



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# MIN KROPP, MITT VAL

En kvalitativ studie om kvinnors självbestämmande och upplevelser av abort relaterat till partners och kvinnosjukvården.

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Termin: VT 21

Författare: Linn Magnusson & Emelie Ottosson

Handledare: Ing-Marie Johansson

Antal ord: 17 232

## **Abstract**

Titel: Min kropp, mitt val – en kvalitativ studie om kvinnors självbestämmande och upplevelser av abort relaterat till partners och kvinnosjukvården.

Författare: Emelie Ottosson och Linn Magnusson

The aim of this essay was to examine the importance assigned to the partner when pregnant women are faced with the decision to have an abortion. We also wanted to examine women's encounter with the women's healthcare and what it looks like during an abortion. The method we used was qualitative interviews to answer our aim and research questions. We used theories and concepts regarding self determination, feminist perspectives, coping theory and social support theory to analyze our results. The conclusions were that women's self determination was strong and most women made the choice from their own opinion. Women experienced different kinds of support and non-support from their partners which included practical, physical and emotional support or the lack of them. Most of them requested more emotional support. We found that the relationships got affected by the way their partners gave support to the women. The women that received good support got affected in a positive way, or not at all, and the women that didn't receive the support they needed got affected in a more negative way with feelings of disappointment. In the encounter with the women's healthcare were some women not offered any counselling support, which should be offered by law. Some women experienced negative treatment from the women's healthcare and were met with guilt and some women experienced good support where they got treated with respect for their choice.

**Key words:** Self-determination, abortion, support, relationship, women's healthcare.

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inledning .....</b>                                    | <b>6</b>  |
| 1.1 Bakgrund .....   | 6         |
| 1.2 Problemformulering .....                                 | 7         |
| 1.3 Syfte .....  | 9         |
| 1.4 Frågeställningar .....                                   | 9         |
| 1.5 Relevans för socialt arbete och samhällsrelevans .....   | 9         |
| 1.6 Avgränsning .....  | 10        |
| 1.7 Begreppsdefinition .....                                 | 11        |
| <b>2. Tidigare forskning .....</b>                           | <b>12</b> |
| 2.1 Kvinnors upplevelser under abortprocessen .....          | 12        |
| 2.2 Mäns upplevelser och attityder gentemot abort .....      | 14        |
| 2.3 Kvinnosjukvårdens bemötande och tillkortakommanden ..... | 15        |
| <b>3. Relevanta teorier och teoretiska begrepp .....</b>     | <b>19</b> |
| 3.1 Självbestämmande .....                                   | 19        |
| 3.2 Feministiskt perspektiv .....                            | 20        |
| 3.3 Copingteori och Social Support Theory .....              | 22        |
| <b>4. Metod .....</b>  | <b>24</b> |
| 4.1 Val av metod .....                                       | 24        |
| 4.2 Förförståelse .....                                      | 24        |
| 4.3 Urval .....  | 24        |
| 4.4 Genomförande av intervjuer .....                         | 25        |
| 4.5 Bearbetning av intervjuer och analysmetod .....          | 26        |
| 4.6 Etiska överväganden .....                                | 27        |
| 4.7 Metoddiskussion .....                                    | 29        |
| 4.8 Arbetsfördelning .....                                   | 31        |
| <b>5. Resultat och Analys .....</b>                          | <b>32</b> |
| 5.1 Kvinnans rätt att själv bestämma .....                   | 32        |
| 5.2 Kvinnors upplevelser av partnerstöd .....                | 36        |
| 5.3 Önskat partnerstöd .....                                 | 42        |
| 5.4 Kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården .....           | 45        |
| <b>6. Slutdiskussion .....</b>                               | <b>51</b> |
| 6.1 Slutsatser .....   | 51        |
| 6.2 Diskussion .....   | 52        |
| 6.3 Förslag till vidare forskning .....                      | 54        |
| <b>Referenslista .....</b>                                   | <b>55</b> |

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| <b>Bilagor.....</b>       | <b>59</b> |
| 1. Informationsbrev ..... | 59        |
| 2. Intervjuguide .....    | 61        |

## **Förord**

Vi vill ge det största av tack till de kvinnor som har valt att ställa upp på våra intervjuer. Utan er, ingen uppsats. Vi är otroligt tacksamma över att ha fått ta del av era upplevelser som ni så öppet har delat med er av. Vi vill också tacka vår handledare Ing-Marie Johansson för all feedback och för det generösa stöd vi har fått. Slutligen vill vi tacka alla de kvinnor som kämpat i årtal för den aborträtt vi har idag.

# 1. Inledning

Uppsatsens första kapitel består av bakgrund i vårt valda ämne som sedan mynnar ut i problemformulering, syfte och frågeställningar, relevans för socialt arbete, avgränsning och begreppsdefinition. Kapitel två berör tidigare forskning relevant för vårt ämne. I kapitel tre redogör vi för relevanta teorier och teoretiska begrepp. Kapitel fyra handlar om vårt metodval och hur vi gick tillväga under arbetet med uppsatsen. I kapitel fem analyserar vi vår empiri med hjälp av valda teorier och begrepp. Vidare för vi i kapitel sex fram våra slutsatser och diskussion samt förslag till vidare forskning. Avslutningsvis kommer våra referenser och bilagor.

## 1.1 Bakgrund

I Sverige ses kvinnors rätt till abort som en självklar del i samhället och inte minst att beslutet ligger hos kvinnan och hennes rätt till sin kropp (Vängby 2000). Kontrollen av kvinnors kroppar ifråga om abort har i alla tider varit ett ämne för debatt. I Sverige finns sedan århundraden tillbaka en historik av att kvinnor blev bestraffade med dödsstraff för att de genomgått en abort. Många års kvinnokamp bidrog till att synen på abort mildrades och samhället intog en mer accepterande inställning för abort (Utrikesdepartementet 1994). En kvinna som kämpade för att dåtidens syn på kvinnofrågor skulle förändras var Elise Ottesen Jensen som idag ses som en pionjär inom detta fält. År 1933 var hon med och startade RFSU, riksförbundet för sexuell upplysning, som riktade in sig på att informera om preventivmedel, ge sexualundervisning och propagerade för rätten till abort i en tid då abort var förbjuden enligt lag (Utrikesdepartementet 1994). Ottesen Jensen hade en helhetssyn där hon såg att kunskap om preventivmedel, arbete, lön och utbildning var delar som behövde tas hänsyn till och vilka påverkade kvinnors möjligheter att kontrollera sin sexualitet och reproduktion. Hon menade att de delar i en kvinnas liv som påverkar hennes sexualitet och reproduktion inte går att särskilja från varandra utan måste ses som en helhet för att kunna förebygga exempelvis oönskade graviditeter. Hennes förhållningssätt ledde till att abort diskuterades i det offentliga rummet och bidrog till den abortlagstiftning som tillkom då och som präglar vår abortlag idag (Utrikesdepartementet 1994).

Dagens abortlag stiftades år 1974 och innebär att kvinnor har rätt till abort och tillgång till att få den utförd i den allmänna sjukvården fram till den 18:e graviditetsveckan (Utrikesdepartementet 1994). Efter den 18:e graviditetsveckan ska en ansökan om abort skickas till socialstyrelsen som sedan avgör om det föreligger synnerliga skäl för att kvinnan ska få tillstånd att genomföra aborten. Vid graviditetsvecka 22 anses fostret som livsdugligt utanför livmodern och enligt abortlagen är därför abort olagligt (ibid.).

Som tidigare nämnts har abortfrågan alltid varit aktuell. Det senaste årtiondet har abortfrågan varit på dagordningen i vissa politiska partier som debatterat för att inskränka aborträtten genom att exempelvis vilja sänka de antal veckor som i nuläget är laglig inom ramen för abort. Men det finns också en motsatt debatt. I en debattartikel i Dagens Medicin från 2013 skriver barnmorskan Mozghan Jalali att inskränka på aborträtten vore att gå bakåt i tiden. Hon hänvisar till en debatt på SVT där flera unga män ansåg att de borde ha rätt att vara med att bestämma i beslutsprocessen rörande abort eller ej. Hon skriver att hon ser detta som "en oroväckande attityd". Hon menar att det är kvinnans rätt till självbestämmande över sin egen kropp som de försöker inskränka på (Jalali 2013).

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU 2017) skriver på sin hemsida att det alltid är kvinnans val huruvida hon vill göra abort eller inte och att andras åsikter eller känslor kopplat till detta inte är relevanta. De menar att en orsak till fri abort är en förutsättning för kvinnors psykiska och fysiska hälsa. Eftersom det alltid finns en andra part i denna fråga behöver det inte nödvändigtvis vara kvinnan som tar beslutet själv utan partnern kan vara delaktig om kvinnan vill (ibid.). I abortlagen (SFS 1974:595) är det dock tydligt att det är kvinnans fria val som tas hänsyn till och i lagens 11 paragrafer finns det ingenting som refererar till en partners rättigheter i beslutet om att göra abort.

## **1.2 Problemformulering**

Med hänsyn till kvinnors fria val ska kvinnor enligt 6§ och 8§ i abortlagen erbjudas stödsamtal av kurator både före och efter aborten (SFS 1974:595). Ett av de motiv som kan påverka kvinnors val är deras partners förhållningssätt och inställning till abort eller graviditet (Troost von Werder 2000). I en studie av

Naziri (2007) där han har intervjuat mäns upplevelse av abort och hur det påverkat relationen uttrycker en man sig så här:

Something is taken away from me. It is very frustrating that what is done is beyond my control. In the end, the woman decides, not the man. Whatever the man may want, the woman has the last word. If despite everything and against the man's desire, the woman wants to keep the pregnancy going, it will very likely continue.

(Naziri 2007, 170).

Citatet visar en frustration över att mannen känner att något tas ifrån honom och att situationen är utom hans kontroll. Det kan även ge en bild av att partnern påverkas vid ett abortbeslut och det är rimligt att anta att kvinnan tar hänsyn till sin partner när hon överväger abort. Professionellt stöd kan då behövas för att hjälpa kvinnan att ta ett beslut som är hennes eget och för att kunna hantera sina känslor oavsett om beslutet blir att genomföra en abort eller fullfölja en graviditet (Troost von Werder 2000).

Kuratorer inom hälso-och sjukvården möter många kvinnor som genomgår abort och det är kvinnan själv som avgör ifall hon vill ha stödsamtal eller inte (Hellström 2006). Stödsamtal är av vikt för att förstå kvinnors tankar och känslor i relation till en partner och innebär en stödjande faktor inför de påfrestningar som en abortprocess kan utgöra för kvinnor. Genom vår studie hoppas vi bidra med en ökad förståelse för kvinnors upplevelser och förhoppningsvis en vägledning till kuratorer och sjukvårdspersonal i exempelvis utveckling av metoder där män kan inkluderas och stötta sina partners både innan, under och efter en abort.

Kvinnors kroppar och hälsa är något feministiska forskare har undersökt länge. Dels finns kvinnors lagliga rätt att bestämma över sin kropp, dels har män och kvinnor olika förutsättningar utifrån samhällsstrukturer som ger olika effekter på kvinnor. Kön och hälsa konstrueras också utifrån sociala strukturer och påverkar även hälso- och sjukvården (Bengs & Wiklund 2015). Inför ett abortbeslut är kvinnors självbestämmande i fokus, men med det följer också en ansvarsbörda i både beslutsfattande och den kroppsliga påfrestning som abort innebär. Det finns en komplexitet i självbestämmande i kontrast till normer i samhället och vi undrar



vilken roll de spelar för kvinnor och deras valmöjligheter i praktiken. Och hur påverkas kvinnor i förhållande till stöd eller icke-stöd från en partner och från kvinnosjukvården?

### **1.3 Syfte**

Syftet med studien är att undersöka vilken betydelse partnern tilldelas när gravida kvinnor ställs inför beslutet att göra abort. Vi vill också undersöka hur kvinnors möte med kvinnosjukvården ser ut under en abortprocess.

### **1.4 Frågeställningar**

- Vilka faktorer upplever kvinnorna påverkar deras självbestämmande i relation till partners inflytande i ett abortbeslut?
- Hur upplever kvinnor deras partners stöd i en abortprocess?
- Vilket stöd önskar kvinnor som genomgår abort av sin partner?
- Vad har kvinnor för upplevelser av kvinnosjukvården?

### **1.5 Relevans för socialt arbete och samhällsrelevans**

Som vi tidigare nämnt var Elise Ottesen Jensen en pionjär inom att propagera för rätten till abort i Sverige på 1930-talet. Hon såg tidigt att samtal om abort, sexualupplysning och reproduktionsfrågor var viktigt för samhället i stort ifråga om kvinnors rätt till ett jämlikt liv, där hänsyn togs till kvinnors rätt att själva kunna kontrollera sin sexualitet och reproduktion för att få möjlighet att studera och arbeta (Utrikesdepartementet 1994). Dåtidens kamp var av samhällelig vikt för att kunna öka kvinnors rättigheter, vilket det är även idag då abortfrågan fortfarande debatteras runt om i världen och så också i Sverige.

Abortfrågan är således av samhällelig relevans för Sverige och världen i stort. I flera länder är abort olagligt och har en lägre laglig gräns än i Sverige, vilket leder till en fråga om kvinnors hälsa då mer restriktiva abortlagar leder till ökat antal kvinnor som dör till följd av osäkra och illegala aborter (Odlind 2000). Ur ett globalt perspektiv anses den reproduktiva hälsan i Sverige som god eftersom faktorer som fattigdom, sociala orättvisor och diskriminering av kvinnor förekommer mindre frekvent än i flertalet andra länder. Alla är faktorer som kan påverka kvinnors möjligheter till god allmän hälsa och deras möjlighet till god reproduktiv hälsa

ifråga om exempelvis abort (Lalos 2014). Dock finns det vissa politiska partier i Sverige som vill begränsa rätten av kvinnors kroppar genom att sänka abortgränsen, trots det faktum att kvinnor världen över gör abort oavsett vad lagen säger och de konsekvenser det kan innebära för kvinnors hälsa. Vi menar att fri abort i stort är ett ämne som ständigt behöver lyftas upp och försvaras.

Vid reproduktiv ohälsa är det inte explicit kroppsliga och medicinska faktorer som är av vikt utan de samverkar också med sociala och psykologiska faktorer (Lalos 2014). I abortlagen står det klart att kvinnor ska erbjudas stödsamtal både innan och efter en abort (SFS 1974:595). Det rör sig ofta om kuratorssamtal varför ämnet har stor relevans för socialt arbete. Vår studie ger en inblick i partnerrelationens betydelse i ett abortbeslut och kan därmed skapa kunskaper som är till nytta inom såväl kvinnosjukvården som i andra delar av socialt arbete såsom familjebehandling, stödsamtal vid psykisk ohälsa etc. Hur kvinnor upplever kvinnosjukvården är också av stor relevans för socialt arbete då kuratorer möter dessa kvinnor inom abortvården.

## **1.6 Avgränsning**

De avgränsningar som har gjorts är att vi endast har fokuserat på *partners* eventuella påverkan i en beslutsprocess. Vi är medvetna om att vi utesluter alla de andra faktorer som påverkar kvinnor i beslutet om abort. I och med att vi väljer att undersöka hur kvinnor upplever partners stöd och stöd från kvinnosjukvården utesluter vi dessutom allt annan eventuellt stöd kvinnor berörs av i samband med en abort.

I studien har vi enbart intervjuat kvinnor och därmed har vi medvetet exkluderat mäns upplevelser. Med hänsyn till att de kvinnor vi intervjuat har haft partners av manligt kön har vi därmed uteslutit andra partnerrelationer i vår studie. Detta var inte ett medvetet val utan slumpade sig så.

Vi vill tydliggöra att vi i vår studie inte är intresserade av att på något sätt ifrågasätta kvinnors val att göra abort, lägga skuld på kvinnor som eventuellt blir påverkade av sin partner eller ifrågasätta om det är kvinnans val att göra abort eller ej.

## 1.7 Begreppsdefinition

När vi pratar om *partnerrelation* utgår vi från en definierad kärleksrelation mellan två parter. I detta fall gäller det relationen mellan en kvinna och en man. I *abortprocessen* har vi valt att inkludera hela processen från att kvinnor får reda på att de är gravida, genom beslutet och den faktiska aborten samt eventuella efterverkningar både fysiskt och känslomässigt av aborten. I ordet *stöd* inkluderar vi både praktiskt stöd, fysiskt stöd och känslomässigt stöd från partnern genom hela abortprocessen.

## 2. Tidigare forskning

Nedan följer ett avsnitt tidigare forskning avseende olika forskningsfält om kvinnor och mäns upplevelser rörande delaktighet, stöttning, önskat bemötande och eventuell påverkan under en abortprocess samt upplevelser från kvinnosjukvården. Vi har använt oss av Supersök från Göteborgs universitetsbibliotek, Swepub och databasen Proquest social sciences för att hitta tidigare forskning. De sökord vi har använt oss av är “women”, “pregnancy”, “abortion”, “ambivalence”, “partner”, “decision”, “support”, “swed\*”, “feeling”, “man”, “male”, “feminism”, “health care”, “treatment”, “sjukvård” “jämsällldhet” och “abort” i olika kombinationer. Vi har även använt oss av kedjesökning. Alla artiklar är peer reviewed för att säkerhetsställa hög kvalitet, förutom en rapport från Sveriges kommuner och landsting. Vårt urval består av forskning som är nära relaterad till vår undersökning där en partner varit involverad på något sätt i både beslut- och abortprocess samt upplevelser av vård generellt och i samband med abort. Forskningen är uppdelad utifrån följande tre teman; *kvinnors upplevelser under abortprocessen*, *mäns upplevelser och attityder gentemot abort* och *kvinnosjukvårdens bemötande och tillkortakommanden*. Vi ville få med olika perspektiv både från män och kvinnor för att få en så nyanserad bild av forskningen som möjligt.

### 2.1 Kvinnors upplevelser under abortprocessen

Inom fältet för studier av abort kan vi se att tidigare forskning utgörs flitigt av författarna Anneli Kero & Ann Lalos. Därför har vi valt att inkludera en av deras studier, trots att den har några år på nacken. I den svenska kombinerade kvalitativa och kvantitativa studien “Ambivalence - a logical response to legal abortion: A prospective study among women and men” av Kero & Lalos (2000) är syftet att tydliggöra hur ambivalens kring abort kan se ut, både utifrån män och kvinnors perspektiv ett år efter en genomförd laglig abort. De studerar bland annat känslor, attityder och motiv för abort. Urvalet består av 211 kvinnor och 75 män i den kvantitativa delen som innefattar ett frågeformulär och 57 kvinnor och 26 män deltar i kvalitativa intervjuer ett år efter aborten. Resultatet visar att ungefär hälften av de som deltar upplevde ambivalens innan aborten. De känslor de har är kopplade till ångest, sorg, skuld, tomhet eller ansvars känslor. Utifrån kvinnornas perspektiv tillfrågas i studien vems intresse de först har tagit hänsyn till i abortbeslutet där 66%

av kvinnorna beskriver att de tagit beslutet i relation till sig själva medan 14% tog ett beslut utifrån en partners eller släktings åsikter. 57% nämner att deras partner önskar att de skulle göra en abort och 33% av deras partners lämnar helt beslutet hos kvinnorna. 69% av kvinnorna menar dock att de i beslutet tar sin partners åsikter i beaktning.

Kvinnors upplevelser av partners stöttning och partners syn på abort berörs även i litteraturstudien "Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review" av Nyboe Petersen et al. (2018). Författarna granskar skandinaviska studier i syfte att kartlägga kvinnors upplevelser före, under och efter abort. Litteraturen som granskas följer olika kriterier för att sedan urskiljas till sex studier som ingår i författarnas undersökande till deras egen studie. Resultatet visar att kvinnor som står inför beslutet att antingen göra abort eller fortsätta graviditeten oftast söker sig till sin partner för att finna stöd, men att deras partners ofta har en negativ attityd kring graviditeten. Kvinnorna upplever att partnern inte stödjer graviditeten och ser abort som det enda alternativet. Vissa av kvinnorna uttryckte att de kom närmare sin partner efter aborten var genomförd och sökte sig även då till sin partner för stöd.

Den inställning kvinnor har till graviditeten kan grundas utifrån de förutsättningar som partnerrelationen ger uttryck för. Det studeras i den kvalitativa nederländska studien "Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands" av Brauer et al. (2019). De undersöker 109 kvinnors beslutsprocess och vilka faktorer som påverkar en fullföljning av graviditet eller en abort. Vårt intresse är främst riktat till de resultat i författarnas studie som berör partnerrelationens påverkan. Resultatet visar att kvinnor utan ambivalens som väljer att göra abort och är i långa stabila förhållanden tenderar att känna att de får stöd av sin partner, oavsett hans inställning till graviditeten. Beslutet ses som gemensamt och själva aborten är sällan något som påverkar relationen negativt i det långa loppet. Kvinnor som väljer att göra abort men som upplever hög grad av tvivel inför sitt beslut involverar oftast sin partner i beslutsfattandet där hans beteende kan influera hennes känslor och påverka beslutsfattandet. Om kvinnan befinner sig i en osäker relation och har beslutat sig för abort tenderar hon att inte involvera partnern i beslutsfattandet. Vanligtvis har partnern inställningen att abort

är det enda alternativet och i destruktiva relationer kan mannen exempelvis hota med att lämna kvinnan. Detta leder till att kvinnan inte känner stöd eller tillit och kan känna sig pressad till att göra abort. Studien visar att ambivalenta kvinnor oftast inte ångrar aborten om de inte har känt sig tvingade till den. Oavsett tar oftast osäkra relationer slut efter att aborten genomförts.

## **2.2 Mäns upplevelser och attityder gentemot abort**

Vid en graviditet är ofta två personer delaktiga, kvinnor har den slutgiltiga beslutsrätten men vad har män för förhållningssätt och inställning till abort och hur vill de ge stöd? I en studie rörande mäns upplevelser av deras eget stöd och delaktighet menar författarna att bilden av männen i en abortprocess ofta ses i negativ klang. Studien "Supporting Women at the time of Abortion: A Mixed-Methods study of Male partner Experiences and Perspectives" av Nguyen et al. (2018) utgår från ett urval av män som följt med sina gravida partners till två abortmottagningar i USA. Först gjorde författarna en kvalitativ studie där 29 män deltog i intervjuer och därefter gjordes den kvantitativa studien där 210 andra män svarade på ett dataformulär. Utifrån de kvalitativa intervjuerna uttrycker 22 av männen att de värderar att följa med sin partner till abortmottagningen främst för att ge emotionellt stöd. De flesta män har uppfattningen att deras partner kan ta till sig information på egen hand gällande aborten och sjukhusvistelsen. Fyra män uttrycker att de har hjälpt sina partners informativt genom att exempelvis leta upp information online eller ställa frågor till sjukhuspersonal för att kvalitetssäkra deras partners vård. Den kvantitativa studien visar att männen följer med till abortmottagningen som emotionellt stöd och är där främst för att ge stöd efter aborten har genomförts. Ungefär 80% av de deltagande männen var enligt studien nöjda med möjligheten att kunna ge stöd. 60% ansåg att deras sällskap förbättrade deras partners upplevelser av aborten och 48 % upplever att deras stöd förbättrar relationen till sin partner.

Under en abortprocess upplever männen i studien ovan att de ger emotionellt stöd till deras partners men hur ser mäns förhållningssätt ut till abort och deras egen delaktighet? Det är något som den australienska kvalitativa studien "Um... I'm pregnant." young men's attitudes towards their role in abortion decision-making" av Sharp, Richter & Rutherford (2014) har undersökt. Där intervjuas tio unga män

i åldrarna 20-23 med fokus på attityder kring delaktighet ifråga om en oplanerad graviditet. I urvalet är det tre män som varit med om att deras partners genomgått abort, fyra stycken har varit med om att deras partner trott att hon varit gravid och tre män har ingen erfarenhet av oplanerad graviditet. Författarna gör en tematisk analys där resultatet visar att längden på relationen påverkar delaktigheten. De unga männen anser att ju längre relationen är, desto mer delaktighet önskar de, och desto mer bör kvinnor ta in sin partners åsikter i beslutet. Resultatet visar också på en attityd där majoriteten av männen tycker att det finns ett delat ansvar kring oönskad graviditet ifråga om preventivmedel, men att de i praktiken ofta lämnar över ansvaret till kvinnan. Det som är av störst relevans för vår studie rör beslutet kring abort där resultatet visar att männen anser att det är kvinnans val att bestämma men att detta speciellt gäller om de håller med om beslutet. De menar att de vill vara delaktiga i beslutsprocessen för att inte känna sig maktlösa eller undervärderade. De har en bild och en moralisk ansvarskänsla för att "göra det rätta" och hur andra ser på dem är av vikt genom att de flesta tycker att det är självklart att betala exempelvis underhållsstöd för barnet, även om de egentligen inte vill.

Oavsett vilket beslut kvinnor tar, eller partners påverkan på beslutet är kvinnovården en del de behöver ha kontakt med vilket undersöks i nedanstående artiklar.

### **2.3 Kvinnosjukvårdens bemötande och tillkortakommanden**

I den kvalitativa studien "Women's existential experiences within Swedish abortion care" skriver Stålhandske, Ekstrand och Tydén (2011) om svenska kvinnors upplevelser av omvårdnad under abort med särskilt fokus på existensiellt stöd. Urvalet var 24 kvinnor i åldrarna 21-57 år som genomgått abort under olika tidpunkter i livet. I resultatet gällande bemötande inom vården berättar kvinnorna att de fick ett neutralt, rationellt och effektivt bemötande vilket för vissa upplevdes på ett positivt sätt då de inte kände sig skuldbelagda för sina val. Andra kvinnor önskade att barnmorskorna ställt fler frågor kring beslutet då de var ambivalenta. De flesta kvinnor upplevde att det var störst fokus på det medicinska och fysiska kring aborten och inte kring känslomässiga aspekter. Det var något som vissa kvinnor upplevde som något positivt medan andra upplevde det som att deras känslomässiga behov inte blev tillgodosedda. Flera ambivalenta kvinnor upplevde

vården som opersonlig och distanserad vilket gjorde att de upplevde att de inte blev bemötta i deras blandade känslor. Många kvinnor upplevde att det fanns ett behov av stöd efter aborten och nästan alla kvinnor blev erbjudna att prata med en kurator vilket de uppfattade som viktigt, dock tackade flera nej även om de i efterhand inser att de hade behövt stöd. I de fall kvinnor tog stöd från kurator upplevde flera att samtalen inte gav det stöd de ville ha. En slutsats från denna studien är att kvinnor vill ha olika typer av bemötande men där flera önskade mer emotionellt stöd från vården.

Kvinnors upplevelser av vårdens bemötande undersöks även i den svenska kvalitativa studien "Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention" av Makenzius et al. (2013). Här ligger fokus inte bara på kvinnor, utan också på männens upplevelser. Urvalet för studien består av 24 kvinnor och 13 män, där alla kvinnor har genomgått medicinsk hemabort. Resultatet i deras forskning är av vikt för vår egen studie då de flesta av våra respondenter har genomgått hemaborter. Vad resultatet visar förutsätter både män och kvinnor att vårdpersonal ska visa empati och respekt för båda parter. Vissa av deltagarna i studien upplever att de blir lyssnade på och att mannen involverades i kvinnans vård. När förväntningarna inte uppfylls beskriver de att vården endast centreras till kvinnan och att mannen förbises. Studien visar att männen ofta är involverade i kvinnors abortprocess och att männen därför bör ses av vården som individer med egna behov i processen. Författarna menar att männen bör ses som nyckelpersoner vid stöd av kvinnor och som en viktig faktor för att underlätta deras abortprocess. De flesta männen och kvinnorna var nöjda med vårdens information om hemabort, förutom de kvinnor som upplevde att de fick bristande information om den smärta hemabort kan innefatta. Vissa respondenter efterfrågar mer hjälp från vården. En kvinna beskriver att hon inte erbjöds en uppföljningstid. Några andra kvinnor upplever en orättvisa i att ansvaret ligger på dem att förhindra graviditet, att mer forskning bör göras kring preventivmedel för män och att vården bör subventionera för preventivmedel.

Att vården har vissa begränsningar belyses närmare i rapporten "(O)jämsställd vård" för Sveriges kommuner och landsting (2014). I kapitel 12 undersöker författarna Smirthwaite, Tengelin och Borrman de samhälleliga förutsättningarna för jämsställd



vård. Författarna utgår från Yvonne Hirdmans teori om genussystemet för att förklara hur genus formar samhället och vad det kan ha för påverkan generellt gällande vården för män och kvinnor. Teorin om genussystemet utgår från begreppen segregering och hierarki. Segregering innefattar att manligt och kvinnligt särskiljs och med hierarki menas att det finns en manlig överordning och en kvinnlig underordning i samhället. Författarna menar att vården inte är opåverkad av de normer som råder om kön i samhället. De ger exempel på studier där resultatet visar att kvinnor ofta kan komma till korta gällande vårdens tillgänglighet. Män tenderar att dra sig för att söka vård därför att det inte passar med de traditionella föreställningarna av att män ska vara oberoende och underordnade. Kvinnor som söker vård bryter inte mot det traditionella idealet då de generellt uppfattas vara underordnade och beroende. Författarna ställer sig frågan om det kan finnas en förklaring i normerna för kön eftersom kvinnor oftare förbises av vården och om de kan bero på att män prioriteras i högre utsträckning då de mer sällan söker vård än vad kvinnor gör. I rapporten redogör författarna för ett flertal exempel på att kvinnor dessutom i högre grad än män drabbas av kvalitetsbrister i vården. Detta då viss typ av vård utgår från en manlig norm för att sedan appliceras på vården för kvinnor.

Utifrån de studier vi har redovisat kan vi se olika uppfattningar av kvinnor och mäns upplevelser kring vad stöd, delaktighet och bemötande innebär under en abortprocess. Vi kan se hur påverkan kan te sig från en partner i valet om att göra abort eller fullfölja en graviditet. I de studier där kvinnors upplevelser lyfts ser vi att de i de flesta fall önskar mer stöd från sina partners och att de söker sig till sina partners för stöd. De upplever dessutom att deras partner ofta har en negativ inställning till graviditeten och att männen ofta förespråkar abort. I de studier som skildrar mäns upplevelser visar det att männen vill vara delaktiga i abortprocessen, ser aborten som kvinnans val och anser att det är viktigt att finnas där för sina partners för främst emotionellt stöd men också för sig själva genom att "göra det rätta".

I vårdens bemötande visar studierna på både negativa och positiva upplevelser och bland annat ser vi att män också behöver stöd och vägledning både för sin egen del men också för att kunna ge stöd till sin partner i abortprocessen. Vissa kvinnor

upplever vårdens bemötande som opersonlig och neutral där många önskar mer emotionellt stöd medan andra är nöjda med bemötandet. Kvinnor önskar olika form av stöd från vården och upplevelserna blir därmed ganska olika. Vi ser dessutom att det finns en ojämfälld vård där män ofta prioriteras över kvinnor och att det kan skapa kvalitetsbrister för kvinnor.

Resultaten från alla studier visar en motstridighet i att kvinnorna främst upplever att de inte får tillräckligt stöd av sina partners medan de flesta av männen är av uppfattningen att de vill ge stöd. Vi kan också se en koppling i huruvida kvinnor anser sig ha relationer som är stabila eller instabila där de stabila relationerna gör en betydande skillnad i både stöd och påverkan av abortbeslutet.

Tidigare forskning bidrar till en grund för vår studie då forskningen visar att ämnet om kvinnors upplevelser av sin partner under abortprocessen är något som kan påverka kvinnor både i beslut och upplevelser kring delaktighet och stöd. Förhoppningsvis bidrar vi med en utökad kunskap och förståelse kring vad kvinnor önskar för stöd, delaktighet och önskat bemötande både från sina partners och från kvinnosjukvården.

## 3. Relevanta teorier och teoretiska begrepp

Våra teoretiska ingångar innefattar kvinnors val i form av självbestämmande, feministiskt perspektiv kopplat till genus och stöd genom copingteorin och social support theory. Teorivalet baseras på våra empiriska resultat, vilket innebär att vi har en induktiv ingång. Teorivalet bidrar till att ge flera perspektiv på den insamlade empirin och harmonierar förhoppningsvis väl med syfte och frågeställningar.

### 3.1 Självbestämmande

Michael Pauen och Gerhard Roth analyserar begreppet självbestämmande ur ett filosofiskt perspektiv och menar att handlingar har två minimivillkor för att kunna betecknas som fria. En fri handling får inte ha utförts av tvång eller av yttre påverkan av någon annan. Om handlingen bestäms utifrån eller framtvingsas går det inte att tala om varken frihet eller ansvar. Detta minimivillkor kallas autonomiprincipen (Pauen & Roth 2018).

En skillnad mellan slumpmässiga och fria handlingar är att fria handlingar alltid har en upphovsman, vilket menas med det andra minimivillkoret upphovsmannaskap (Pauen & Roth 2018). Med slumpmässiga handlingar går det inte att ställa personen till svars och därmed går det inte heller att kräva ansvar för dessa. Genom fria handlingar utkrävs ansvar och därför kan slumpmässiga handlingar aldrig vara fria. För att en handling ska vara fri måste den kunna härledas till den person som är handlingens subjekt och det måste vara möjligt att utifrån personen kunna förklara varför handlingen utföll som den gjorde (ibid). Vi tillskriver en person dess handlingar som självbestämmande om de görs av egna uppfattningar och efter eget övervägande (Pauen & Roth 2018).

Pauen och Roth (2018) menar att frihet kan tolkas som självbestämmande och att en självbestämd handling bara kan ses som giltig ifall de två minimivillkoren är uppfyllda. Upphovsmannaskap och autonomiprincipen måste därför uppfyllas för att handlingen ska betecknas som självbestämd, fri och ansvarsfull (ibid.).

Enligt upphovsmannaskapet förutsätter en självbestämd handling att den kan återföras till personens skäl för handlingen. Med skäl menas personens preferenser och förmågor. Genom personens skäl kan handlingen bli förståelig och begriplig till varför personen har handlat på ett visst sätt och inte ett annat. Med frihet kommer också utrymme för hur stort handlande och beslutsfattande en person egentligen har. Om personen var fri vid t.ex. ett beslutsfattande vill vi också veta hur stort handlingsutrymme personen hade för att kunna göra ett fritt val (Pauen & Roth 2018).

En självbestämd handling utgår från om den kan återföras till personens skäl ifråga om dess preferenser och förmågor (Pauen & Roth 2018). Till personens förmågor hör ifall personen är i stånd att kunna fatta ett fritt beslut, exempelvis om denne har förnuft att kunna se konsekvenser av sina handlingar, kunna identifiera sina mål som sina egna och ha beslutsförmåga att kunna välja ett motiv bland flera. Det finns även personliga preferenser som är av vikt för att handlingen ska ses som bestämd av personen själv. Dessa innefattar personens kärna och de karaktäristiska uppfattningar, önsknningar och egenskaper som gör oss till den vi är. Det kan exempelvis vara uppfattningar om att vi anser att vissa brott är fördömliga eller att vi älskar en viss typ av musik (Pauen & Roth 2018). Genom preferenser blir det begripligt varför personen gör vissa handlingar och handlingarna blir meningsfulla för att personen utgår ifrån sina preferenser. Det blir då en fri och självbestämd handling. Om möjligheten inte finns att handla utifrån personens förmågor eller preferenser blir inte handlingen fri, därmed kan handlingen inte återföras till personen och inte heller ses som självbestämd (ibid.).

### **3.2 Feministiskt perspektiv**

Det feministiska fältet är stort med många ingångar som har utvecklats utifrån politiska kvinnorörelser som drivit denna utveckling framåt. Kön kan ses som en social kategorisering precis som bland annat klass, etnicitet och sexualitet. Det betyder att med ens könstillhörighet tillkommer förväntningar gentemot individen och påverkar både livsval, preferenser och självbild men också hur andra ser en i samhället (Björk & Hedenus 2015).

Robert Stoller lanserade i mitten av 1960-talet begreppet *genus* för att synliggöra som han menar, de socialt konstruerade rollerna kvinnor/män och kvinnlighet/manlighet men redan runt 1930-talet tillkom en diskussion av antropologen Margaret Mead och sociologen Viola Klein kring kön som en social konstruktion (Essevald & Mulinari 2015). Som Simone de Beauvoir, en existensiell filosof en gång sa “man föds inte till kvinna, man blir det”. (Essevald & Mulinari 2015, 64). Vi redogör här för ett socialkonstruktivistiskt synsätt som innebär att genus inte enbart kan förstås genom individens egenskaper utan också att det produceras genom mänskligt samspel och på institutionell nivå som i familjen, skolan eller i organisationer (ibid.). Människor “gör” kön i möten mellan människor vilket innebär en möjlighet att se manlighet och kvinnlighet som något förhandlingsbart. Dock är inte människor fria att göra dessa val då könsnormer styr samhället och påverkas av hur andra människor ser på en (Essevald & Mulinari 2015).

Genus som analytiskt begrepp kan användas för att förstå och förklara våra liv och de val vi gör som exempelvis vad vi utbildar oss till. Vissa uppgifter knyts till sociala beteenden som förknippas med män eller med kvinnor, vilket i sig förstärker en genusmärkning och segregering (Jordansson, Allard & Björk 2015). Skapandet av genus uttrycks alltså i konstruktioner av maskulinitet och femininitet. Exempelvis finns det föreställningar om att män ska vara starka, inte söka vård eller hjälp och inte vara sårbara, det blir en s.k. hegemonisk maskulinitet, det är det som ses som norm. Det förstärker också kulturella föreställningar om att män är mindre sårbara och hjälpsökande och ansvar för hälsa ses som något kvinnligt (Bengs & Wiklund 2015).

I kontrast till manlighet tillkommer begreppet “*framhävd feminitet*” av Connell, som handlar om att kvinnor ses som omsorgstagande, följsamma och empatiska i idealet, genom exempelvis moderskapet. Kvinnor förväntas därför ta större ansvar för den egna kroppen men även för andras kroppar (Bengs & Wiklund 2015). Moderskapet ses ofta som självklart medan faderskapet och mäns delaktighet i omsorg är något som ofta diskuteras om förbättring i samhället. Familjer går mer och mer mot ökad jämställdhet, i alla fall i teorin. I praktiken har svenska heterosexuella par ambitionen om jämställdhet men huvudansvaret läggs ändå på

kvinnor. Det finns en stark bild av att kvinnor har skyldigheter i moderskapet medan män snarare anses ha rättigheter, vilket formar både män och kvinnors handlingsutrymme (Bruno 2015).

Toril Moi introducerade begreppet “*den levda kroppen*” för att påvisa att kroppens egenskaper påverkar den sociala konstruktionen av kön genom att det biologiska könet påverkar våra förutsättningar och leder till olika erfarenheter. Simone de Beauvoir menar att kvinnor kommer ses som kvinnor just för att de har kvinnokroppar (Essevald & Mulinari 2015).

I emotionsforskning kopplat till kön och sexualitet är en aspekt att det finns en ojämnt fördelad uppgift kring att hantera andras känslor. Kvinnor förväntas ge, balansera och hantera mäns och barns känslor. Här menar de att kvinnor ofta ger mer än de får i en relation med en man (Wasshede, Wettergren & Jonsson 2015).

### **3.3 Copingteori och Social Support Theory**

Teorin om *Coping* handlar om hur vi hanterar psykologisk stress och innefattar ansträngningar vi gör för att klara av eller minska både inre och yttre krav (Brattberg 2008). Vi använder oss av detta i syfte att minska de olika bördor som kan uppstå vid stressfulla händelser vilka kan ta form i både fysiska, psykologiska och emotionella former (Snyder 1999). Strategierna vi använder oss av kallas för copingstrategier och är de åtgärder som vi tar till för att hantera eller förändra situationer samt hur vi kontrollerar känslor av stress. En av tre copingstrategier handlar om *problemfokuserad coping* vilken fokuserar på att finna lösningar till stress samt förändra eller kontrollera källan av den (Snyder 1999). Den räknas som en målinriktad och uppgiftsorienterad form av coping där individen försöker hitta en lösning på situationen genom att först definiera problemet och sedan finna en lösning (Brattberg 2008). Den andra formen av coping kallas för *emotionsfokuserad coping* och är strategier där vi bland annat kan söka stöd från andra för att hantera och minska känslomässig stress (Snyder 1999). Sista formen av coping handlar om hur vi ibland kortsiktigt försöker lösa svåra och stressfulla situationer genom *undvikande coping*. Det kan ses som en motsats till de andra copingstrategierna där vi snarare förnekar eller undviker problemet, vilket inte ger samma positiva långsiktiga resultat som övriga strategier (Brattberg 2008).

*Social support theory* är en fortsättning på Lazarus copingteori som handlar om negativa tolkningar av en stressfylld situation och tron om att vi inte har resurser till att bemöta stressen gör att vi blir stressade och som i sin tur leder till sämre hälsa (Lakey 2013). Det mest uppmärksammade perspektivet på social support theory är "*stress and coping perspective*" och handlar om hur socialt stöd bidrar till hälsa genom att skydda individer från stress i en svår situation (Lakey & Cohen 2000).

Utifrån stress och coping-perspektivet menar man att stöttande handlingar från en annan part eller en tro om att man har stöttning minskar upplevelsen och effekterna av en svår och stressfylld situation (ibid.). Stöttande handlingar förbättrar våra coping-mekanismer, det vill säga, våra sätt att hantera dessa situationer, medan tron på att vi har stöttning gör att vi ser svåra situationer som mindre stressfyllda. Detta perspektiv är nära kopplat till forskning och teorier om stress och coping-mekanismer. I perspektivet menar man att socialt stöd är viktigt för att förbättra coping-mekanismer och stress men bara om de stöttande handlingarna matchar kraven i den stressfyllda situationen. Det betyder att olika stressfyllda situationer kan behöva olika typer av stöd, där det i vissa fall är lämpligt med praktiskt stöd och i andra fall emotionellt stöd (Lakey & Cohen 2000). Exempelvis menar man att problemlösande stöd fungerar bättre för s.k. kontrollerade situationer där det kan finnas en lösning och emotionellt stöd är mer meningsfullt för okontrollerade situationer, som att förlora en närstående (Lakey 2013).

## 4. Metod

### 4.1 Val av metod

För att besvara vårt syfte och våra frågeställningar har vi använt kvalitativ intervjumetod. I kvalitativa intervjuer ges det möjlighet att gå djupare in på respondenternas svar och deras mening av dem och tolka deras upplevelser, tankar och känslor, vilket var något vi ville utforska (jfr. Bryman 2008). Valet av intervjuer som kvalitativ metod var för att få fram deltagarnas egna ord genom samtal, vad de tycker är viktigt och för att utveckla mening ur deras erfarenheter (jfr. Kvale & Brinkmann 2020).

### 4.2 Förförståelse

Den förförståelse som finns är att en av oss hade sin verksamhetsförlagda utbildning på en kvinnoklinik där denna innefattade samtal med ett flertal kvinnor som var ambivalenta just i relation till bland annat sin partners åsikter och känslor i ett abortbeslut. Övrig förförståelse är för oss båda ett grundintresse inom kvinnofrågor såsom abort.

### 4.3 Urval

Vi stod mellan två alternativ när det kom till urval. Dels att kontakta den kvinnoklinik som en av oss har haft sin verksamhetsförlagda utbildning på, dels att göra inlägg i kvinnoseparatistiska forum på Facebook. Vi hörde av oss till kvinnokliniken först men eftersom vi hade en begränsad tid att skriva vår studie på valde vi att fortsätta med det andra alternativet. Därmed använde vi oss av ett bekvämlighetsurval, eftersom vi valde att söka efter de deltagare som vi ansåg var lättast att få tag i och som själva visade intresse för vår studie (jfr. Bryman 2008). Vi eftersökte att intervjua personer som var relevanta utifrån vår forskningsfråga vilket innebar att vi använde oss av ett målinriktat urval (Bryman 2008).

Vi sökte intervjupersoner i tre stora kvinnoseparatistiska forum på Facebook. Abort som ämne har diskuterats flera gånger i samtliga forum. De tre forumen består av tusentals medlemmar från 3600 i det första forumet, 13 000 i det andra till 43 000 i



det tredje. I forumen kan kvinnor göra egna inlägg där de efterfrågat hjälp rörande abortrelaterade frågor från andra medlemmar.

I vårt urval gjorde vi inga begränsningar gällande ålder, geografisk plats, om kvinnan var ambivalent eller inte i sitt beslut eller vid vilken tidpunkt aborten skedde. Vi bedömde det som intressant att få flera olika perspektiv eftersom vi tänkte att varje situation kan se olika ut för kvinnor som gör abort i partnerrelationer oavsett ålder, ambivalens eller geografisk plats.

Vi fick svar från nio kvinnor från alla tre forumen. Alla hörde av sig antingen via mail eller genom ett privat meddelande till oss på Facebook. Vi mailade ut ett informationsbrev till alla och bestämde tid för intervju. Vi fick ett bortfall då en kvinna inte svarade på mail och därmed slutade vi med åtta deltagande kvinnor. Kvinnorna var i åldrarna 24-36 år, de flesta bodde i en storstad men två av dem bodde i mindre städer i Sverige. En kvinna hade gjort abort två gånger och de andra sju kvinnorna hade gjort abort en gång. Relationerna kvinnorna var i vid tidpunkten för aborten varierade mellan någon månad upp till några år. Några kvinnor är för närvarande kvar i samma relationer som då. Tidsspannet från när kvinnorna gjorde abort skiljde sig mellan två månader och fyra år.

#### **4.4 Genomförande av intervjuer**

Intervjuerna var semistrukturerade och innan intervjuerna gjordes en intervjuguide där vi var noga med att beröra de ämnen vi var intresserade av men också noga med att ge utrymme för respondenternas upplevelser och det dem upplevde som viktigt (jfr. Bryman 2008). Innan vi genomförde intervjuerna provade vi vår intervjuguide genom att intervjua varandra och ändrade sedan vissa frågor. Vi var båda med på alla intervjuer men delade upp ansvaret där den ena höll intervjun och den andra antecknade och kom in med frågor vid behov. Det förklarades och godkändes av respondenterna via mail innan intervjuerna påbörjades. Intervjuerna varade mellan 25-55 minuter och skedde digitalt via Zoom eller via Facetime i två fall efter respondenternas egen önskan. Digitala intervjuer valdes med anledning av den rådande pandemin covid-19. Vi bad dem föreslå en tid som passade dem och anpassade oss så gott vi kunde efter deras önskemål för att visa tacksamhet för deras deltagande. Vi gick igenom informationsbrevet ytterligare en gång innan intervjun

och bad om ett muntligt samtycke för att säkerhetsställa att de förstått informationen och samtyckt till den. Vi spelade in ljud via mobiltelefonen men ej video med anledning av respondenternas anonymitet och informerade om det innan intervjuerna påbörjades.

Inledningsvis ställdes bakgrundsfrågor om dem själva såsom ålder, yrke och boplat. Vi använde oss framförallt av öppna frågor för att få fram deras egna tankar. Vår frågeguide var utformad med tydliga och lättförståeliga frågor, men vi kan i efterhand se att vissa frågor blev upprepningar då flertalet respondenter redan hade besvarat dem i samband med andra frågor. Dock ställde vi frågorna ändå och upplevde att svaren kunde utvecklas mer i och med det. Vi lade till ett par frågor efter två intervjuer för att få en bredare bild av hur abortprocessen gick till. Vi utvecklade deras svar med sonderande och tolkande följdfrågor för att komma djupare in på deras erfarenheter (jfr Kvale & Brinkmann 2020). Avslutningsvis ställde vi frågor om vad de fått med sig från processen, vad de önskar för stöd om de fick välja och hur det var att prata om ämnet. Detta för att få ett tydligt avslut på intervjun samt med förhoppning av att respondenterna skulle lämnas med en någorlunda positiv upplevelse.

#### **4.5 Bearbetning av intervjuer och analysmetod**

Varje intervju diskuterades direkt efteråt och vi försökte i största mån att transkribera direkt, sammanfatta och skriva ner de tankar som kom upp. Intervjuerna transkriberades ordagrant för att få med alla nyanser. När transkriberingarna var färdiga började vi utläsa teman och koda texten. Vi markerade meningar i olika färger och tolkade in teman som vi upplevde som intressanta för våra forskningsfrågor i kommentarer. Datastyrd kodning innebär att teman utläses genom processen och inte är givna sen innan (Kvale & Brinkmann 2020). Efter kodningen kunde vi kategorisera våra många teman till huvudsakliga kategorier för att sedan börja analysera. Kvale & Brinkmann (2020) menar att kategorisering kan ge en överblick över en stor mängd material vilket underlättar analysen. Vi strävade efter att göra en öppen kodning för att inte fastna i egna föreställningar om teman, vi är dock medvetna om att det är omöjligt att vara helt fria från egna uppfattningar. Intervjuerna tematiserade vi var och en för sig för att sedan tillsammans utläsa de gemensamma teman vi fått fram, intervju

för intervju för att skapa kategorier. Ord som “liksom” “asså” “typ” m.fl. har tagits bort i analysen för att göra citaten tydligare, vi har även lagt till ord inom [...] för att göra citaten mer lättförståeliga. Vi har dessutom bytt ut alla kvinnors riktiga namn till fingerade namn för att säkerställa deras anonymitet.

#### **4.6 Etiska överväganden**

I början av studien reflekterade vi över ifall vi skulle söka respondenter från kvinnokliniken eller på kvinnoseparatistiska forum på Facebook. Gällande den etiska aspekten ansåg vi att det var bättre att gå via forumen eftersom kvinnorna därmed kunde anmäla intresse frivilligt. Om vi valt respondenter från kvinnokliniken hade kuratorn fått fråga patienter som möjligtvis skulle befinna sig i pågående kris. Patienten blir dessutom tillfrågad om deltagande av en yrkesprofessionell i en utsatt situation där hon kanske inte vågar säga nej på grund av den maktaspekt som kan finnas mellan professionell och klient eller vilja delta till hänsyn för att kuratorn har hjälpt denne.

När vi delade inläggen på forumen var vi noga med att skriva att de kunde kontakta oss privat eller på mail. Detta var för att vi inte önskade att de skulle kommentera på själva inläggen och därmed röja deras konfidentialitet. Anledningen till att vi valde att respondenterna kunde kontakta oss privat till våra facebookkonton var för valmöjligheten att få kontakta oss på det sättet de önskade. Vi hade dock ingen längre kontakt privat utan bad om deras mailadresser eftersom vi tänkte att mail är ett säkrare sätt att kommunicera med hänsyn till sekretessfrågor. Efter kontakten raderade vi våra konversationer från Facebook.

Respondenterna fick därefter ett informationsbrev på mail där de informerades om de fyra etiska principerna för vår studie utifrån vetenskapsrådets råd och anvisningar. *Informationskravet* innebär att respondenterna har informerats om undersökningens syfte. Alla respondenter har själva rätt att bestämma över sin medverkan vilket innefattas i *samtyckeskravet*. Uppgifter rörande respondenterna och deras personuppgifter ska ges största möjliga konfidentialitet och förvaras på ett säkert sätt för att uppnå *konfidentialitetskravet*. *Nyttjandekravet* innebär att de insamlade uppgifterna om respondenterna endast får användas i forskningsändamål

(Vetenskapsrådet 2002). Vi var även noga med att återberätta dessa principer för respondenterna i starten för varje påbörjad intervju.

Inför intervjuerna reflekterade vi över att vi nyligen har haft verksamhetsförlagda utbildningar där vi båda höll stödsamtal och att vi ville vara noga med att intervjuerna inte blev just ett stödjande samtal då det inte är syftet med våra intervjuer. Under intervjuerna bar vi med oss en medvetenhet och förståelse för att abort kan, men inte nödvändigtvis, vara ett känsligt ämne att tala om. Därför var vi noga med att poängtera för våra respondenter att de när som helst fick avbryta, pausa eller hoppa över frågor. Vid studerandet av människor som befinner sig i svåra livssituationer kan det kännas som ett intrång i det privata. Det kan bli en balansgång mellan att komma nära för att förstå men att samtidigt hålla en distans i respekt för människors integritet (Svedmark 2019). Ibland upplevde vi att det fanns frågor som vi hade velat ställa eller ämnen vi ville gå in djupare på, men av respekt för respondenterna valde vi att inte göra detta. Det gällde särskilt när respondenterna talade om svåra händelser knutna till aborten som vi upplevde de tyckte var svårt att tala om. Av respekt för respondenterna valde vi heller att inte gå alltför djupt in på relationens betydelse för de som befann sig i samma relation som när aborten genomfördes. Vi ville komma nära relationsaspekten men inte på bekostnad av att respondenterna skulle känna sig ifrågasatta i sin nuvarande relation.

Eftersom abort kan vara ett känsligt ämne ville vi minimera risken för att kvinnorna skulle känna sig ifrågasatta eller att de skulle känna att de behövde rättfärdiga sitt val. Vid undersökningar är det viktigt att noggrant tänka igenom riskerna, om deltagandet i studien kan vara obehagligt och undvika konsekvenser för deltagarna som kan tänkas vara skadliga (Bryman 2008). Därför var det av vikt för oss att poängtera att alla sorts anledningar, tankar och känslor rörande abort är helt rimliga. Vi hade ett förhållningssätt där vi medvetet tänkte på att inte lägga några värderingar i respondenternas svar eller frågor. Samtidigt ville vi inte uppfattas som känslökalla utan vi försökte bemöta respondenterna med empati och medmänsklighet. Vi avslutade varje intervju med att fråga våra respondenter hur de upplevde intervjun, för att se ifall de på något sätt upplevde obehagskänslor inför att prata om sina erfarenheter. Inför intervjuerna hade vi tagit kontakt med en

kvinnoklinik och samtalat med en kurator om vart vi kunde vägleda respondenterna om de behövde vidare stöd.

Vi valde att låta respondenterna själva välja tid för intervjuerna. Vi ville vara flexibla och hålla intervjuer utefter kvinnornas egna förutsättningar. Detta var viktigt för oss då vi ansåg att eget val av tid kunde öka den trygghetsfaktor som spelar roll i intervjusituationen. Vi är medvetna om att vara två intervjuare i vissa fall kan ses som skrämmande och diskuterade det noggrant innan vi genomförde intervjuerna (jfr. Kvale & Brinkmann 2020). Vi valde tillslut att vara två för att kunna fånga upp trådar som den som höll i intervjun kan missa, med anledning av digitala intervjuer uppfattar vi dessutom att det inte blir lika hotfullt. Vi upplevde att det fungerade bra att göra intervjuerna tillsammans och fick känslan av att det bidrog med en lättsamhet för respondenterna samt att vi fick ut mer information än vi hade fått annars.

#### **4.7 Metoddiskussion**

Validitet syftar till att studien undersöker det den ämnar undersöka (Bryman 2008). I vår intervjuguide valde vi frågor i syfte att få våra frågeställningar besvarade. Genom processen ändrade vi frågeställningarna till viss del men eftersom vi ändrade frågeställningar utifrån empirin och de ämnen som intervjupersonerna la vikt vid anser vi oss snarare har gjort validiteten starkare. Vi intervjuade kvinnor som själva genomgått abort utifrån deras egna upplevelser och perspektiv. På så vis blev de förstahandskällor till informationen vi ville få fram. Vi utgår från att det kvinnorna har sagt är riktigt. Detta är inte något vi har kunnat kontrollera via andra källor, dock har samtliga kvinnor bidragit med svar som vi har uppfattat som trovärdiga och som stämmer överens med varandra. Dessutom kan vi inte se att det skulle finnas några motiv för dem att inte vara sanningsenliga. Vi önskar att vi hade ställt fler frågor kring bemötande och stöd från vården eftersom det ämnet var något de allra flesta lyfte men vi upplever ändå att vi har fått tillräcklig med information inom ämnet.

När vi sökte efter respondenter som genomgått abort i en partnerrelation efterfrågade vi specifikt kvinnor, men insåg i efterhand att vi borde ha inkluderat

både kvinnor och icke-binära i vårt eftersökande då inte alla med kvinnligt kodad kropp identifierar sig som kvinnor.

Extern validitet eller generaliserbarhet innebär att resultaten kan generaliseras till andra sammanhang, människor och fält (Bryman 2008). Eftersom vi endast har intervjuat ett fåtal kvinnor och gjort en kvalitativ studie utifrån deras specifika erfarenheter anser vi att det inte går att generalisera till andra kvinnor i samma situation. Vi kan inte heller veta att de kvinnor vi intervjuat är representativa för andra kvinnor som genomfört en abort i en partnerrelation. Detta var inte heller något vi ämnade göra.

Reliabilitet syftar till tillförlitlighet och utgår från hur studien har mätts, om den har mätts på ett pålitligt sätt samt om den kan replikeras vid en annan tidpunkt (Kvale & Brinkmann 2020). Vi har strävat efter att få vår studie tillförlitlig, dock kan studien ha påverkats av att vårt ämne kan tolkas som känsligt, inte minst utifrån de kvinnor som är kvar i samma relation som de var i när aborten genomfördes där de möjligtvis kan ha gett en mer positiv bild än hur det var. Vi upplever dock att kvinnorna har beskrivit sina upplevelser på ett tillförlitligt sätt, även de som är kvar i samma relationer som de var då har kunnat beskriva både positiva och negativa faktorer kopplat till sin partner. Studien kan också ha påverkats av det faktum att intervjuerna har genomförts digitalt. Vi upplevde dock att denna faktor kan ha bidragit till en större öppenhet för kvinnor att berätta om sina erfarenheter. En faktor som kan påverka den interna reliabiliteten handlar om att det för vissa kvinnor var flera år sedan de genomförde aborten vilket kan innebära att de glömt viss information. Vi kan se att vi borde satt en tidsram för när kvinnan gick igenom aborten. Dels för att minnet kan svikta och dels för att aborten skulle kunna upplevas som ett känsligt ämne ifall den skedde för nära inpå intervjun. Vi tror dock inte att detta har påverkat studien i någon större riktning.

I vår intervjuguide har vi utgått från öppna frågor, i syfte att göra det lättare för respondenterna att berätta utifrån dem själva. Vi strävade under intervjuens gång efter öppenhet och opartiskhet men märkte tyvärr att vi vid ett par tillfällen ställde ledande följdfrågor som kan ha påverkat respondenternas svar. Det faktum att vi båda är unga kvinnor kan ha gjort det lättare för respondenterna att öppna upp sig om sina erfarenheter då vi tänker att de kan relatera till oss på ett annat sätt än om

det hade varit exempelvis män eller äldre personer som gjort intervjuerna. Dessutom är abort en kvinnofråga och det kan underlätta att prata med andra kvinnor om det.

Eftersom vi som intervjuare ställer frågor på ett visst sätt och att intervjuerna sker vid en specifik tidpunkt anser vi att det kan vara svårt att replikera vårt forskningsstudie. Vi menar dessutom att alla kvinnor har olika erfarenheter med sig som påverkar på ett individuellt plan hur man upplever en viss situation, vilket i sig gör att resultaten kan skilja sig åt.

#### **4.8 Arbetsfördelning**

Största delen av tiden har vi suttit tillsammans på Zoom samtidigt som vi arbetat för att kunna diskutera och ställa frågor till varandra. Vi har strävat efter att dela upp arbetet på ett jämlikt sätt. Vi har bidragit med lika stora delar i alla kapitel i uppsatsen men ibland delat upp arbetet inom kapitlen. Delarna har vi visat för varandra och bett den andra kommentera. Genom detta tillvägagångssätt har vi varit uppdaterade om varandras arbete och lagt till och tagit bort i de olika delarna. Intervjuerna genomfördes gemensamt och vi höll i varannan intervju.

## 5. Resultat och Analys

För att ge ett bredare perspektiv på våra resultat har vi valt att analysera utifrån relevant tidigare forskning och teorier samt begrepp. Dessa innefattar begreppet *självbestämmande*, *feministiskt perspektiv* med utgångspunkt i begreppet *genus*, *coping-teori* och *social support theory*. Vi hänvisar till vårt teori-avsnitt för vidare läsning om dessa.

I våra resultat har vi identifierat fyra teman som är i linje med vårt syfte och svarar på våra frågeställningar. I första temat *kvinnans rätt att själv bestämma* belyses kvinnors rätt till självbestämmande och hur vägen under beslutsprocessen har sett ut, vilka påverkansfaktorer som kan finnas i ett abortbeslut och vad kvinnor anser själva om att ta ett eget beslut. Vidare analyseras de två temana *kvinnors upplevelser av partnerstöd* och *önskat partnerstöd* som lyfter kvinnornas erfarenheter av partners stöd samt deras önskan om stöd. Vi avslutar med *kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården* där kvinnors möte med sjukvården analyseras.

### 5.1 Kvinnans rätt att själv bestämma

I en studie om ambivalens och kvinnors upplevelser av abort visar den att 66 % av kvinnorna framförallt själva har tagit beslutet om abort, men att 69 % tagit sin partners åsikter i beaktning (Kero & Lalos 2000). I vår studie kan vi se att alla kvinnor utom en har tagit ett beslut som de uttryckligen säger är deras eget, dock beskriver några kvinnor att vägen till ett beslut kan upplevas som svår och särskilt balansgången mellan den egna övertygelsen och att göra partnern delaktig i beslutet. Astrid beskriver beslutsprocessen och reflekterar kring partners inblandning i beslutet:

Det är klart jag måste fatta beslutet på ett sätt, men jag önskar hans input. Samtidigt så tycker jag att det var ganska jobbigt att behöva fatta det slutgiltiga beslutet, jag kanske är en person som inte gillar att fatta beslut i allmänhet. Det var ett tufft beslut att fatta även om det kändes rätt att göra abort. [...] jag kanske hade tyckt att det hade varit skönt om han hade varit mer bestämd men samtidigt kanske jag inte heller tyckt det hade varit bra om han hade velat bestämma.

- Astrid



Astrid uttrycker en form av ambivalens i det egna valet. Dels ville hon att partnern skulle ha varit mer delaktig, dels ville hon att han skulle dela hennes åsikter och gett henne stöd i beslutet. Möjligen ville hon inte ha hans åsikter i frågan men väl hans stöd. Det är svårt att fatta beslutet själv och det finns en viss önskan om vägledning med medvetenhet om att eventuell påverkan kan ske i en riktning som kvinnan själv inte önskar. Citatet visar på en komplexitet kopplat till det egna valet.

Även Ester kände att hon ville göra abort och reflekterar här kring sin partners delaktighet i beslutet:

Då bara sa jag det, att, "vi har gjort något dumt, jag är gravid, jag ska såklart, jag vill ju göra abort känner jag, eller hur känner du?" Men det sa jag mest för att jag ville pejla in hans känslor så att han inte skulle bli jätteledsen över det, av någon anledning.

- Ester

Citatet visar att Ester kommunicerade med sin partner om hennes beslut till abort för att säkerställa sig om att han inte skulle bli negativt påverkad av beslutet. Kvinnorna behöver känna stöd för att klara av att hantera den påfrestande situationen vilket de försöker kommunicera med sin partner på olika sätt. I de två ovanstående citaten är den känslomässiga aspekten av *coping* i fokus, genom att de på olika sätt antingen implicit kräver känslomässigt stöd eller att känslomässigt skydda partnern (Brattberg 2008). Graden av kommunikation kan utgöra hur tillitsfull relationen är och kommunikationen präglas därför också av relationen och kan te sig olika i en abortprocess. För Klara som var i en destruktiv relation tog sig kommunikationen andra uttryck. Klara var bestämd i att hon ville göra abort men hennes partner hade en önskan om att fortsätta graviditeten. Här reflekterar hon över beslutsprocessen och hur hon och partnern till en början inte kommunicerade om hennes beslut:

Man känner sig som en vidrig person till viss del. För att man berövar en person någonting av vad den vill liksom. Det är ju såklart det. Även fast jag aldrig tvekade i det. Väldigt tydlig i att jag skulle bestämma det. Men jag ville ju inte ge honom den chansen att kunna säga rakt ut: "jag vill att vi behåller". Mycket handlade bara om att ignorera på något sätt. Att absolut

inte prata om det. Samtidigt som det var det enda båda två tänkte på, det blir en jättekonstig situation på något sätt.

- Klara

Som citatet visar ville inte Klara att hennes partner skulle få chansen att uttrycka det hon tänkte att han skulle säga. För att ett beslut ska räknas som fritt ska beslutet kunna ske utan påtryckningar, kunna härledas till individen ifråga och dennes skäl till beslutet (Pauen & Roth 2018). Påtryckningar kan alltså minska möjligheten till ett eget beslut. Tidigare forskning visar att kvinnor som befinner sig i osäkra relationer tenderar att inte involvera partnern i beslutsfattandet (Brauer et. al 2019). Även om Klara var säker på sitt beslut kan minskad kommunikation vara ett sätt att skydda sitt beslut från påtryckningar då hon befann sig i en destruktiv relation. Vad citatet visar kan Klaras tillvägagångssätt också vara ett uttryck för *undvikande coping*, vilket innebär ett sätt att förneka situationen för att minska de påfrestningar som situationen kan komma att innebära för henne (jfr. Brattberg 2008).

I alla våra intervjuer ansåg kvinnorna att abort är deras beslut. Rättigheten att fatta ett eget beslut var starkt närvarande hos kvinnorna, oavsett vilket beslut de fattade. Josefine beskriver hennes tankar kring beslutsprocessen:

Jag tror att jag egentligen i största allmänhet har den inställningen att det är klart att han får ju känna någonting inför det såklart, men att det ultimately ... när det är min kropp så är det mitt beslut och det är inte så mycket som han har att göra med.

- Josefine

Josefine menar att hon var fri i att kunna fatta ett beslut för sig själv och belyser vikten av att det just är hennes eget beslut, inte någon annans. Hon beskriver att hennes partner får ha känslor om beslutet, men att det är hennes val som är grunden. Josefine tar ett beslut utan påverkan av andra som går att härleda till henne, vilket är de två faktorer som behöver uppfyllas för att ett beslut ska anses som *självbestämmande* (Pauen & Roth 2018). Det fria valet är centralt för alla kvinnor vi har intervjuat. Dock kan det finnas andra faktorer runtomkring som kan påverka dem i deras val, både genom att främja och motverka valet. För Josefines del hade

hon en partner som gav stöd som främjade hennes val. Wilma upplevde en annan situation i beslutsprocessen och uttryckte en negativ påverkan av partners förhållningssätt:

Det blev som att jag gjorde abort för hans skull. Det enda jag tänkte på var på honom och att han skulle må bra. Han hotade ju med att ta livet av sig så det ville jag ju inte heller. Det blev lättare att utsätta mig själv för något som jag absolut inte ville än att utsätta honom för något han inte riktigt vill. [...] jag kände mig mer eller mindre tvingad att göra det. Jag vet att det är min kropp och att det är mitt beslut men andra människor kan göra det till [sitt], då har du inget annat beslut än att fatta det här beslutet.

- Wilma

Citatet visar att Wilma egentligen ville fortsätta graviditeten men fick påtryckningar från sin partner i form av hot som begränsade hennes möjligheter till *självbestämmande* och som till slut ledde till att hon gjorde abort mot sin vilja. Vid påtryckningar i ett beslut kan beslutet inte räknas som fritt och självvalt. Ett eget beslut görs av egna uppfattningar och av eget övervägande (Pauen & Roth 2018). I Wilmas och Josefines fall blir det tydligt att de båda ställdes inför ett beslut i två olika situationer, där det ena beslutet gavs bättre förutsättningar för ett fritt val. Wilma beskriver hur det blev för henne när hon inte fick möjligheten att ta ett eget beslut:

Första aborten ångrade jag jättelänge och jag kan fortfarande tycka att det var fruktansvärt att bli utsatt för nånting sånt som han eller ja, folk runtomkring mig utsatte mig för. Att då ville jag ju verkligen ha kvar det. Jag tror att det är väldigt svårt att gå vidare ifrån en abort när man inte är eniga.

- Wilma

Vad citatet visar kan konsekvenserna bli stora när det fria valet inte får utrymme i en abortprocess. Tidigare forskning visar att de kvinnor som ångrar en abort är de som har pressats att fatta det beslutet (Brauer et. al 2019). För Wilmas del ångrade hon aborten väldigt länge och beskriver situationen som traumatisk. I Josefines fall

upplevde hon att beslutet var ett eget val och kan idag se situationen som att den inte har påverkat henne i så stor grad. Vad vi kan se är *självbestämmande* en viktig faktor i beslutsprocessen för att de långsiktiga konsekvenserna inte ska te sig negativt laddade. En annan faktor för att motverka negativa konsekvenser handlar om stöd. I nästa kapitel går vi in på hur kvinnorna upplever stöd från sina partners och vad som inbegrips i begreppet stöd för dem.

## 5.2 Kvinnors upplevelser av partnerstöd

Att kvinnor behöver stöd av sina partners i en abortprocess är något som tydligt framkommit i våra resultat. Stöd kan te sig på olika sätt i en relation och innefattar både emotionellt, fysiskt och praktiskt stöd. I vårt resultat finner vi att kvinnor har behov av olika typer av stöd och att avsaknaden av stöd, eller avsaknad av en specifik typ av stöd kan leda till en känslor av ensamhet eller övergivenhet. Klara berättar om en medicinsk abort hon genomförde på sjukhuset där hennes partner var med fysiskt men där hon inte upplevde emotionellt stöd:

Han var med men han tilltalade inte mig på åtta timmar. [...] jag skulle liksom straffas genom någon slags tystnad. Så han var fysiskt där men han var ju absolut inte delaktig i något, han satt på en stol i ett hörn och läste en bok i typ i åtta timmar.

- Klara

Som vi tidigare nämnt genomförde Klara en abort med en partner som hon upplevde hade velat fortsätta graviditeten men där hon själv tydligt ville genomföra en abort. Eftersom han inte ville göra abort uppfattade Klara det som ett straff i att hon inte fick det stöd hon behövde. Tidigare forskning visar att partnern tycker att det är kvinnans val att göra abort men att detta speciellt handlar om i de fall han håller med henne i beslutet (Sharp, Richter och Rutherford 2014). Klaras partner godkände inte hennes val och konsekvensen blev att hans stöd uteblev. Det stöd kvinnor får verkar alltså påverkas av ifall partnern är enig i beslutet eller inte. Även Wilma upplevde detta, så här beskriver hon det:

Det var som att han frågade mer hur jag mådde och brydde sig mer efter jag hade bokat aborten, då blev det mycket lättare för honom att finnas där på något sätt.

- Wilma

I Wilmas fall var hon och hennes partner oeniga, Wilma ville fortsätta graviditeten medan hennes partner ville att hon skulle göra abort. Citatet visar att hans stöd ökade efter hon bokat tid för abort. I båda fallen ovan kan vi se att männen har satt sina egna känslor först och att det i sin tur har påverkat det stöd de kan ge till kvinnorna.

I andra fall där kvinnor har upplevt positivt stöd beskriver de bland annat känslan av att deras partner har satt sina egna känslor i andra hand. Josefine berättar om sin abort:

Han lägger bort dem [sina känslor] tills det är läge. Jag tror inte han släppte ut någonting av vad han själv kände där och då faktiskt. Utan var med mer och försökte. Det blev vår situation men han var med och ville hantera min situation. [...] Nu känns det ju som att det var något som vi gick igenom tillsammans, även om det var min kropp som gick igenom det. Psykiskt var det mycket vi som gick igenom det ihop.

- Josefine

Josefine kände instinktivt att hon ville göra abort och berättar att hennes partner inte visade några känslor kring vad han ville, utan lät hennes känslor komma först. Det bidrog för henne till en känsla av gemenskap, att en abort kan vara något man går igenom tillsammans. Tidigare studier visar att abort i dessa fall sällan påverkar relationen negativt i längden (Brauer et al. 2019). Vi kan givetvis inte veta vad partnern själv hade för önskan men vi kan se att han var där för henne och gav henne stöd vilket för henne bidrog till att abortprocessen inte upplevdes som lika påfrestande. Detta är en upplevelse även Ester delar:

Han försvann lite in i bakgrunden där, han lät allt handla om mig verkligen. Jag uppfattade inte att han mådde dåligt heller, men kanske att han tänkte lite på det, sen har han säkert lekt med tanken på hur det hade kunnat vara möjligen.

- Ester

Ester var också bestämd i sitt val av abort och hon visste sen innan att beslutet var något hennes partner skulle dela då han tidigare uttryckt att han inte var säker på om han ville ha barn överhuvudtaget. Hon uttrycker att hon inte uppfattar att han mådde dåligt men att han lät hennes känslor komma först. *Stress och coping-perspektivet* förklarar att det stöd som ges påverkar hur pass svår en person upplever en påfrestande situation. Enligt perspektivet påverkar stödet våra copingmekanismer, alltså de strategier vi använder oss av att för att hantera svåra situationer (Lakey & Cohen 2000). Det finns anledning att anta att kvinnorna i ovanstående citat upplevde beslutet om abort som mindre känslomässigt påfrestande eftersom de fick stöd från sin partner. Nedanstående citat bekräftar detta antagande. Ester berättar sedan om den positiva inverkan det gjorde på relationen:

För mig, jag tror att det här avgjorde allt för vår relation, jag är inte säker på att vi skulle varit ihop idag [...] jag har svårt att släppa in folk och det här tvingade ju mig att släppa in honom. Han är så otroligt omhändertagande och mjuk som person så han fick komma till sin rätt och jag vågade lita på honom.

- Ester

Citatet visar att vilket stöd som ges till kvinnor, vilket samspel de har sinsemellan och hur kvinnor upplever stödet från sina partners kan påverka hela relationen. Det visar att hanteringen av en abort kan vara avgörande för en fortsatt relation. Ester och hennes partner hade bara varit tillsammans i några månader när hon blev gravid och genom att han gav henne det stöd hon behövde, samt att hon vågade släppa in honom i den situation hon befann sig i var avgörande för en fortsatt relation. Det bidrog till en tillit till hennes partner, vilket var något flera kvinnor som hade positiva upplevelser av partners stöd berättade. Lakey och Cohen (2000) menar att

det som krävs för att få behoven tillgodosedda är att stödet matchar de förväntningar vi har av stöd. I vissa fall kan vi se att kvinnor har fått stöd, men inte på det sätt de själva önskat. Många partners var närvarande rent fysiskt och hjälpte till praktiskt under själva aborten men hade svårare att vara där för kvinnorna på ett emotionellt plan. De kvinnor som inte fick det emotionella stödet de ville ha ledde till känslor av besvikelse.

Jag var nog väldigt besviken, han var inte alls det stödet jag hade behövt och det var inte en självklarhet riktigt att han frågade hur jag mådde och hur jag kände. Det var inte så att vi resonerade om det ihop utan det var såhär: “ja, men vi har ju sagt att vi skulle göra abort om du blev gravid”. Det är ju så, det stämmer ju, men det är ju ändå en helt annan situation när man väl hamnar i den. [...] jag förstår det också för att han behöver inte känna, det är inte hans kropp. Han behöver inte gå igenom någonting av de här kroppsliga grejerna som sker i kroppen och jag förstår att han resonerar som att det bara är att göra. Men ja, jag är jättebesviken.

- Erika

Erika var beslutsam i sitt val och berättar att hennes partner inte var emotionellt tillgänglig för henne i abortprocessen. Det gjorde henne besviken och hon ser detta som en oförståelse hos hennes partner. Hon, och flera andra kvinnor, hade diskuterat abort på ett ganska lättsamt sätt innan de blev gravida vilket sedan ändrades i situationen. Det finns skillnader kopplat till kön och de förväntningar som finns på män och kvinnor i denna aspekt (Björn & Hedenus 2015). Enligt våra intervjuer uppger kvinnorna att deras partner tycks ha svårt att förstå hur det är att vara kvinnor. Med Mois begrepp “*den levda kroppen*” kan vi förstå detta vidare. Begreppet innebär att det biologiska könet påverkar förutsättningarna och förståelsen för hur det är att vara gravid både i biologisk och social mening (Essevald & Mulinari 2015). Ida berättar om liknande känslor:

Han fattade inte riktigt den känslan, den fysiska känslan och det obehaget. Jag tror att jag försökte förklara: “du måste lyssna nu, du måste förstå att det är det här jag går igenom” och att han inte riktigt greppade det.

- Ida

Utifrån citatet och de resultat vi har fått verkar kvinnor uppleva att män inte kan relatera till deras känslor kring något de inte har eller erfar, som den kvinnliga kroppen. I citatet ovan berättar Ida att trots att hon försökte kommunicera och förklara hur hon upplevde fanns det ändå en oförståelse kring det hos sin partner. Wasshede, Wettergren och Jonsson (2015) skriver att det inom emotionsforskning kopplat till kön finns en ojämnt fördelad uppgift kring att hantera andras känslor där kvinnor förväntas hantera sina egna känslor, mäns känslor och sina barns känslor. Män har inte samma förväntningar på sig att hantera kvinnors känslor i allmänhet och detta blir påtagligt i den påfrestande situation som en abort kan innebära. Denna okunskap om att leva i en kvinnligt kodad kropp kan i vissa fall skapa en känsla av orättvisa hos kvinnor. De menar att trots att båda parter har bidragit till graviditeten är det kvinnan som måste gå igenom den kroppsliga och mentala påfrestning som det kan innebära att genomgå en abort. Astrid berättar följande:

Sen tror jag att jag kände lite att han kanske inte riktigt förstod dom känslorna som jag hade [...] att det var lite orättvist att vi hade lyckats göra mig gravid och så behöver jag ta hela smällen. Även om han var stöttande så tror jag att jag kände lite att han inte kan förstå att det här är en jobbig grej för mig, även om det här beslutet känns rätt är det svårt att förstå exakt hur jag känner i det här.

- Astrid

I citatet beskriver Astrid sina känslor kring beslutet att göra abort. I Astrids fall uppfattade hon att hennes partner hade velat fortsätta graviditeten men att hon själv tyckte det var för tidigt både i relationen och åldersmässigt. Vid en abort är det kvinnan som blir ytterst ansvarig då det är hennes kropp som påverkas av graviditeten, detta i sig kan te sig som orättvist. Men det verkar också råda en känsla av orättvisa i ansvar för graviditeten. Tidigare forskning visar att män i teorin tycker att de är lika ansvariga för en graviditet men att de i praktiken överlämnar exempelvis ansvar för preventivmedel på kvinnan (Sharp, Richter & Rutherford 2014). Det är något flera kvinnor upplever som orättvist och där de önskar mer forskning av preventivmedel för män (Makenzius 2013).



Som vi tidigare nämnt påverkar det stöd som kvinnor får av sin partner i en abortprocess den gemensamma relationen till stor del där de som fått bra stöd, eller förväntat stöd blir stärkta i sina relationer, precis som tidigare studier visar (jfr. Nyboe Petersen et al. 2018). De som inte har fått det stöd som matchar deras behov eller förväntningar kan leda till negativa effekter i relationen och kan till och med avsluta den, vilket var något flera kvinnor berättade. Även hur relationen ser ut innan en abort kan påverka det stöd som ges men också att det stöd man får påverkar relationen i olika riktningar. Enligt *stress och coping-perspektivet* beskrivs det att tron på att stöd finns tillgängligt när det behövs kan göra att coping-strategier sätts igång hos människor och minskar en negativ påverkan (Lakey & Cohen 2000). Tron på att stöd finns nära till hands kan hjälpa en man när kvinnor inte får det stöd de förväntar sig kan det, som sagt, få dem att omvärdera relationen. Johanna berättar att hon blev förvånad över sin partners reaktion då han tenderade att fokusera på praktiska aspekter medan hon hade förväntat sig en emotionell respons:

Och då blev jag lite förvånad och så blev jag lite besviken på honom och tänkte att såhär: men gud, det här är inte samma person som han har utgett sig för att vara, tänkte jag.

- Johanna

Citatet visar en förvåning och besvikelse i hur hennes partner reagerade och inte var där för henne som hon önskade. Efter en tid kunde dock relationen fortsätta som vanligt och Johanna berättade att de har en god relation nu. Det verkar dock som att de flesta kvinnor var medvetna om vilket stöd som fanns tillgängligt redan innan de blev gravida genom det stöd de hade fått i andra situationer i relationen. Wilma beskriver hur hennes relation såg ut:

Vi hade en väldigt destruktiv relation i sig så att han var inte ett bra stöd överhuvudtaget för att det hade han aldrig varit innan heller. Jag tror att jag också hade väldigt låga förväntningar på att han skulle ställa upp. [...] Han var inte speciellt närvarande när jag blev gravid, han började jobba väldigt mycket och var mycket med sina vänner och sen efter [aborten] jobbade han också väldigt mycket, men han försökte väl finnas där. Jag har inte haft

sådär jättehöga krav på honom, utan det var så vår relation såg ut.

- Wilma

Citatet visar att det stöd som finns att tillgå i en relation påverkas av hur relationen ser ut i övrigt. Wilma berättar att hon och hennes partner hade en destruktiv relation där han inte var så närvarande generellt och att det påverkade det stöd hon fick av honom. Men det påverkade också förväntningarna från Wilmas sida genom att hennes krav på stöd var lågt från början. Wilma och flera andra kvinnors upplevelser av partnerstöd möter inte alltid det stöd som de förväntar sig att få. Vad kvinnorna istället hade önskat för partnersstöd och vilken typ av stöd som varit positivt går vi vidare in på i nästa avsnitt.

### **5.3 Önskat partnerstöd**

Partners stöd under en abort är viktig för kvinnor och kan till och med vara avgörande för en fortsatt relation. I stöd från partners är kvinnorna relativt samstämmiga i hur de vill bli bemötta. Samtliga kvinnor vill bli bemötta med respekt för sitt val. Många kvinnor berättar att de fått en annan bild av vad det innebär att göra en abort efter de har gått igenom det själva och att deras egna uppfattningar kring abortfrågan har stärkts. Vi ser att kvinnor är olika och vill ha olika typer av stöd från sin partner. Kvinnorna tycker att män och partners behöver vara lyhörda inför den gravida personens behov. Josefine berättar:

Jag ville inte ha nån som var för mycket, som skulle sitta och prata med mig. Jag ville bara ha nån som sa: "vill du ha ett glas vatten?". Men jag tror att det säkert är jätteindividuellt, vissa kanske känner att dom behöver vara själva. Man behöver ha någon som lyssnar på vad man har för behov. Nån som kan känna av och känna in, som ställer sina egna behov utanför det. [...] Går man som partner in med tanken att man själv har någon agenda, några rättigheter eller att den som ska genomföra aborten har några skyldigheter till sin partner tror jag att det kan bli jättefel.

- Josefine

När Josefine gjorde en abort önskade hon framförallt en partner som var närvarande rent fysiskt och satte sina behov i andra hand. Men hon kan också se att kvinnor

kan vara olika och att partnern behöver lyssna in den gravida kvinnans behov. Lyhörddhet och närvaro verkar bidra till ett slags emotionellt stöd där kvinnan sätts först. Lakey (2013) menar att olika typer av stöd behövs i olika situationer där ett problemlösande stöd kan vara viktigt i s.k. kontrollerade situationer, det vill säga, där det finns ett problem att lösa, medan emotionellt stöd är viktigare i okontrollerade situationer som inte går att påverka rent praktiskt. Utifrån detta kan ett emotionellt stöd te sig som viktigare i en abortprocess, vilket även är vad våra resultat visar.

Flera kvinnor önskade att deras partner hade varit mer känslosamma kring att det var jobbigt för dem med och upplevde sina partners som kalla och oförstående kring situationen. Bland annat berättar Erika på en fråga om vilket stöd hon ville ha följande:

Mer känslomässigt engagemang tror jag, att han hade visat lite känslor också. Typ att jag hade sett på honom att han också tyckte det var jobbigt. Delad misär liksom.

- Erika

Citatet visar att Erika ville att hennes partner skulle visa ett större känslomässigt engagemang gentemot henne. I de kulturella föreställningar som finns om män och kvinnor ska män vara starka, inte visa sig sårbara eller visa för mycket känslor (Bengs & Wiklund 2015). Vi ser att det sociala skapandet av *kön* blir problematiskt både för män och för kvinnor. Män håller å ena sidan sina känslor inombords i tron om att ses som starka medan kvinnor å andra sidan verkar önska mer sårbarhet hos sina partners så länge deras känslor inte tar över kvinnans känslor, vill säga.

Vissa kvinnor önskade praktiskt stöd i form av informationshämtande, hjälp med att boka tid för abort eller att erbjuda sig att följa med till läkaren. Kopplat till *kön* menar Bengs och Wiklund (2015) att ansvar för hälsa är något som ses som kvinnligt och att män i lägre grad tar hjälp eller stöd från andra. En tidigare studie visar dessutom att majoriteten av män i studien har uppfattningen att kvinnor klarar informationshämtande på egen hand (Nguyen et al. 2018). Klara beskriver sin syn på ansvar i en abortprocess:

Jag tror det är viktigt att ta ansvar över information båda två. I alla fall när man är i kontakt med vården och om man går igenom någonting själv, att man behöver extra två öron. För jag var ju mycket: "vänta vad sa dem? Vad har vi bestämt?". Någon som också tar ansvar för det praktiska informationshämtrandet kanske. Det hade jag nog tyckt varit väldigt skönt, någon som också bara har de extra ögonen och hjärnan med sig. Att man kan känna att man gör det här tillsammans så mycket som möjligt.

- Klara

I citatet berättar Klara att hon önskade att hennes partner tog mer ansvar för situationen. Ett tema som vi uppfattade i våra intervjuer var just en önskan om ett större ansvarstagande från män, flera kvinnor menade att graviditeten är ett gemensamt ansvar och bör därför lösas tillsammans. Det fanns, som vi tidigare nämnt, en känsla av orättvisa hos dessa kvinnor för att det är dem som behöver gå igenom den kroppsliga påfrestning som det innebär att genomföra en abort. Klara hade velat att partnern skulle ta ett större praktiskt ansvar medan andra kvinnor önskade mer emotionellt stöd och en slags kompensation gentemot känslan av orättvisa, i form av ökat stöd och omtanke. Det har framkommit att kvinnor behöver stöd från sin partner både innan beslutet har tagits, genom abortproceduren och eftervård efter abort. Ida berättar om hennes upplevelse:

Det gjorde ändå djupa spår efteråt. Du tog inget ansvar innan, du var där fysiskt visst under tiden, men det var jag som fick göra jobbet. Sen efteråt när man går runt och blöder och har ont och har ändå gjort den här för kroppen traumatiska grejen även om man inte tycker [det var] psykologiskt traumatiskt så var det ändå som att diskussionen hamnade inte där. Jag var tvungen att hela tiden påminna, det här pågår fortfarande för mig [...] nu går jag runt och blöder här i 11 dagar, kan inte du göra någonting som känns som att det väger upp, för nu har jag behövt göra det här.

- Ida

Citatet visar att Idas partner var fysiskt närvarande under aborten men att det saknades en förståelse både för tiden innan och tiden efteråt. Eftersom många kvinnor kan få både fysiska och psykiska efterverkningar efter en abort är det flera

som beskriver att de vill att deras partner ska vara där för dem även då. Denna upplevelse delade även fler kvinnor. Kvinnorna betonar vikten av att stöd sker under hela abortprocessen och inte bara under aborten för att öka deras upplevelse av stöd från sin partner. Inom *Social support theory* bör stödet matcha de förväntningar som finns hos den andra personen för att minska svåra känslor kring stressfyllda situationer (Lakey, 2013). De stödfunktioner som vi utgår från är i första hand utifrån partnern, den andra stödfunktionen är kvinnosjukvården. Vidare går vi in på vad kvinnorna själva har upplevt i förhållande till kvinnosjukvården.

#### **5.4 Kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården**

Utifrån de berättelser vi har fått ta del av har de flesta kvinnor genomgått medicinsk abort i hemmet, en har gjort medicinsk abort på sjukhus, en har gjort kirurgisk abort och en har gjort både en medicinsk och en kirurgisk abort. En central del i kvinnornas berättelser av deras abortprocess är deras uppfattning av kvinnosjukvårdens bemötande. Wilma som genomgått två aborter upplevde komplikationer efter hennes första abort, en medicinsk, och fick åka till sjukhuset ett flertal gånger för att få hjälp. Wilma berättar:

Min mamma var med mig en gång på akuten och hon frågade personalen, ”ska det gå till så här? Får det verkligen vara så här?” Och dom sa själva att: “nej, det ska inte vara så här svårt att göra abort, det ska inte gå så här snett”. Jag vet också att ena läkaren där påpekade att jag såg ut att må väldigt dåligt men ändå var det ingen som erbjöd mig någon att prata med.

- Wilma

Wilma beskriver en situation där hon fick stora komplikationer under aborten och därför blev det medicinska centralt för att hjälpa henne. Hon mådde psykiskt dåligt vilket läkaren noterade men ändå erbjöds hon inget samtalsstöd. Av de åtta kvinnor vi intervjuade var det flera av dem som berättade att de inte blev erbjudna stödsamtal någon gång, varken innan eller efter aborten. Bland annat uttrycker Astrid en önskan om det då hon upplevde att hennes partner inte riktigt förstod hennes känslor:

Det hade nog varit skönt för att det känns som att han inte riktigt förstod de känslorna. Om jag hade kunnat prata om det med någon annan utomstående, det hade ju varit bra. Det hade varit fint att få frågan, “vill du prata med någon, hur känns det liksom”.

- Astrid

Enligt abortlagens 6§ och 8§ ska alla kvinnor som genomgår abort erbjudas samtalsstöd både före och efter en abort (SFS 1974:595). Det är en rättighet kvinnor har för att värna om den känslomässiga aspekten för deras hälsa inom abortvården. I Astrids och Wilmas fall i citaten ovan hade de önskat att bli erbjudna stödsamtal och den önskan är vården skyldig enligt lag att bistå med.

Tidigare forskning visar att många kvinnor upplever att det i vårdens bemötande främst är fokus på det medicinska och fysiska, men inte de känslomässiga aspekterna. Vissa kvinnor kan föredra en neutral inställning medan andra kvinnor upplever att den typen av inställning inte uppfyller deras emotionella behov av stöd. Kvinnor önskar olika typer av bemötande från vården men främst mer emotionellt stöd (Stålhandske, Ekstrand & Tydén 2011). De kvinnor vi har pratat med tycker det är viktigt att bli erbjudna stödsamtal även om de ibland tackar nej till det. Det överensstämmer med tidigare forskning som visar att kvinnor som har genomgått abort värderar att bli tillfrågade om samtalsstöd. Dock uppgav flera kvinnor i studien att de hade tackat nej även om de i efterhand förstod att stöd egentligen var nödvändigt för dem (ibid.).

I ett möte med en barnmorska blev Josefine erbjuden stödsamtal men tackade nej. Genom att erbjuda stödsamtal följde barnmorskan den lagliga rätt som kvinnor ska ha. Josefine upplevde dock i bemötandet att barnmorskan antog att hon kände på ett visst sätt:

Jag hade vart där och gjort undersökningar och pratat med barnmorska. Hon var väldigt snäll och trevlig [och sa] “du har gjort allting rätt och du har haft spiral, du ska inte må dåligt över det här”. Att göra abort hade jag inga samvets kval över överhuvudtaget, så det blev också en konstig situation när hon liksom: “du ska inte må dåligt över att du gör abort”.

- Josefine

Tidigare forskning visar att kvinnor som ska genomgå abort och söker sig till vården upplever oftast vårdens bemötande som neutralt, rationellt och effektivt, vilket vissa kvinnor upplever som positivt då de inte känner sig skuldbelagda. Andra kvinnor efterfrågar mer emotionellt stöd (Stålhandske, Ekstrand & Tydén 2011). Även om emotionellt stöd efterfrågas, verkar balansgången handla om lyhördhet för olika känslor för att förhindra antagandet om att man känner på ett visst sätt när man genomgår en abort. Även om Josefine inte kände skam eller skuld över att göra abort kan barnmorskans bemötande indikera på ett antagande om att hon mår dåligt över aborten, vilket inte nödvändigtvis behöver stämma för alla kvinnor. Dessutom verkar det ses som mindre skamligt från barnmorskans sida att bli gravid med preventivmedel. Kvinnor ses ofta som mer omsorgstagande och de förväntas ta större ansvar för den egna kroppen (Bengs & Wiklund 2015). Citatet visar att barnmorskan möjligen ansåg att Josefine tagit ansvar över sin kropp eftersom hon använt preventivmedel och då inte behöver känna skam över aborten eftersom hon har "gjort rätt för sig". Det kan skapa en uppfattning att Josefine handlat rätt för att hon uppfyller den, enligt barnmorskan, stereotypa bild av en kvinna som tar ansvar för sig själv och därför har hon rätt att inte behöva må dåligt.

Flera av de kvinnor som vi intervjuat beskriver en orättvisa i att aspekter inom abortvården inte tillgodoses på det sättet de önskar. Klara beskriver hur det var när hon bokade tid för abort i graviditetsvecka fyra:

Jag var typ i vecka fyra... Vilket innebar att jag inte prioriterades och det här är verkligen i efterhand helt sinnessjukt men jag gick ju och väntade på tiden i fyra veckor till. [...] Du vet, man bara går med på saker för att man vet inte hur det går till. Och sen fattade jag efter två veckor att nu ska jag gå i två veckor till och vara gravid.

- Klara

Klara beskrev perioden när hon väntade på att få göra abort som mycket påfrestande. Klara uttryckte att hon gick med på saker för att hon inte vet hur det ska gå till. Klara och flera kvinnor med henne upplevde tiden av väntan som svår och hade en önskan om att få göra abort i ett tidigare skede. Eftersom abort ses som en kvinnofråga kanske kvinnovården inte alltid prioriteras eller ges resurser, vilket

också tidigare forskning visar (jfr. SKL 2014). Trots lång väntetid upplevde Klara att hon fick ett bra bemötande vid tidpunkten för abort:

Det var jättefint, jag tyckte det fungerade jättebra på kliniken. Hon var jättefin och förklarade att det här kommer hända: "Det finns dom här alternativen av smärtlindring för dig, vi tror det kommer ta så här lång tid men det kan också ta så här lång tid".

- Klara

Citatet visar att Klara tillslut fick ett gott bemötande. Många kvinnor berättade att de fick ett bra bemötande även om det på många sätt var neutralt. Så har det dock inte varit för alla. Wilma, som har genomgått två aborter blev inte erbjuden samtalsstöd någon av gångerna och blev dessutom bemött på ett skuldbeläggande sätt:

Barnmorskan var väldigt så där att hon skyllde allting på mig, att det var jag som hade slarvat och blivit gravid. [...] Det kändes nästan som att hon var arg på mig i hela samtalet och dom brukar ju fråga om man vill titta på ultraljudet och första gången så valde jag att titta på det och andra gången frågade dom inte, då tänkte jag, för jag vill ändå inte se [...] men då bara hör jag hur hon printar ut bilderna och sen samtidigt som hon sitter med formuläret, på hur jag skulle göra innan operationen, lägger hon också upp ultraljudsbilderna bredvid. Den hade ju liksom ett huvud, man kunde ju se att det var någon form av varelse.

- Wilma

I citatet beskriver Wilma sin upplevelse av att barnmorskan var arg på henne och skrev ut ultraljudsbilderna och la fram dem på bordet för Wilma att se. Det går att anta att kvinnor som blivit gravida utan preventivmedel kan ses som slarviga, vilket inte ska spela någon roll med tanke på att aborträtten är något kvinnor har rätt till oavsett anledning. Oavsett anledningen till barnmorskans negativa attityd gentemot Wilma är vårdpersonalens bemötande viktigt för att kvinnor ska få det stöd de behöver. I ett tidigare citat beskriver Josefine en attityd där barnmorskan menade att hon inte skulle känna skuld över aborten för att hon hade använt preventivmedel



och i jämförelse med Wilmas citat kan det finnas en tendens i bemötandet av vården att de kvinnor som blivit gravida utan preventivmedel bör känna skuld kring graviditeten. Den situationen som Wilma befann sig i är otroligt utsatt och känslig och därför är det viktigt att personalen inom vården har ett gott bemötande utan en dömande attityd. Tidigare forskning visar dessutom att ansvar för att förhindra graviditet är något som även bör läggas på män och att vården bör subventionera för preventivmedel (Makenzius et al. 2013).

De flesta kvinnor vi har intervjuat har genomgått medicinsk abort i hemmet. Att göra en hemabort kändes för vissa kvinnor bra och tryggt medan andra inte var beredda på den påfrestning som det innebar för dem. Vid en hemabort är det viktigt att ha stöd från någon nära vilket Ester reflekterar över:

Du blir hemskickad med de här pillrena och när jag får höra om personer som inte har haft en partner eller [inte] haft en deltagande partner och fått göra det här själva, då blir jag helt, hur är det möjligt, jag hade inte kunnat göra det. Man är så utsatt.

- Ester

Ester beskriver hur viktigt det var för henne att ha en partner som var med henne under aborten och omöjligheten kring ifall hon inte haft det. Från kvinnosjukvårdens sida är det omöjligt att veta ifall kvinnor har det stöd de behöver när de gör det själva vilket kan sätta kvinnor i en utsatt position. Att inte ha en partner eller en närstående som ger stöd under en abort när man är hemma utan vårdens hjälp kan vara svårt. Vissa av våra respondenter upplevde det som en trygghet att få vara hemma medan andra beskrev en känsla av att bli utelämnad. Vid hemabort ges dock ett nummer som kan ringas vid behov. Här är Wilmas upplevelse när hon ringde vårdkontakten:

Jag fick ringa flera gånger och berättar sen då när dom svarar [om] min situation och hon svarar: "du behöver ju inte vara rädd för att föda något barn i alla fall". Och jag tänkte att nej, det är väl det sista jag oroar mig för just nu [...] det känns som att jag pratade med nån som inte ens var sjukvårdspersonal, hon svarade knappt.

- Wilma

Tidigare forskning visar att det finns ett stort behov av stöd från vårdens sida (Stålhandske, Ekstrand & Tydén 2011). Att vara i en så pass utsatt situation, oavsett om det finns en partner som ger stöd eller inte kan vara påfrestande, speciellt när kontakten med vården inte fungerar som den ska och inte kan vägleda en varken medicinskt eller emotionellt. Citatet visar att Wilma upplevde en okunskap från vårdens sida genom att hon inte fick svar på sina frågor. Det kan bidra till en frustration och en rädsla för kvinnor kring att göra abort i hemmet. Klara valde att göra en medicinsk abort på sjukhuset vilket hon upplevde som positivt:

Jag är en person som har en stor trygghet till vården. Det finns ju dom som känner exakt tvärtemot, vilket gör att det är jättebra att det finns ett alternativ att göra det hemma. Jag ville aldrig göra det hemma för att jag kände att... jag ville liksom inte. Dels så vill jag känna mig trygg och att det ska finnas hjälp att få och sen vill jag lämna det där när jag åker hem liksom. Jag vill inte se min soffa eller... det här, jag får lämna det där.

- Klara

I Klaras situation kände hon en trygghet inför att få genomföra aborten på sjukhuset med den vård som finns att tillgå på plats, dessutom upplevde hon att hon inte vill förknippa hemmet med den påfrestning som det kan innebära att gå igenom en abort. Kvinnor vill ha olika saker, men att de vill känna sig trygga och ha stöd från vårdpersonal verkar vara av stor vikt för kvinnorna. *Copingteorin* handlar om hur vi hanterar psykologisk stress utifrån både inre och yttre faktorer (Brattberg 2008). Hur vi hanterar och minskar känslor av dessa faktorer utgår från olika copingstrategier. Kvinnorna hade olika copingstrategier för att bemästra och hantera abortprocessen. Flera använde sig av *emotionsfokuserad coping* vilka är strategier som innefattar att söka stöd från andra (Snyder 1999). När kvinnorna däremot inte fick det stöd som matchar förväntningarna upplevde de situationen som svårare och mer påfrestande (jfr. Lakey & Cohen 2000). Utifrån våra resultat har det stöd eller icke-stöd kvinnorna fått haft en psykisk påverkan på deras upplevelser både från kvinnosjukvården och från partners.

## 6. Slutdiskussion

Syftet med studien var att undersöka vilken betydelse partnern tilldelas när gravida kvinnor ställs inför beslutet att göra abort. Vi ville också undersöka hur kvinnors möte med kvinnosjukvården ser ut under en abortprocess. Vi använde oss av kvalitativ intervju metod och började vår studie genom att söka respondenter från tre stora kvinnoseparatistiska forum på Facebook. Slutligen var det åtta kvinnor som intervjuades. Därefter har vi tematiserat och analyserat vår data med hjälp av tidigare forskning, begreppet *självbestämmande*, *feministiska perspektiv*,  *copingteori* och *social support theory*.

### 6.1 Slutsatser

Utifrån våra intervjuer och analys har vi fått resultat som svarar på våra frågeställningar. När det kommer till vilka faktorer som påverkar kvinnors rätt att själva bestämma över sina kroppar i relation till partners inflytande är kvinnornas rätt att själva bestämma mycket starkt oavsett partners åsikt. Alla kvinnor tog ett beslut utifrån sig själva förutom en kvinna som upplevde hot och påtryckningar, och inte kan ses som att hon hade möjlighet att ta ett eget beslut. I det fallet visste hon att hon hade velat behålla barnet vilket visar att även i de fall påtryckningar sker vet kvinnor vad de vill. De faktorer som påverkar kvinnorna handlar alltså i denna studien i enbart ett fall, om hot och starka påtryckningar. I övrigt kan vi se att i de fall där partnern har haft andra åsikter om beslutet än kvinnorna själva har det påverkat kvinnor på så sätt att de gjort det svårare för dem att ta ett beslut samt att det har påverkat dem känslomässigt och relationsmässigt men att det inte ändrat deras beslut.

Hur kvinnor upplevde deras partners stöd i en abortprocess har visat sig skilja åt väsentligt. Vissa kvinnor upplevde tillfredsställande stöd och upplevde därmed situationen som mindre påfrestande och i de fall blev relationen ofta stärkt. Det stöd kvinnor såg som positivt var när deras partner utgick från kvinnornas känslor och lät sina egna känslor komma i andra hand. Fler positiva upplevelser handlade om de fall där kvinnor upplevde att aborten var ett gemensamt ansvar och att de tillsammans tog sig igenom den. Andra kvinnor fick inte det stöd de behövde vilket gjorde att de upplevde hela situationen som psykiskt påfrestande och ledde till

känslor av besvikelse. Kvinnorna kunde i dessa fall ifrågasätta relationen och det ledde ofta till psykiska påföljder för dem. I några fall ledde det också till att relationen tog slut. Kvinnorna upplevde att det bland annat verkar saknas en förståelse hos vissa partners för det dem gick igenom, och en oförståelse för den kroppsliga och i vissa fall, känslomässiga påfrestning som det innebar för dem.

Hur kvinnorna önskade att bli bemötta av sin partner var relativt samstämmigt. Samtliga kvinnor vill bli bemötta med respekt för det val de var tvungna att ta. Flera kvinnor påpekade vikten av lyhördhet hos deras partners, att männen kunde lyssna till vilket individuellt stöd de önskade. De allra flesta kvinnor ville att deras partners skulle visa ett stort känslomässigt engagemang, där de samtidigt som de sätter kvinnors behov först också visar egna känslor kring situationen. Även om det emotionella stöd som ges är av största vikt visar resultaten att praktiskt stöd också är viktigt och att hänsyn bör tas till kvinnor under hela abortprocessen både innan, under aborten och efteråt. Kvinnor önskade också att män tar större ansvar för den gemensamma situation de satt sig i både praktiskt och känslomässigt.

Kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården har varit ganska blandade. Vissa kvinnor har känt sig skuldbelagda utifrån deras val, eller anledningen till att de blivit gravida. Flera kvinnor blev inte erbjudna samtalsstöd varken innan eller efter aborten vilket är något som de enligt lag ska bli. Det fanns ofta blandade känslor kring aborten och kvinnorna hade velat bli erbjudna samtalsstöd även om de inte alltid hade tackat ja till det. Flera kvinnor ifrågasatte kvinnosjukvården där de bland annat fick vänta flera veckor innan de fick tid för abort. Flera ifrågasatte dessutom medicinsk abort i hemmet i sig där de tryckte på vikten av att ha någon nära med sig samt den kroppsliga påfrestning som i många fall var större än de trodde. Det fanns även positiva upplevelser från vården där kvinnorna bemöttes med empati och förståelse, vilket var något de upplevde som positivt.

## **6.2 Diskussion**

Vi blev minst sagt förvånade över det olyckliga i att flera kvinnor beskriver att de inte blivit erbjudna stödsamtal trots att vården enligt lag ska erbjuda kvinnor stödsamtal både innan och efter en abort (SFS 1974:595). Vi vet att kvinnor i vissa fall får en broschyr när de genomgår abort där det står kontaktuppgifter till kurator

och en egen tolkning kan vara att kvinnorna missat det eller inte fått en broschyr. Vi funderar dock över lagens ord "erbjudna", om det innebär att ett nummer på en broschyr kan ses som tillräckligt, eller om det handlar om brister i information från vårdens sida. Oavsett ser vi att vården behöver bli bättre på att informera om rätten till stödsamtal för att upprätthålla lagens bestämmelser och ge stöd till kvinnor som behöver det. Tidigare forskning visar att kvinnor värderar högt att bli erbjudna stödsamtal (Stålhandske, Ekstrand & Tydén 2011). En kvinna i vår studie nämnde att hon uppfattade att eftersom det i hennes fall inte fanns en ambivalens i beslutet upplevdes hon inte behöva samtal. Om det från vårdens sida uppfattas så kan vi utifrån de kvinnor vi pratat med säga att så inte är fallet. Kvinnor oavsett ambivalens verkar ha ett stort behov att prata med någon, eller iallafall bli erbjudna stödsamtal, och vi ser det som mycket problematiskt att de inte blivit det. Att få prata med en utomstående om situationen ter sig viktigt för kvinnorna och är en del av det sociala stöd som kvinnor ska erbjudas och en copingstrategi som är användbar för att minska psykisk stress.

Något vi fann intressant var att de kvinnor som fått det stöd de ville ha inte upplevdes ha samma behov av att prata om det, vilket möjligtvis kan bidra till att vi fått en relativt stor del negativa upplevelser av stöd från både partners och vården. Ett annat viktigt fynd som framkom var hur viktigt det är att partnern är där under hela processen, inte bara under aborten, vilket är något vi tror vården kan ha stor nytta av att identifiera och vägleda män vars partners genomgår abort.

Att relationen påverkas av en abort var något vi fann som en stor del. Kvinnor berättade att de som fått gott eller förväntad stöd från sin partner upplevde hela situationen som mindre påfrestande och kom vidare efter aborten utan större men. Vi tror att vården bör uppmärksamma detta genom att involvera partnern mer i vården och vägleda dem i hur de kan ge bästa möjliga stöd till sin partner. Vi tror att även exempelvis familjebehandlare kan ha nytta av denna information. Tidigare forskning visar att män gärna vill vara delaktiga i en abortprocess, men att både män och kvinnor kan uppleva svårigheter i delaktigheten då de uppfattar att kvinnosjukvården oftast bara centreras till kvinnan och vården bör därmed ha som utgångsläge att männen ofta är ett betydande stöd för kvinnan (Makenzius et. al 2013).

Ett förslag från vår sida kan vara muntlig information, inte bara kvinnan utan också partnern från förslagsvis kuratorer eller annan vårdpersonal. I vissa fall tilldelas kvinnor en informativ broschyr från barnmorskan där det står om vilken typ av abort de ska genomgå och kontaktuppgifter till kurator samt vårdpersonal. Ett annat förslag kan vara att också partnern, alternativt båda personerna i partnerrelationen tillsammans får en broschyr med bland annat information om liknande av det som framkommit i vårt resultat. Nämligen vikten av lyhördhet, kommunikation, gemenskap, gemensamt ansvarstagande och stöd under abortprocessens alla delar. Förslagsvis även vanliga känslor som kan uppkomma hos partnern själv och kvinnan vid abort och kontaktuppgifter till kuratorer inom kvinnosjukvården där det framgår att partnern också kan få stöd. Detta skulle i förlängningen, förhoppningsvis, kunna bidra till en hjälpsam hand och underlätta de tidigare nämnda faktorer som är viktiga i samspelet mellan partnern och den person som genomgår aborten. Tidigare forskning visar dessutom att män tenderar att inte söka vård i lika stor utsträckning som kvinnor (Smirthwaite, Tengelin & Borrmann 2014). Broschyren skulle förhoppningsvis kunna bidra till en uppmuntran till män att söka vård för sig själva men också för att öka förståelsen för kvinnors situation.

### **6.3 Förslag till vidare forskning**

Vidare ser vi ett behov av forskning av hur män upplever sin egen delaktighet och vad de behöver för att ge det stöd som krävs till deras gravida partner. Vi anser också att det är viktigt att forska vidare kring anledningar till varför inte kvinnor erbjuds det stöd de har rätt till för att kunna förändra detta. Av bemötande inom kvinnosjukvården ser vi ett behov att utforska hur detta ser ut och hur den kan förbättras. Vi ser dessutom att vår studie hade varit gynnsam att utöka för att höra fler kvinnors berättelser av deras abortprocess för att få en större bild av vad kvinnor behöver som i sin tur kan hjälpa kvinnosjukvårdens utformning både till kvinnor och till deras partners. Slutligen ser vi att vidare forskning bör göras utifrån kvinnors upplevelser av medicinsk abort i hemmet eftersom flera kvinnor hade negativa upplevelser relaterat till det.

## Referenslista

- Bengs, C. & Wiklund, M. (2015). Kropp och hälsa. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O. (red.). *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Björk, S. & Hedenus, A. (2015). Inledning. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O. (red.). *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara – om coping*. Stockholm: Värkstaden.
- Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H. & van Nijnatten, C. (2019). 'Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands'. *Qualitative Health Research*, 29(8), ss. 1084–1095. doi: [10.1177/1049732318810435](https://doi.org/10.1177/1049732318810435).
- Bruno, L. (2015). Familj i välfärdsstaten. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O. (red.). *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Essevald, J. & Mulinari, D. (2015). Kön och genus som analytiska begrepp. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O. (red.) *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Hellström, L. (2006). Känslor och reaktioner hos abortsökande och personal. I Mattsson, L-Å. (red.). *Inducerad abort*. Elanders Tofters: Östervåla
- Jalali, M. (2013). Abort är och ska vara kvinnans val. *Dagens medicin*.  
<https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/abort-ar-och-ska-vara-kvinnans-val/>
- Jordansson, B., Allard K. & Björk, L. (2015). Arbete och arbetsorganisation. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O. (red.). *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB

- Kero, A. & Lalos, A. (2000). Ambivalence - a logical response to legal abortion: A prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21:2, 81-91, DOI: [10.3109/01674820009075613](https://doi.org/10.3109/01674820009075613)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2020). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lakey, B. (2013). Social Support Processes in Relationships. In *The Oxford Handbook of Close Relationships*. Oxford University Press, ss. The Oxford Handbook of Close Relationships, Chapter 032.
- Lakey, B. & Cohen., S. (2000). Social Support Theory and Measurement. I Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (red). *Social Support Measurement and Intervention : A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford University Press, Incorporated, Cary. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/lib/gu/detail.action?docID=430296#>
- Lalos, A. (2014). Socialt arbete och reproduktiv hälsa. I Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (Red.), *Socialt arbete i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention.(Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), pp.569–579. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x.
- Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12:2, 168-174, DOI: [10.1080/13625180701201178](https://doi.org/10.1080/13625180701201178)
- Nguyen, B.T., Hebert, L.E., Newton S.L & Gilliam M.L. (2018). Supporting Women at the Time of Abortion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 50(2), ss..75–83. DOI: [10.1363/psrh.12059](https://doi.org/10.1363/psrh.12059)
- Odlind, V. (2000). Internationella utblickar. I A.L Persson (red.). *Erfarenheter och egna val - en bok om abort*. Gothia AB: Stockholm



Pauen, M. & Roth, G. (2018). *Frihet, skuld, ansvar - Grunddrag i en naturalistisk teori om viljefrihet*. Göteborg: Daidalos AB.

Petersen, M.N., Jessen-Winge, C.M. & Møbjerg, A.C. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBISIRIR-2017-003344*. *JBISIRIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(7), pp.1537–1563 DOI: [10.11124/JBISIRIR-2017-003344](https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344)

Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU. (2017). *Abort - ditt eget val*. <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/graviditet-och-abort/abort-ditt-eget-val/> (Hämtad 2021-03-04)

SFS 1974:595 *Abortlag*.

<https://juno-nj-se.ezproxy.ub.gu.se/b/documents/911023?st=karnov&t=annotations>

Sharp, E., Richter, J. & Rutherford, A. (2015). "Um... I'm pregnant." young men's attitudes towards their role in abortion decision-making. *Sexuality Research & Social Policy*, 12(2), 155-162. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s13178-014-0166-5>

Snyder, C.R. (1999). *Coping – the psychology of what works*. Oxford: Oxford University Press.

Stålhandske, M.L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32:1, 35-41, DOI: 10.3109/0167482X.2010.545457

Svedmark, E. (2019). Att skydda individen från skada. En forskningsetisk balansakt. I: Kalman, H. & Lövgren, V. (red.). *Etiska dilemman : forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Andra upplagan, reviderad och utökad. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *(O)Jämställdhet i hälsa och vård*. Kombinera AB. <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:911376/FULLTEXT01.pdf>

Trost von Werner, A. (2000). Psykiska besvär. I A.L persson (red.). *Erfarenheter och egna val - en bok om abort*. Gothia AB: Stockholm

Utrikesdepartementet (1994). *Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet - Rapport för FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo 1994* (SOU 1994:37). Stockholm: Utrikesdepartementet.

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

Vängby, S. (2000). Svensk lagstiftning. I A.L Persson (red.). *Erfarenheter och egna val - en bok om abort*. Gothia AB: Stockholm

Wasshede C., Wettergren, Å. & Jonsson, A. (2015). Heteronormativitet och emotioner. I Hedenus, A., Björk, S. & Gréen Shmulyar, O (red.). *Feministiskt tänkande och sociologi - Teorier, begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur AB

## Bilagor

### 1. Informationsbrev

2021-03-01

Göteborg



## INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

### Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter på termin 6 vid Göteborgs universitet som skriver vår C-uppsats där syftet är att undersöka kvinnor som har gjort abort när de varit i en partnerrelation och deras upplevelser av partners delaktighet och stöttning under en abortprocess samt hur de upplever deras partners eventuella påverkan under beslutet.

Anledningen till att du får detta informationsbrev är för att vi vill genomföra en intervju med dig till vår studie. Intervjun kommer fokusera på ovanstående syfte och kommer ta ungefär 45–60 min. Intervjun kommer genomföras digitalt med anledning av Covid-19.

Vi vill informera om att denna intervju är **helt frivillig** och att du när som helst kan avbryta intervjun utan anledning. Ditt samtycke är för oss väldigt viktigt.

I studien kommer vi att anonymisera dig vilket innebär att ditt namn, ålder och liknande uppgifter inte kommer framkomma. Med det sagt går det aldrig helt och hållet att anonymisera personer eftersom vi eventuellt kommer använda oss av citat från dig som kan innebära att ditt sätt att uttrycka dig på kan komma att kännas igen.

Dina uppgifter kommer ges största möjliga konfidentialitet och förvaras på ett säkert sätt. Studien kommer inte att användas i något annat syfte än ramen för denna studie och den information vi får från dig kommer inte föras vidare till utomstående. Vid inspelning av intervjun kommer denna raderas efter studien är genomförd. När studien är slutförd kommer den ses som en offentlig handling,

vilket innebär att vem som helst kan begära ut den och läsa den.

Vi är **oerhört tacksamma** om du väljer att medverka i vår studie och vi kommer givetvis anpassa tid efter ditt önskemål. Har du några frågor eller funderingar får du mer än gärna höra av dig till oss.

Med vänliga hälsningar,

Linn Magnusson [gusmagliac@student.gu.se](mailto:gusmagliac@student.gu.se)

Emelie Ottosson [gusemelot@student.gu.se](mailto:gusemelot@student.gu.se)

Handledare: Ing-Marie Johansson [ing-marie.johansson@socwork.gu.se](mailto:ing-marie.johansson@socwork.gu.se)

## 2. Intervjuguide

- Vill du berätta lite om dig och din bakgrund (tex yrke, studerar du? ålder? vart bor du?)
- Hur länge sen det var du genomförde aborten? Hur gammal var du då?
- Fick du och/eller din partner något professionellt/annat stöd innan beslutet?
- Vad hade ni för relation vid tidpunkten? (partner/sambo?)
- Hur såg din relation med din partner ut vid tillfället?
- Hade ni pratat något om barn innan eller hur ni skulle tänka kring en eventuell graviditet eller abort?
- Vad var dina första upplevelser och tankar kring att få reda på att du var gravid?
- Hur pratade ni om graviditeten första gången?
- Vad var din partners reaktion på att du var gravid?
- Hade du några tankar kring hur din partner skulle reagera? Och vad tänkte du isåfall?
- Vad var din upplevelse av din partners reaktion?
- Vad tror du att din partner tänkte och kände när du berättade om graviditeten?
- Ville du att din partner skulle vara delaktig i beslutet, och isåfall på vilket sätt?
- Vad tror du din partner hade för tankar och känslor om hens roll i att ta ett beslut?
- På vilket sätt var hen en del av beslutsfattandet? (fysiskt, mentalt?)
- Hur tror du att din partners känslor och tankar påverkade dig i beslutet att göra abort?
- Hur togs beslutet att göra abort?
- Vad tänkte och kände du efter beslutet hade tagits?
- Hur upplevde du att din partner tänkte och kände efter beslutet hade tagits?
- Pratade ni något om detta efter beslutet hade tagits, och isåfall på vilket sätt?

- Finns det någon specifik situation som du minns särskilt i beslutsprocessen?
- Vill du berätta om hur det var när du genomförde aborten?
- Var din partner delaktig under tiden du genomförde aborten? På vilket sätt?
- Hur upplevde du hans delaktighet?
- Upplevde du att relationen förändrades på något sätt efter aborten?
- Hur känner du kring beslutet idag?
- Vad känner du att du har fått med dig av att ha genomgått abort i en partnerrelation?
- Om du får önska fritt, hur önskar du att delaktighet från en partner och samtal kring beslutet skulle se ut?
- Har du något mer du vill tillägga innan vi avslutar?
- Hur tycker du det var att prata om detta?

### **Sonderande frågor**

- Kan du ge exempel på?
- När hände det?
- I vilken situation hände det?
- Har jag förstått det rätt, menar du så här? Hur kände du då?
- Vad hade du för tankar om det?
- Hur hanterade du det?
- Vad gjorde du då?
- Hur reagerade du då?
- Hur påverkade det dig?
- Minns du hur du tänkte? Stötte ni på några svårigheter?