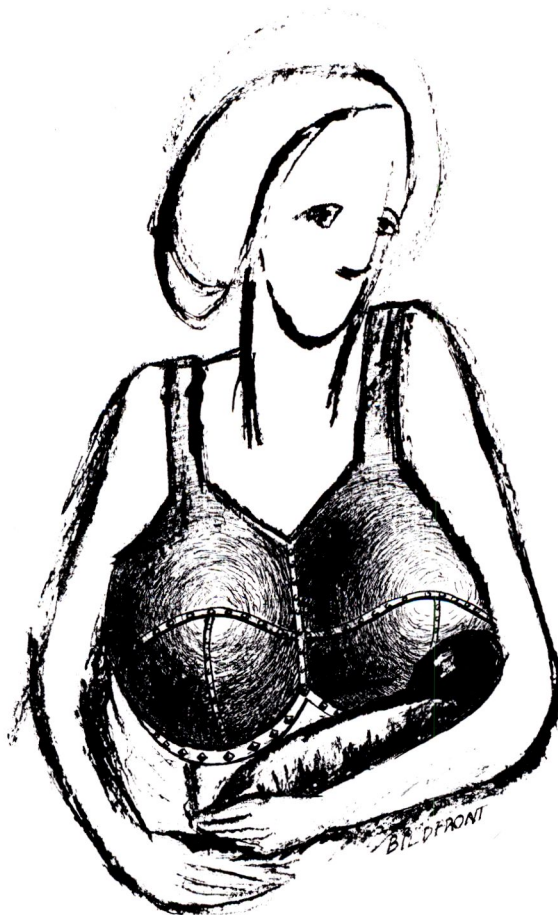
Intervjumaterialet tillåter slutsatser om hela populationen och statistiska jämförelser åldersgrupperna emellan. Jag har emellertid i första hand sökt beskriva förändring och utveckling samt skildra typiska livsmönster för kvinnor under olika perioder.

Jag har använt materialet för att *beskriva* ett historiskt skeende och återger konkreta livshistorier för att *levandegöra* och fördjupa bilden så att läsaren kan känna igen sig eller i bästa fall *förstå* sammanhang, avsikter och bevekelsegrunder.

Idén till hela projektet har jag fått då jag som gynekolog samtalat med kvinnor i olika åldrar och lyssnat till deras levnadshistoria. Jag har därför lagt upp studien och utformat intervjuerna med gynekologbesöket som modell. I ett sådant samtal är det naturligt att ta upp intima och personliga frågor. Man kan gå direkt på känsliga ämnen och får på kort tid upplysning om sådant som i andra intervjuer kräver en rad inledande frågor. De flesta är också intresserade av att berätta om sitt liv. Det gäller sammanhang och händelser då uppmärksamheten varit skärpt och närvaron skarp. Det som berättas har ofta en autentisk prägel.

Livsmönster och samhällsutveckling

De 200 livshistorier jag samlat om kvinnors reproduktiva liv är ett rikt material som speglar de senaste 50 årens samhällsutveckling ur ett kvinnoperspektiv. För varje åldersgrupp kan man urskilja och beskriva ett livsmönster som under respektive tidsperiod varit vedertaget och som flertalet inom gruppen följt eller strävat efter att följa. I varje grupp finns emellertid några som tydligt bryter mot detta mönster, antingen genom omständigheternas spel eller genom en medveten önskan att inte foga sig i de oskrivna lagarna. Dessa »avvikande» livsöden ger en särskild relief åt den förhälskande uppfattningen och kommer det vanliga mönstret att framträda tydligare. Det visar sig också att ett brott mot gängse normer under en period kan förebåda ett beteende som något decennium senare blivit allmänt accepterat.



Bildfront, tusch, 1988.

Det mest slående exemplet är sammanboendet utan formellt äktenskap som på 40- och 50-talen inte gick för sig ens om man var förlovad medan det på 70-talet var en helt accepterad, ny samlevnadsform. Men även på den tiden då en gravid kvinna var »tvungen att gifta sig» fanns det några som valde att leva ensamma med sitt barn trots att fästmannen var villig att gifta sig eller tillgrep illegal abort för att inte tvingas binda sig.

Medan en ensamstående kvinna med barn långt in på 60-talet fick känna på omgivningens öppna förakt eller tysta fördömande har begreppet »ogift mor» numera förlorat sin betydelse. När så många småbarnsföräldrar lever ihop utan att vara gifta är det ointressant om en gravid kvinna gifter sig före eller efter barnets födelse eller inte alls. Det finns inte heller någon anledning att se ned på den som själv valt att vara ensamstående mor.

Sorg och besvikelse över att inte få barn när man tänkt sig förekom i alla åldersgrupper även om trycket från omgivningen var olika starkt. Barnlöshet kunde vara svår att bära på 40-talet, då de flesta ansåg att »barn skulle man ju ha» och andra klagade över att »råka i olycka». Ett par årtionden senare fanns det bra preventivmedel och allt fler ville vänta med första barnet. Men när man sedan bestämt sig och barnet inte kom blev besvikelsen extra stor.

I de två äldsta grupperna var det regel att kvinnan var hemma för att ta hand om barnen när de var små. Många måste dock ta extraarbete på obekväma tider för att hjälpa upp ekonomin. Att bli ensamförsörjare med små barn, genom skilsmässa eller makens död, var något helt annat på 50-talet än några decennier senare. Många livshistorier belyser vilket högt pris, psykologiskt och soci-

alt, den kvinna fick betala som valde eller tvingades välja ett annat liv än det samhället och omgivningen väntade sig av henne.

Vändpunkten på 60-talet

En väsentlig iakttagelse i studien är att mellangruppen, 40-åringarna som föddes i början av 40-talet i många avseenden levde i en brytningstid. De var i 20-årsåldern under rekordåren då kvinnor behövdes i arbetslivet, då jämlikhet och könsroller diskuterades, då attityder till sex och samliv ifrågasattes och p-piller blev tillgängliga. I den åldersgruppen har det varit svårast att finna ett allmängiltigt levnadsmönster. Variationerna var stora vad gäller antal barn, ålder för barnafödande, utbildning och yrkesval. Många tog vara på möjligheterna till bra utbildning, utlandsresor, välbetalda jobb och sexuell frihet, andra satt fast i traditionella värderingar och hade svårt att leva upp till alla nya krav. Många yrkesarbetande småbarnsmödrar hade en orimlig arbetsbörda med dubbelarbete och en ständig känsla av otillräcklighet.

Vändpunkten på 60-talet kan illustreras genom två livshistorier, som visar hur livet tedde sig för dem som var äldre än 40-åringarna och för dem som föddes tio år senare. Det handlar om en kvinna född 1931 och en född 1951, tjugo års skillnad och ett helt annat liv.

En 53-årig kvinna växte upp med sju syskon i ett statarhem i Uppland på 1930-talet, och kom till Stockholm med hjälp av en hembiträdesplats. När hon var 19 år förlovade hon sig, blev med barn och gifte sig till sitt livs förste och ende man. De fick två barn tätt och sedan ett »sladdbarn» när hon var 32 år. Vid 44 blev hon gravid igen och gjorde legal abort.

På 50-talet, när barnen var små, var hon hemma och drygade ut mannens kommunalarbetslöshet genom trappstädning. När yngsta barnet börjat skolan tog hon heltidsarbete på kontor och där arbetar hon fortfarande.

De hade det knappt under många år och det var trångt i tvårumslägenheten på 70-talet med två tonårsbarn och en i småskolan. Nu är ekonomin bättre och lägenheten precis lagom sedan också yngste sonen flyttat hemifrån.

En 33-årig kvinna berättar att hon haft tre längre sambo-förhållanden. Hon fick ett barn med

den förste mannen, ett med den tredje och nuvarande. Med man nummer två blev hon gravid två gånger trots att hon hade spiral och båda gångerna gjorde hon abort.

Första barnet föddes 1970 då hon var 19 år och efter ett halvt års barnledighet började hon arbeta heltid på kontor. Sedan har hon avancerat och har nu ett välbetalt jobb som inköpschef.

Efter andra barnet som föddes 1978 var hon hemma ett år, sedan var mannen hemma drygt ett år varefter båda gick ned till deltid, 6 timmar per dag. Den yngsta har därför inte så långa dagar på dagis som storsyster hade.

De bor i en modern fyrarummare och har bra ekonomi. Mannen skulle gärna vilja att de gifte sig (och gärna ha ett barn till) men kvinnan vill förbli sambo, hon vill inte gifta sig, »det blir för bundet».

Sexualitet och födelsekontroll

En tydlig utveckling i hela materialet är att kvinnorna för varje decennium gått allt längre i skolan, börjat allt tidigare med sex och fött barn allt senare. De nu 50- och 60-åriga kvinnorna gick sällan mer än sex eller sju år i skolan och hade varit ute i arbetslivet flera år innan de, någon gång i 20-årsåldern förlovade sig, ganska snart gifte sig och födde barn. I de yngre grupperna är det vanligt att en kvinna inleder ett förhållande medan hon ännu går i skolan och bor hemma hos föräldrarna och långt innan hon betraktas som vuxen. Barn vill hon däremot vänta med i många år. När det gäller planeringen av barnafödandet är det fråga om två perioder med olika förhållningssätt, metoder och tillämpning, perioden före och efter p-pillren.

Kvinnorna i de två äldsta åldersgrupperna hade i stort sett avslutat sitt barnafödande innan p-piller blev tillgängliga 1964. Ändå födde de i genomsnitt två barn per kvinna, precis som 40- och 30-åringarna, som hade tillgång till både p-piller och spiral. De moderna preventivmedlen har alltså inte betytt så mycket för *antalet* barn men väl för tidpunkten för deras födelse. Beträffande synen på födelsekontroll och viljan att planera sitt barnafödande har det emellertid skett en radikal förändring.

För 30 år sedan visste en flicka att det enda

verkligt säkra var att »hålla på sig». Visst fanns det kondom och pessar men det var inte något man riktigt kunde lita på och säkrast var att gardera sig med en förlovning, det hörde till spelets regler. Var man bara förlovad var det inte så farligt att bli med barn, det var i själva verket något som alla väntade sig.

Först efter två eller tre barn började man på allvar tillämpa födelsekontroll och med de traditionella medlen gällde det att skärpa sig och verkligen använda dem varje gång. Många klarade sig också bra med kondom, pessar eller avbrutet samlag. Andra, som hade lätt att bli med barn, levde i ständig rädsla för graviditet – avhållsamhet blev även senare i samlivet ett vanligt sätt att skydda sig. Flera uttryckte den lättnad de kände när menstruationerna upphörde eller då de löste frågan genom sterilisering. Samlivet blev så mycket bättre när de inte längre behövde frukta en graviditet.

Att ta föräldraskapet på allvar

De kvinnor som är 40 år och yngre har haft tillgång till p-piller och spiral nästan från början av sitt fertila liv och det har präglat deras inställning till sexualitet och radikalt förändrat villkoren för samlevnad och familjebildning. De flesta i dessa åldersgrupper lever i en sexuell relation sedan tonåren och önskar vänta med barn tills de blir närmare 30 och har därför behov av säkra preventivmedel under kanske tio år i början av sitt sexuella liv och under sin mest fertila period. Här passar de nya medlen in. De är tillförlitliga och kräver inga åtgärder vid samlaget. Däremot krävs ett aktivt beslut om man *vill* bli med barn.

De flesta yngre kvinnor tillämpar en mycket medveten familjeplanering och i den planeringen tar de också hänsyn till barnet. »Barns rätt att vara önskade» är en inställning som slog igenom i början av 70-talet och förvånansvärt snabbt blev allmänt accepterad. De kvinnor jag intervjuat tar allvarligt på föräldraskapet och vill vänta med barn tills de känner sig mogna för det, tills de fått ett yrke och funnit en man som de verkligen vill ha som far till sina barn.

Det är de nya högeffektiva preventivmed-

len som gjort detta strikta planering möjlig och det är i första hand p-piller som används, särskilt av unga kvinnor som ännu inte fött barn. Men det finns också kvinnor (och män) som är oroliga för eventuella risker och därför väljer andra metoder. Men den noggranna familjeplaneringen överger de inte för den skull. Grundinställningen, att man bara ska ha barn då man själv vill och är beredd att välkomna dem, ändras inte bara för att man övergår till andra, mindre effektiva, metoder. Toleransen för oplanerade graviditeter är låg och skulle man misslyckas – vilket sker både med p-piller och kondom – finns abort som en nödfallsutväg. Man väljer hellre legal abort än ett oönskat barn.

Abort under fem decennier

Berättelser om aborter som finns i varje åldersgrupp ger en god bild av hur inställningen till abort förändrats i samhälle och sjukvård under de senaste fem decennierna. Abortlagen från 1938 tillät abort endast på vissa indikationer, främst medicinska. Någon rent social indikation har aldrig funnits men under 1940-talet användes dock lagen ganska ofta för att hjälpa fattiga och utsatta mödrar. En kvinna berättar således att hon på 40-talet beviljades abort när hon blev gravid kort tid efter det hon fött sitt första barn. Det egentliga skälet var att mannen söp upp det mesta av lönen och att bostaden var usel. Hon kände sig väl bemött på sjukhuset och fick det stöd hon just då behövde.

Men att vara ung, ogift och övergiven var inte tillräckligt skäl för att få abort på den tiden. En kvinna kom som 20-åring under kriget till Stockholm för att arbeta. Hon blev gravid men ville inte föda barn och därmed tvingas återvända hem och gifta sig. Hon övervägde inte ens att söka abort legalt, hon var ju ung, frisk och dessutom förlovad. I stället gick hon till en abortör, kom sedan in med blödningar och opererades för en infekterad abort på den beryktade Gula Kliniken på Sabbatsbergs sjukhus. Hon ångrar inte aborten, trots att den antagligen var orsak till att hon senare inte kunde få barn. Hon vet att hon valde rätt den gången – »jag ville ett annat liv».



Bildfront, tusch, 1988.

Under 50-talet var det ofta läkare som tog initiativ och föreslog abort om det ansågs föreligga medicinska skäl. Flera kvinnor berättar att de »erbjudits» eller rekommenderats abort t ex om graviditeterna kommit för tätt eller de var »utsläpade» efter många barnbörder. Några kvinnor avböjde, medan andra följde läkarens ofta omtänksamma råd. En kvinna berättar att man vid hennes andra graviditet upptäckte en blodsjukdom. Läkaren ansåg att hon måste göra abort och för säkerhets skull också sterilisering. Efter lång övertalning gick hon med på detta vilket hon anser att hon aldrig skulle ha gjort. »I dag vågar man som väl är säga ifrån till läkarna.»

På 60-talet var det fortfarande läkarna som bestämde. En 17-årig flicka, gravid med en skolkamrat som redan lämnat henne, kom tillsammans med sin mamma för att söka abort. Läkaren skrattade och sa »fröken som är så frisk och stark blir en utmärkt mor», och

då var det inte tal om någon ansökan utan hon fick lov att föda sitt barn. När hon några år senare blev gravid litade hon varken på fästmannen eller sin egen förmåga att vara en »utmärkt mor», ensam med två barn. Det var på Polen-resornas tid men dit for hon inte. Hon gick privat till en psykiater, fick ett intyg och opererades på Sophiahemmet, »bäst att betala och få det snabbt gjort».

I början av 70-talet debatterades abortutredningens lagförslag om fri abort livligt och samtidigt började den gamla lagen tillämpas alltmer liberalt. Nu fick den som var ung, omogen och ensam lätt abort, ofta på två-läkarintyg. Tonårsaborterna steg, men tonårsmödrarna minskade. De oönskade barnen blev färre och mycket unga mödrar slapp föda. Illegala aborter som förekommit ända in på 60-talet försvann helt nu. På 70- och 80-talen blev det vanligt med abort vid den första graviditeten, något som sällan förekom ti-

digare (legala aborter vill säga). Samtidigt var det alltför många kvinnor i 30- och 40-årsåldern, kanske med barn i tonåren, som inte accepterade en oplanerad graviditet utan valde abort.

Beslutet om abort fattades ända fram till den nya lagen 1975 av samhällets representanter, läkare, kuratorer och socialstyrelsen. Även i början av 70-talet då allt fler fick abort på s k två-läkarintyg var det läkaren som med hjälp av en medicinsk diagnos på fysisk eller (oftare) psykisk sjukdom avgjorde om kvinnan skulle befrias från plikten att föda.

I och med den nya abortlagen fick kvinnan rätt att själv fatta beslut om abort, en lagfäst rätt att bestämma över sin fruktsamhet. Ett skäl till läkarnas motstånd mot den nya lagen var antagligen att de blev fråntagna rätten att bestämma, att veta vad som var bäst för kvinnan. Den nya principen har emellertid fungerat bättre än väntat och många läkare har funnit att det är ganska skönt att inte behöva bestämma över en annan människas liv. Några kvinnor, som gjort abort före och efter den nya lagen, omvittnar att handläggningen nu går snabbare och att personalen är vänlig och omtänksam. De upplevde det som en lättnad att inte behöva inta försvarsposition.

Arbete och barn

I socialt avseende är materialet ganska enhetligt. I huvudsak hör kvinnorna, såväl genom bakgrund som genom eget och mannens yrke, till arbetar- och lägre medelklass. Synen på yrkesarbete och barn, nämligen att man önskat sig båda, har också varit påfallande enhetlig. I samtliga grupper har grundinställningen varit att så snart som möjligt efter skolan (sexårig folkskola eller tolv år i grundskola och gymnasium) skaffa sig ett arbete och att sedan fortsätta att yrkesarbeta i någon form. Även under 40- och 50-talen då flertalet mödrar var hemma under barnens förskoleperiod uppfattades arbetet i hemmet som en parentes och de flesta avsåg att så snart som möjligt återgå till arbetslivet. Många måste dessutom av ekonomiska skäl skaffa sig extraarbete som de kunde utföra i hemmet eller på tider då mannen var hemma och såg till barnen. Det har funnits mycket få kvinnor

i materialet som huvudsakligen varit hemmafruar.

Under 1940-talet då industrin behövde arbetskraft sökte man på olika sätt underlätta för kvinnor att förvärvsarbeta. För många kvinnor, åtminstone i arbetarklassen, var lönearbete inte något nytt. Även gifta kvinnor med barn hade arbete utanför hemmet, ofta på oregelbundna och obekväma tider. För dem var det ett framsteg att byta ut tillfälliga städjobb eller timarbete i affär mot ett fast heltidsarbete och kommunal barnomsorg.

Den kommunala barnomsorgen var emellertid i första hand till för ensamstående mödrars barn. De gifta kvinnor med små barn som ville eller måste förvärvsarbeta under denna tid fick lov att själva ordna barntillsyn, ofta var det deras egen mor som anlätades. Vanligast var dock att kvinnan fick lov att vara hemma själv, åtminstone till dess det yngsta barnet började skolan. Efter tio till femton år med barn och hushåll kunde de flesta återvända till yrkeslivet.

Under 1960-talet stärktes de kvinnor som önskade yrkesarbeta genom god tillgång på jobb och en samhällsdebatt som pläderade för jämlikhet mellan män och kvinnor på livets alla områden. Men yrkesarbete för kvinnor betydde dubbelarbete, de skulle dels klara ett heltidsarbete lika bra som en karl, dels sköta hushåll, man och barn.

Villkoren på arbetsmarknaden och i arbetslivet var trots lag om lika lön långt ifrån jämlika och arbetsdelningen i hemmet hade nätt och jämt börjat diskuteras. Barnomsorgen var otillräckligt utbyggd även i Sundbyberg där man låg långt framme jämfört med landet i övrigt, bl a med gott om fritidshem för småskolebarn. Kvinnor födda i början av 40-talet hade emellertid, som tidigare påpekats, en hart när omöjlig uppgift när de, med huvudansvar för hem och barn, samtidigt skulle konkurrera med männen i arbetslivet.

Under 1970-talet tycks det ändå som om reformerna hunnit ikapp den faktiska situationen för småbarnsföräldrarna. Särbeskattning och lönepolitik syftade till att varje vuxen skulle försörja sig själv. Lönesättningen var också sådan att det var svårt för en familj att klara sig på en lön, det var nödvändigt för kvinnor att arbeta. I konsekvens med detta

byggdes den kommunala barnomsorgen ut. Det som så många efterfrågat på 60-talet blev nu verklighet, det fanns olika typer av kommunal barnomsorg att välja på, föräldradigheten förlängdes och kunde delas mellan föräldrarna, liksom rätten att vara hemma för sjukt barn.

Situationen för barnfamiljen har förändrats påtagligt under det senaste decenniet. I åldersgruppen 30-åringar finns många familjer där pappan aktivt engagerar sig i hem och barn och man kan se en ny föräldraroll växa fram. Många i den gruppen ansåg att barnomsorgen fungerade bra under 70-talet och gav dem möjlighet att förena arbete och föräldraskap så som de önskat.

Vad har vi uppnått?

Femtio års kvinnohistoria med reproduktionen som tema ger ett starkt intryck av kvinnors förändrade villkor. Det finns många linjer att följa och inte minst belyses själva kärnfrågan i kampen för jämlikhet, nämligen hur kvinnor ska klara både arbete och barn.

I en essäsamling om feminismen idag och en återblick på vad som uppnåtts (Mitchell & Oakley 1986) skärskådas vad som hänt de senaste decennierna när det gäller kvinnors yrkesliv och reproduktiva hälsa. I detta internationella perspektiv förstärks den bild som framträder i intervjuerna, nämligen att svenska kvinnor uppnått avsevärd jämlikhet på reproduktionens område.

På sextioalet fördes en samhällsdebatt om könsroller och jämlikhet och kvinnorörelsen, här som annorstädes, ställde krav på reproduktiv frihet, på fri abort. P-pillren som då blev tillgängliga blev både en praktisk förutsättning och en symbol för kvinnans rätt att bestämma över sin kropp. P-pillret gjorde det möjligt för kvinnor att (åtminstone teoretiskt) skilja på sexualitet och fruktsamhet. Kvinnan kunde bejaka sin sexualitet utan fruktan för en oönskad graviditet, »plikten att föda» upphörde att gälla.

Inställningen i samhället till samlevnad och födelsekontroll förändrades radikalt under denna tid. I och med lagen om fri abort 1974 och därtill knuten utbyggd preventivmedelsrådgivning fick kvinnan en lagfäst

rätt att bestämma över sitt reproduktiva liv. Hon övertog den makt över reproduktionen som samhället, sjukvården och mannen tidigare haft.

Kvinnans reproduktiva frihet är långt ifrån självklar på andra håll i världen. I USA kämpar kvinnorörelsen mot högröstade och målmedvetna grupper som söker inskränka den rätt till abort som högsta domstol fastställde 1973. Abortmotståndets strategi är att göra det allt svårare för vissa grupper, som de unga, de svarta och de fattiga, att få abort. I militanta kampanjer smutskastats politiska motståndare, hotas abortsökande kvinnor med evigt straff och bombas kliniker som ger råd om preventivmedel.

Abortmotstånd finns också i vårt land även om det inte tar sig så våldsamma uttryck som i »right-to-life-rörelsen» i USA. I stället försöker man mer försåtligt ifrågasätta kvinnans förmåga att klara det nya ansvaret. Det låter som omtanke om det svagare könet; »inte ska en kvinna behöva ta ett så svårt beslut ensam, särskilt inte när hon är gravid och därför psykiskt labil.» När sedan feminister klagat över riskerna med p-pillret och de reproduktiva bördor som kvinnor ständigt får bära, fångas detta upp av abortmotståndarna och används som argument för att skärpa lagen och inskränka kvinnans bestämmanderätt. Självfallet ska vi kräva bättre och säkrare preventivmedel, delat ansvar för födelsekontroll och för barnen. Men det är också viktigt att slå vakt om den reproduktiva frihet som uppnåtts, om rätten till abort och säkra preventivmedel.

Utom just vid abort har emellertid kvinnosjukvården behållit och även ökat sitt inflytande över reproduktionen och sin kontroll av kvinnans kropp. Ann Oakley (Mitchell & Oakley 1986) påpekar att den moderna, tekniska graviditets- och förlossningsvården innebär en odugligförklaring av kvinnan som barnaföderska och mor, och Sherul Ruzek (Mitchell & Oakley 1986) visar hur svårt det är för kvinnor i västvärlden att få ett reellt inflytande över vården under graviditet och förlossning.

I Sverige präglas den obstetriska vården av överbeskydd och perfektionism. Graviditet och förlossning behandlas som ett sjukdoms-

tillstånd som kräver intensiva medicinska insatser. När sedan sjukvården kommer i kris på grund av de stigande kostnaderna för den tekniska kontrollapparaten, startas försök med hemvård och egenvård. Den alternativa vården är utformad enligt sjukvårdens regler och de gravida eller nyförlösta kvinnorna och deras närmaste anförtros nu att obetalt utföra det som annars skulle gjorts av sjukvårdspersonalen. I den situationen accepteras kvinnors kompetens att vårda och ta om hand, vilket man däremot inte gör om någon skulle önska en hemförlossning.

Man kan alltså konstatera att vi i Sverige kommit långt när det gäller jämlikhet mellan män och kvinnor på ett personligt plan, i hem och familj. En kvinna kan själv avgöra vem hon vill ha sex med, leva tillsammans med eller ha barn med. Hon är inte tvungen att gifta sig eller att stanna i en dålig relation vare sig av konventionella, moraliska eller ekonomiska skäl. Men i samhället är kvinnans ställning betydligt svagare. Hon har inte samma chans att hävda sig i yrkeslivet som mannen och hon fråntas av kvinnosjukvården reellt inflytande över hur hon vill genomleva sin graviditet och förlossning. Kvinnor och kvinnors arbete är egendomligt osynliga i samhällslivet liksom kvinnors hälsa är det i sjukvården.

LITTERATUR

- Bertaux D, (ed) *Biography and society: The life history approach in the social sciences*. SAGE studies in international sociology vol 23, London 1981.
- Befolkningens hälsa i Stockholms län; Befolkningsundersökningar i hälso- och sjukvårdsplaneringen, rapport från Inst. för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Karolinska Institutet, 1988.
- Carlstedt G, *Kvinnor, män och hälsa; könsperspektiv på forskning och praktik*, rapport från Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte i Luleå maj 1988. Inst. f. Socialmedicin, Forskningsenheten Luleå, Karolinska Institutet, 1988:22-32.
- Diderichsen F, *Omflyttning, boende och hälsa*, Socialmedicinsk Tidskrifts Skriftserie nr 45, Stockholm 1981 (Akademisk avhandling).
- Mitchell J, Oakley A, (eds) *What is feminism; a re-examination*, Pantheon Books, New York 1986.
- Oakley A, »Feminism, motherhood and medicine – who cares?» i Mitchell J, Oakley A, (eds) *What is feminism*, Pantheon Books, New York 1988.
- Ruzec S, »Feminist visions of health; An international perspective», i Mitchell J, Oakley A, (eds) *What is feminism*, Pantheon Books, New York 1986.
- Sartre J-P, *Search for a method*. New York, Alfred A. Knopf Inc, 1968. (Översättning av Sartre J-P, *Question de Méthode*, Gallimard, Paris 1960).
- SOU 1978:28. *Kvinnors förvårnsarbete och förvårshinder; En undersökning i Borås och Sundbyberg*, Liber Förlag, Stockholm 1978.
- Sundström-Feigenberg K, *När livet var som bäst; Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn*, Studentlitteratur, Lund 1987 (Akademisk avhandling).

SUMMARY

Feministic research – The Gynecological Visit as a Model

This study examines the relationship between fertility and social change. The data for this study, the reproductive history of 200 women (aged 20 to 60), was collected by interviews conducted in the setting of a gynecological consultation.

The study provides a comprehensive survey of women's reproductive and social life in a suburban area of Stockholm during the past 50 years, exploring the core of the feministic study for equality – the combination of professional life and motherhood.

In general there is a typical life pattern for each cohort. The exception to this is the »Number 3» group, women now in their forties. These women started family life in the 1960's, a time when social attitudes to sexuality, living together (cohabitation) and gender roles were changing and when the birth control pill was introduced.

Beginning in the early 70's with its easy access to contraceptives and free abortion, Swedish women achieved considerable sexual and reproductive freedom and a fair degree of equality in personal life. Improved day-care facilities and the extension of paid parental leave for either parent have made it possible for parents with pre-school children to work, but women still tend to receive lower salaries and are primarily responsible for the home.

The article also discusses methodological aspects of clinical medical research from a feministic perspective. The method used in this study, a life-history approach with roots in Sartre's existentialist thinking, proved to be suitable for elucidating the history of social structures and individual life patterns, as well as understanding the interrelationship between social change and the reproductive life of the individual.

Kajsa Sundström-Feigenberg
Mälartorget 13
111 27 Stockholm