

Når man ikke bliver forældre

En sociologisk undersøgelse af de udfordringer ufrivilligt barnløse
oplever før, under og efter fertilitetsbehandling

Kandidatspeciale i sociologi
Aalborg Universitet
August 2016
Marekka Staal Jensen og Laura Risager
Vejleder: Lene Tølbøll

Antal ord: 49.975

Når man ikke bliver forældre

En sociologisk undersøgelse af de udfordringer ufrivilligt barnløse oplever før, under og efter fertilitetsbehandling

Kandidatspeciale i Sociologi

Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

August 2016

Marekka Staal Jensen og Laura Risager

Vejleder: Lene Tølbøll

Antal ord: 49.975

Forord

Dette speciale markerer afslutningen på vores kandidatuddannelse i sociologi ved Aalborg Universitet. Det er nu fem år siden, vi startede på universitetet, og det er både med vemod og glæde, at vi afslutter vores studier. Det har været fem god år, der har været præget af hårdt arbejde og sjov i Gaden, hvor vi har udviklet os både fagligt og personligt.

Vi har haft et godt samarbejde, og har været meget glade for at være fælles om den proces, det har været, at udarbejde dette speciale. Vi har hygget, grinet og diskuteret undervejs i processen, og vi er stolte over det endelige resultat.

Først og fremmest en stor tak til Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, som satte os i forbindelse med vores informanter, som også fortjener en stor tak. Uden jeres åbne fortællinger var vores speciale ikke blevet til noget. Derudover skal der lyde en stor tak til Lone Schmidt, som endnu en gang har givet os lov til at anvende COMPI-datasættet.

Derudover skal der lyde en stor tak til vores vejleder, Lene Tølbøll. Du har været en uvurderlig sparingspartner, og du har formået at løfte vores humør og tro på, at det nok skulle lykkes, når vi selv havde svært ved det. Lene, tusind tak for dit kæmpe engagement, og fordi du har været en megastor hjælp.

Aalborg, august 2016

Marekka Staal Jensen og Laura Risager

Abstract

Objective: The aim of this master thesis is to investigate the challenges that involuntary childless men and women experience regarding their life plan before, during and after fertility treatment. Furthermore, the aim is to investigate how involuntary childless men and women create an existence without children. In order to investigate this aim, the childlessness and the fertility treatment's impact on the dream of family and children, together with the relationship will be the starting point. In addition to the aim's aspects, there is a focus on the process childless men and women go through post the decision of having a child, until ended fertility treatment without a child with a need to redefine their life plan. In order to understand this life changing process, there will be a focus in how the conception of family and children develop. This is due to the fertility treatment, in the first way, is initiated with the hope and intention of having a child. Likewise, the twosomeness is initiating family formation, thus the relationship is an essential part of starting a family and having children.

Methods: To enlighten the above mentioned, a method combined approach is used. Here five biographical narrative interviews are combined with a prospective cohort study including 2,250 people, both men and women, who were beginning fertility treatment, a 1-year follow-up and a 5-year follow-up. Data is based on self-administered questionnaires. This master thesis is based on the sub-cohort (n=98) who did not have a child prior to fertility treatment, who had not achieved a delivery after fertility treatment or adoption and who are not expecting a child or in the process of adopting at the 5-year follow-up. The five interviews are conducted with people, who meet these criteria.

Theoretical approach: The theoretical perspective of this master thesis is based on key concepts from Anthony Giddens, Ulrich Beck and Elisabeth Beck-Gernsheim, Margareta Bäck-Wiklund and Birgitta Bergsten and Johan Cullberg. Giddens' analysis of modernity accounts for the social perspective of the study. His theoretical perspectives are complemented by theories of Beck and Beck-Gernsheim together with Bäck-Wiklund and Bergsten, who identifies the modernity's consequences in relation to the relationship and the role of the child. Furthermore, Cullberg's theory of crisis and development contributes with a perspective of how a crisis is often experienced, and therefore provides comprehension in the process, which it is assumed, involuntary childless men and woman go through.

Results: For a large part of the population, it is a natural part of life to become parents. For which reason it also becomes a matter of course to seek fertility treatment if this is not possible by normal means. At the very beginning of the fertility treatment, there is no sign of crisis response among the childless men

and women, since the fertility treatment does not change their overall life plan, but simply how they will obtain the desired child.

None of the participants seemed to do anything remarkably different throughout the course of the treatment in trying to have a child. The last treatment makes a striking turning point, and provokes a crisis response. The involuntary childlessness seems to bring the man and woman closer together and strengthens their relationship, even though the childlessness can be challenging for the relationship along the course of the treatment. Quantitatively speaking, the development of the childlessness's significance on the relationship is more positive between the 1-year follow-up and the 5-year follow-up than compared to baseline and 1-year follow-up. The fewest experience difficulties in talking to their partner about the childlessness and the fertility treatment.

The course of crisis, that the childless men and women experience, occurs in the time following the fertility treatment. Some of them have become either foster or respite parents, given them a feeling and experience of actually being parents. The majority finds meaning in elements, that were present in their lives before the childlessness. However, today, these elements represent a larger part of their everyday lives, due to the lack of children. It is especially the women, who experience difficulties in the confrontation of being childless in their everyday life. However, the grief for the absence of the child becomes easier over time. A few worry about the future due to the childlessness. This worry is particularly distinct among those who have just ended treatment a year ago.

Conclusion: It is challenging to be involuntary childless. They are constantly challenged by their own conception of their future life. Over time, they manage to create an existence without children, however, the childlessness is a constant grief they carry and is constantly reminded of this through the traditional conception of how to be a family.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 – Problemfelt	1
1.1 Specialets problemformulering	3
1.1.1 Temaer	4
1.2 Den samfundsmæssige og videnskabelige kontekst	6
1.2.1 Barnløshed og fertilitetsbehandling i dag	8
1.2.2 Lovgivning om assisteret befrugtning	9
1.2.3 Eksisterende forskning	10
1.2.4 Specialets bidrag	13
1.3 Familiedannelse og ufrivillig barnløshed som sociologisk problemstilling	14
1.3.1 Parrets syge sociale relation	15
Kapitel 2 – Den metodologiske tilgang	19
2.1 Kritisk realisme	19
2.1.1 Den intrasitive dimension	19
2.1.2 Den transitive dimension	20
2.2 Det hermeneutiske element	21
2.3 Et longitudinalt forskningsdesign	22
2.4 Metode	24
2.4.1 Det kvalitative og kvantitative element	24
2.4.2 Specialets genstandsfelt	26
2.5 Reliabilitet og validitet	28
Kapitel 3 – Teori	31
3.1 Refleksiv livsføring	32
3.2 Hvorfor stifter vi fortsat familie?	34
3.3 Relationen mellem manden og kvinden	36
3.4 Ufrivillig barnløshed som en krise	39
3.5 Teoriernes anvendelighed	41
Kapitel 4 – Analyse	43
4.1 Analysestrategi	43
4.1.1 Analysens opbygning	44
4.2 Baggrundsinformation	45
4.2.1 Motivation for deltagelse	47
4.3 Del 1 – Tiden før fertilitetsbehandling	49
4.3.1 Ønsket om at få et barn	51

4.3.2 Delkonklusion	52
4.4 Del 2 – Tiden under fertilitetsbehandling	54
4.4.1 Behandlingsforløbet	54
4.4.2 Drømmen om et barn undervejs i behandlingsforløbet	56
4.4.3 Den sidste behandling	61
4.4.4 Barnløshedens betydning for parforholdet	67
4.4.5 Delkonklusion	77
4.5 Del 3 – Tiden efter fertilitetsbehandling	79
4.5.1 Situationen efter endt behandling	79
4.5.2 Familie på en anden måde	80
4.5.3 Barnløsheden og andre mennesker	87
4.5.4 Fremtiden	92
4.5.5 At leve med en evig sorg	94
4.5.6 Delkonklusion	96
Kapitel 5 – Konklusion	97
5.1 Analysens resultater	97
5.2 Refleksioner over analysens fund	99
5.2.1 Når barnet ikke udgør det faste holdepunkt	100
5.2.2 Modernitetens knap så refleksive karakter	101
Kapitel 6 – Appendiks	105
6.1 Det kvalitative element	105
6.1.1 Den biografisk narrative tilgang	105
6.1.2 Rekruttering af informanter	106
6.1.3 Interviewguide	107
6.1.4 Transskriptioner	108
6.1.5 Informanternes forskellighed	109
6.2 Det kvantitative element	109
6.2.1 COMPI-datasættet	110
6.2.2 Ethiske overvejelser	111
6.2.3 Anvendelsen af sekundært datamateriale	112
6.2.4 Variable og databehandling	113
6.2.5 Statistiske analyser	115
Litteraturliste	117
Bilag	123

Figur- og tabeloversigt

Figur 1: Påbegyndte ART-behandlinger, år 1997-2014, og påbegyndte IUI-behandlinger, år 2001-2014, fordelt på behandlingstype, antal	8
Figur 2: Status ved 5.-års follow-up for de respondenter, som ikke havde et fælles barn, da de påbegyndte fertilitetsbehandling, procent	27
Tabel 1: Studiepopulationens alder, antal år med partner, antal år forsøgt at få børn, antal år i fertilitetsbehandling og antal behandlinger, år 2000-2001 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	47
Tabel 2: Konsensus hos parret i intensiteten i ønsket om et barn, år 2000-2001	51
Tabel 3: Barnløshedens belastning for tilværelsen, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent	52
Tabel 4: Behandling for barnløshed, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent	55
Tabel 5: Ønsker at gøre fremover for at få et barn, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent	59
Tabel 6: Barnløsheden gør at jeg har svært ved at føle mig som en rigtig mand/kvinde, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent	61
Tabel 7: Begrundelser for at været stoppet i behandling, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	65
Tabel 8: Udviklingen i barnløshedens betydning for parforholdet mellem år 2000-2001 og 2001-2002 samt år 2001-2002 og 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	71
Tabel 9: Konsensus hos parret om at barnløsheden har bragt dem tættere sammen og styrket deres forhold, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, antal	72
Tabel 10: Konsensus hos parret om at det er svært at tale om barnløsheden, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, antal	74
Tabel 11: Udviklingen i barnløshedens belastning for tilværelsen mellem år 2000-2001 og 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	80
Tabel 12: Svarfordeling for personer og par angivet i antal fordelt på de tre målinger	111
Tabel 2A: Modtaget behandling tidligere, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent	128
Tabel 2B: Årsag til barnløsheden, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent	128
Tabel 3A: Stoppet i behandling, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	129
Tabel 3B: Begrundelser for at være stoppet i behandling, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent	129
Tabel 3C: Fortsat i behandling, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	129

Tabel 4A: Barnløsheden har bragt os tættere sammen og styrket parforholdet, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	130
Tabel 4B: Udviklingen i barnløshedens betydning for parforholdet mellem år 2000-2001 og 2001-2002 samt år 2001-2002 og 2005-2006	130
Tabel 5A: Det har været svært at tale med min partner om barnløsheden, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	131
Tabel 6A: Forsat sammen med den partner du var i behandling med, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent	132
Tabel 7A: Udviklingen i barnløshedens belastning for tilværelsen mellem år 2000-2001 og 2005-2006	132

Læsevejledning

Specialet indledes i **kapitel 1** med en introduktion, som efterfølges af problemformuleringen og en tilhørende beskrivelse heraf. Derefter præsenteres den samfundsmæssige og videnskabelige kontekst, specialet indskrives i, inden kapitlet afsluttes med at klarlægge relevansen af problemformuleringen i en sociologisk sammenhæng.

Kapitel 2 skildrer tilgangen til problemformuleringen, herunder den videnskabsteoretiske og designmæssige tilgang samt en kort metodemæssig introduktion. Denne introduktion indeholder en redegørelse for, hvordan specialets kvalitative og kvantitative element supplerer hinanden og afgrænsningen af specialets genstandsfelt. Disse metodeinformationer vurderes at være essentielle i forbindelse med specialets analyse, hvorfor de er præsenteret i kapitel 2. De resterende metodiske valg, der er taget i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen, begrundes i appendikset. I kapitel 2 findes også en vurdering af specialet på baggrund af begreberne reliabilitet og validitet.

I **kapitel 3** præsenteres specialets teoretiske grundlag, som skal fungere som rammesætning for samtiden, og til at begribe resultaterne af den empiriske analyse. Det teoretiske grundlag bygger på Anthony Giddens, Ulrich Beck og Elisabeth Beck-Gernsheim, Margareta Bäck-Wiklund og Birgitta Bergsten samt Johan Cullberg.

Herefter følger **kapitel 4** der indeholder analysen, som inddeles i tre. Den første delanalyse fokuserer på tiden inden fertilitetsbehandlingen påbegyndes, den anden delanalyse studerer tiden imens parret gennemgår fertilitetsbehandling, mens den tredje delanalyse er koncentreret om tiden efter fertilitetsbehandlingen.

I **kapitel 5** gøres de empiriske fund til genstand for specialets konklusion.

God læselyst!

Kapitel 1 – Problemfelt

”Da Rakel saa, at hun ikke fødte Jakob noget Barn, blev hun skinsyg paa sin Søster og sagde til Jakob: ”Skaf mig Børn, ellers dør jeg!” Men Jakob blev vred paa Rakel og sagde: ”Er jeg i Guds Sted? Det er jo ham, der har nægtet dig Livsfrugt!” Saa sagde hun: ”Der er min Trælkvinde Bilha; gaa ind til hende, saa hun kan føde paa mine Knæ og jeg faa Sønner ved hende!” Og hun gav ham sin Trælkvinde Bilha til Hustru, og Jakob gik ind til hende. Så blev Bilha frugtsommelig og fødte Jakob en Søn, og Rakel sagde: ”Gud har hjulpet mig til min Ret, han har hørt min Røst og givet mig en Søn.”” (1 Mos 30, 1-6)¹

Citatet er fra 1. Mosebog og beskriver, hvordan Rakel og Jakob ikke kunne få et barn. Hun var jaloux over sin søsters frugtbarhed, og som en løsning på barnløsheden fik hun arrangeret, at de ved hjælp fra tjenestepigen kunne få et barn. Derved blev det muligt for Rakel og Jakob at få det barn, de ønskede sig. Dette er en af de første skriftlige fortællinger om ufrivillig barnløshed. Rakel og Jakob havde en forventning om, at deres ægteskab skulle føre børn med sig, og børn udgjorde altså i denne tid en del af fortællingen om et par. Rakel så det som sin ret at få børn, og det må derfor formodes, at det var svært for hende at acceptere, at de *ikke* kunne få et barn. Eksemplet med Rakel og Jakob illustrerer, hvordan forestillingen om familieforøgelse og børn blev en central problemstilling for dem, da de oplevede udfordringer i forbindelse med at få et barn.

Med bibelcitatet bliver det tydeligt, at fænomenet *ufrivillig barnløshed* ikke er et nyopstået fænomen, men et fænomen, der har rødder tilbage til før vor tidsregning. Op gennem historien har der været breve og optegnelser, som har beskrevet, hvordan kvinder har opsøgt behandling og forskellige kure i håb om

¹ Dansk oversættelse af 1931.

at få børn. Det var dog ikke før i 1940'erne, at læger fik en medicinsk forståelse af, hvordan kvindens biologi og menstruationscyklus fungerede (Marsh og Ronner 1996, 141). På trods af den daværende begrænsede viden om kvindens cyklus, har man i Danmark registreret udviklingen i fertilitetsmønstret, og siden starten af 1900-tallet er der sket store forandringer. Overordnet set er fertilitetsniveauet faldet, og i 2015 var den samlede fertilitet på 1713,6. (Statistikbanken, FOD33). Dette betyder, at hver kvinde i gennemsnit får 1,7 barn i løbet af sin fertile alder, 15-49 år.

Fra midten af 1960'erne er der sket et skifte i "... *norms and attitudes regarding personal relationships, fertility and (...) family...*" (van de Kaa 1987, 4), senere kendt som *Den anden demografiske transition*. Denne transition er kendetegnet ved en lav mortalitet og fertilitet – vi lever længere og får færre børn. Vi får dog fortsat børn, men måden, hvorpå vi gør familie og børn, har ændret sig, og de børn, der bliver født i dag, er i højere grad end tidligere ønskebørn (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, Beck og Beck-Gernsheim 1995). De norm- og værdimæssige ændringer, der er sket i forbindelse med Den anden demografiske transition, har konkret betydet, at gennemsnitsalderen siden 1970'erne har været stigende for, hvornår manden og kvinden får deres første barn (Statistikbanken, FOD11). Der er også sket ændringer i relation til parforholdet og ægteskabet, hvor der tidligere var en tendens til, at ægteskabet blev anset som starten på det seksuelle samliv, der hurtigt skulle resultere i et barn. I dag er indgåelsen af ægteskab ikke nødvendigvis et tegn på, at parret ønsker at få børn. Samtidig er der i dag flere par, der lever som samlevede, der vælger at få børn. (van de Kaa 1987, 11). Yderligere har samfundsudviklingen medført en individualisering, hvorfor individet i dag, i højere grad end tidligere, sætter sig selv i fokus og søger at realisere sig selv. Dette betyder dog ikke, at børn fravælges til fordel for individets eget livsprojekt. Barnet bliver i stedet en del af individets selvrealisering, og

"... the desire to have children does not simply disappear in the individualized and thoroughly rationalized societies of the West. To some extent, in fact, it acquires new importance as a search for content and meaning in life, for closeness and warmth, for counter-world of roots and familiarity." (Beck og Beck-Gernsheim 2002, 120).

Børn og forældreskab er altså noget, manden og kvinden i dag tilvælger som en meningsgivende faktor i deres livsprojekt, der er med til at underbygge forældrenes "... *desire to realize more of one's own potential...*" (van de Kaa 1987, 6). Derfor bliver et par, som ønsker sig et barn, men som ikke kan få børn, sat i en situation, hvor de må tage stilling til, hvad barnløsheden skal betyde for udformningen af deres liv.

Som illustreret indledningsvist er ufrivillig barnløshed et fænomen, der kan dateres helt tilbage til før vor tidsregning. Fortællingen om Raket og Jakob giver indblik i, at det var en udfordring for dem, at de ikke

kunne få børn. Deres historie fortæller, hvordan de tacklede ikke at kunne få opfyldt deres ønske om at få et barn. Mens Rakel og Jakob anvendte en rugemor, har par, som står i samme situation, i dag mulighed for at modtage fertilitetsbehandling. Rakel og Jakobs historie giver også indikationen af, at børn allerede dengang udgjorde en fast del af et pars forestillinger om fremtiden. Familiebegrebet og barnets rolle i familien har siden Rakel og Jakobs historie udviklet sig meget, men det formodes, at et par også i dag oplever udfordringer, hvis de ønsker sig et barn og ikke kan blive gravide. Hensigten med specialet er således at fortælle Rakel og Jakobs historie i en nutidig kontekst.

Efter denne korte introduktion fortsættes dette kapitel med en præsentation af problemformuleringen og efterfølges af en beskrivelse af specialets formål. Herefter følger en introduktion til den kontekst, specialet indskrives i, herunder en præsentation af den nutidige samfundsmæssige kontekst, udbredelsen af de behandlingsmuligheder, der tilbydes til ufrivilligt barnløse, lovgivningen om assisteret befrugtning og eksisterende forskning inden for specialets genstandsfelt. Kapitlet afsluttes med en vurdering af, hvorfor ufrivillig barnløshed og familiedannelse er relevant i sociologisk optik.

1.1 Specialets problemformulering

Et par har i dag mulighed for at modtage fertilitetsbehandling, hvis de oplever ufrivillig barnløshed, men det er dog ikke alle, for hvem fertilitetsbehandlingen har et succesfuldt udfald. Det er denne gruppe, der er genstandsfeltet for specialet, og kendetegnende for disse personer er således, at de har modtaget fertilitetsbehandling, men fortsat er ufrivilligt barnløse efter endt behandling.

De fleste, som ønsker at få børn, har en forestilling om, at de uden problemer kan få børn, når de er klar til det, og det passer ind i deres livsplan, som blandt andet Tjørnhøj-Thomsen (2003) samt Matthews og Matthews (1986) fremhæver. Derfor betragtes det som en livsforandrende begivenhed, når ufrivillig barnløshed opleves, og det formodes, at barnløsheden påvirker livsforløbet og indholdet heraf. Specialet søger derfor at undersøge følgende problemformulering:

Hvilke udfordringer medfører ufrivillig barnløshed for opretholdelsen af livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandling, og hvordan skaber ufrivilligt barnløse, efter endt fertilitetsbehandling, en tilværelse uden børn?

Hensigten med specialet er således at undersøge den proces, ufrivilligt barnløse gennemgår, fra det går op for dem, at de ikke kan blive gravide på naturlig vis², hvorfor de efterfølgende påbegynder fertilitetsbehandling, til behandlingen ophører, og de fortsat er barnløse, og i forlængelse heraf hvordan deres liv former sig efter behandlingen. Specialet udformes derfor med fokus på, hvilken betydning barnløsheden og fertilitetsbehandlingen har for de barnløses tilværelse, når de *ikke* får det barn, de havde ønsket sig, og de havde forestillet sig skulle udgøre en væsentlig del af deres liv. Præmissen for specialet er således en formodning om, at livsplanen³ revideres i takt med, at det bliver tydeligt, at de ikke får et barn. For at undersøge hvilke udfordringer ufrivillig barnløshed medfører for opretholdelsen af livsplanen, tages der udgangspunkt i, hvordan barnløsheden og fertilitetsbehandlingen påvirker temaerne *drømmen om familie og børn* samt *parforholdet*.

Foruden temaerne vil udgangspunktet for besvarelsen af problemformuleringen være den proces, de barnløse gennemgår fra de beslutter, at de er klar til at få et barn, og til de står efter endt fertilitetsbehandling uden et barn og skal redefinere deres liv. Det antages, at det at gå fra at være to til at blive tre er et vigtigt element i forhold til, hvordan de barnløse definerer familie. Hensigten er derfor at undersøge, hvordan processen ser ud frem til erkendelsen af, at de ikke får et barn, og hvordan de efterfølgende skaber en ny tilværelse. Metodisk afdækkes problemformuleringen med udgangspunkt i biografisk narrative interviews med par og enkeltpersoner, der tidligere har modtaget fertilitetsbehandling, i kombination med en longitudinal spørgeskemaundersøgelse blandt par i fertilitetsbehandling.

1.1.1 Temaer

Specialet søger at belyse, hvordan barnløsheden bliver livsforandrende, og hvordan de barnløse som følge heraf er nødsaget til at revidere deres livsplan. Med ufrivillig barnløshed kan der følge en livs- og identitetskrise, da den enkelte og parret i fællesskab kan opleve en følelse af utilstrækkelighed, ligesom de kan føle, at de bliver frarøvet muligheder og valg i forhold til deres fremtidige liv. Der kan ”... *opstå en krise, når nye værdier i livet og ny identitet skal findes.*” (LFUBa). Ufrivilligt barnløse har altid forestillet sig, at det at få børn og blive forældre skulle være en naturlig del af deres voksne liv. Modsat frivilligt barnløse har disse ikke selv fravalgt børn. (Matthews og Matthews 1986). Det ”*At blive forældre og familie [er derfor] tæt forbundet med forestillinger om en særlig kulturbetinget livsprogression, altså en bevægelse gennem forskellige livsstadier.*” (Tjørnhøj-Thomsen 2007, 70). Flere undersøgelser har påvist, at det er en enorm stressfaktor, når den forventede livsprogression sættes på standby (Becker

² Med *naturlig vis* menes der, at en graviditet er etableret efter ubeskyttet samleje.

³ Med begrebet livsplan henvises til Giddens’ brug heraf. Giddens refererer til livsplaner som noget fundamentalt for selvets reflektive projekt og beskriver livsplaner som selvets strategiske tilrettelæggelse af livsforløbet. Livsplaner revideres som følge af mindre forandringer og skæbnesvangre øjeblikke. (Giddens 1996, 104-105).

1994, Matthews og Matthews 1986, Tjørnhøj-Thomsen 2003). En konsekvens heraf er, at barnløse er tvunget til at reflektere over og revidere deres forestillinger om deres fremtidige liv. For at begribe forandringen er det essentielt at fokusere på, hvordan forestillingen om familie og børn udvikler sig, fordi det er med tanke på at stifte familie ved at få børn, at fertilitetsbehandling i første omgang påbegyndes. Ligeledes er parforholdet en væsentlig del af det at stifte familie og få børn, fordi tosømheden er indledende for familiedannelsen (Dencik, Jørgensen og Sommer 2008, 33). Derfor vil specialet omhandle, hvordan de barnløse reagerer undervejs i processen og tackler de udfordringer, der må opstå med hensyn til deres forestillinger om familie og børn samt deres forhold til partneren, og hvordan deres liv har formet sig efter endt behandling.

1.1.1.1 Familie og børn

For at nå frem til en forståelse af hvordan livet revideres, undersøges det, hvordan og hvornår ufrivilligt barnløse erkender, at deres liv nødvendigvis vil udforme sig anderledes, end de havde forventet. Som Tjørnhøj-Thomsen påpeger, har ufrivilligt barnløse taget det for givet, at de skulle være forældre, når de var klar til det (Tjørnhøj-Thomsen 2003, 63), og det er netop dét, at fremtiden ikke former sig som forventet, der udfordrer de barnløse til at skabe nye rammer for deres liv. Derfor undersøges det, om der sker en udvikling i deres forestillinger om familie og børn i takt med den proces, de gennemgår i forbindelse med deres behandlingsforløb. Det undersøges altså, hvordan de gør familie, når fertilitetsbehandlingen ikke resulterer i ønskebarnet, og deres overvejelser herom.

1.1.1.2 Parforholdet

Med tanke på at få et barn skaber et par et fælles livsprojekt, og de koordinerer derfor deres livsplaner med hinanden, jf. Kapitel 3, hvorfor det at få et barn vedrører interaktionen mellem to mennesker. Ufrivillig barnløshed er en sygdom, som netop også berører samspillet mellem to individer. Karakteriserende for et barnløst par er således, at de har en syg social relation, og barnløsheden rammer ikke kun den ufrugtbare kvinde eller manden med nedsat sædkvalitet. Når et par ønsker at få et barn, har de en forestilling om, at deres tilværelse skal udvikle sig, men hvilken betydning har det for parforholdet, når drømmen om barnet ikke går i opfyldelse? Som livsforandrende begivenhed medfører barnløsheden, at parret må genforhandle deres forhold, og hvad de forventer at få ud af deres relation til hinanden. Barnløsheden og fertilitetsbehandlingerne kan være opslidende for parrets kærlighed til hinanden, men den uvished, som barnløsheden medfører, kan omvendt også styrke parforholdet, understreges det af flere undersøgelser (Schmidt, et al. 2005, Peterson, et al. 2008, Peterson, et al. 2009, Peterson, et al. 2011). På baggrund heraf undersøges det, hvordan ufrivilligt barnløse oplever, at barnløsheden og fertilitetsbehandlingen influerer deres parforhold.

1.1.1.3 Specialets fokus

Formålet med specialet er således at undersøge, hvilke udfordringer barnløsheden har for livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandlingen med udgangspunkt i at belyse barnløsheden og fertilitetsbehandlings betydning for drømmen om familie og børn samt parforholdet. Omdrejningspunktet for specialet er således at forstå, hvordan barnløse skaber en tilværelsen efter endt behandling, og måden, dette gøres på, er ved at dykke ned i den proces, der starter, når de finder ud af, at de ikke kan blive gravide og få et barn på naturlig vis. Familie og børn samt parforholdet er vigtige elementer i denne proces og har som helhed betydning for, hvordan livet former sig, når behandlingen afsluttes. Specialet er altså optaget af, hvordan ufrivilligt barnløse træffer beslutningen om at afslutte behandlingsforløbet og dermed forblive barnløse, og hvilke andre aspekter af deres liv de definerer som meningsfulde. Det er ifølge Becker (1994) essentielt for barnløse, at de formår at definere andre elementer som værende meningsgivende for deres liv. Barnløsheden udfordrer altså de oprindelige familieforestillinger, lige såvel som den udfordrer parforholdet, idet nogle par muligvis vil opleve, at ”*Planerne for fremtiden uden børn kan være så forskellige, at det vil være meningsløst at fortsætte forholdet.* [Det kan eksempelvis være, at] *ønsket om børn er blevet større end kærligheden til partneren, og man kan ønske at forsøge at få børn i et andet parforhold*” (Pilgaard 2010, 123). Omvendt vil nogle par også mærke konsekvenserne af barnløsheden ved, “... *at de bliver bundet tættere sammen og præcis oplever, at vælge hinanden TIL endnu en gang. At være sammen om at tackle en svær situation, som ufrivillig barnløshed utvivlsomt er, kan være medvirkende til virkelig at styrke relationen i parforholdet.*” (Pilgaard 2010, 55).

Præmissen for specialet er, som beskrevet, en formodning om, at livsplanen revideres i takt med den proces, ufrivilligt barnløse gennemgår i forsøget på at få et barn. Det formodes derfor, at det ufrivilligt barnløse par i fællesskab må revidere deres drømme om familie og børn, og ligeledes at de må forholde sig til deres parforhold i relation til deres drømme om familie og børn, som citaterne ovenfor illustrerer. Parforholdet og forestillingen om familie og børn er altså to elementer, der spiller sammen i forhold til at begribe de udfordringer, der opstår som følge af barnløshed før, under og efter fertilitetsbehandling. Når *barnløse* eller *barnløshed* anvendes i det følgende, henviser dette til specialets genstandsfelt, altså *ufrivilligt barnløse*. Desuden henviser brugen af *par* til et kærlighedsforhold mellem en mand og en kvinde, ligesom *fertilitetsbehandling* anvendes som en fælles betegnelse for ART- og IUI-behandlinger, og bruges synonymt med *behandling*.

1.2 Den samfundsmæssige og videnskabelige kontekst

Den samfundsmæssige kontekst er afgørende for at forstå resultaterne af en sociologisk undersøgelse. Det centrale i denne undersøgelse er familieliv, herunder familiedannelse, parforhold og det at få børn i

kombination med ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Afsnittet indledes derfor med en kort beskrivelse af udviklingen i centrale demografiske komponenter i relation til den samfundsmæssige ramme, specialet indskriver sig i. Derefter følger en indføring i omfanget og udviklingen af påbegyndte fertilitetsbehandlinger for at fastsætte udbredelsen af fertilitetsbehandling i Danmark. Herefter følger en fremstilling af de lovgivningsmæssige bestemmelser, der er gældende inden for assisteret befrugtning, efterfulgt af en introduktion til empirisk forskning, som allerede eksisterer inden for specialets genstandsfelt, inden afsnittet afsluttes med en vurdering af, hvordan indeværende speciale bidrager til det eksisterende forskningsfelt

Det senmoderne samfund, en betegnelse for samtiden, er særligt kendetegnet ved, at samfundet konstant er i forandring, hvilket individet skal forholde sig til. Tidligere traditioner vedrørende parforhold, ægteskab og familieførøgelse følges ikke længere instinktivt. Flere lever i dag i serielle monogamier, og en stor del får børn uden for ægteskabet (Knudsen 2012, 67, Danmarks Statistik 2015, 32). Disse ændringer er blandt andet kendetegnende for Den anden demografiske transition, som omtalt tidligere. Transition var båret frem af, at mænd og kvinder blev mere ligestillede, hvilket har betydet, at kvinden ikke længere økonomisk og praktisk er afhængig af manden. Dertil har velfærdsstatens fremkomst gjort det muligt for kvinden at forsørge sig selv og eventuelle børn. Yderligere har udbredelsen af og muligheden for uddannelse til begge køn samt fremkomsten af præventionsmidler, blandt andet p-pillen i 1966, og indførelsen til fri abort i 1973 betydet, at der er kommet en udskydelse og en højere grad af selvbestemmelse i forhold til, hvornår et par vælger at få deres første barn. (Ottosen 2011, 192, Knudsen 2012, 19). Der er i dag en forestilling om, at der er nogle praktiske foranstaltninger, som skal være på plads, før parret vælger at få et barn – eller i hvert fald før barnet betragtes som et ønskebarn (Christoffersen 2004, 79).

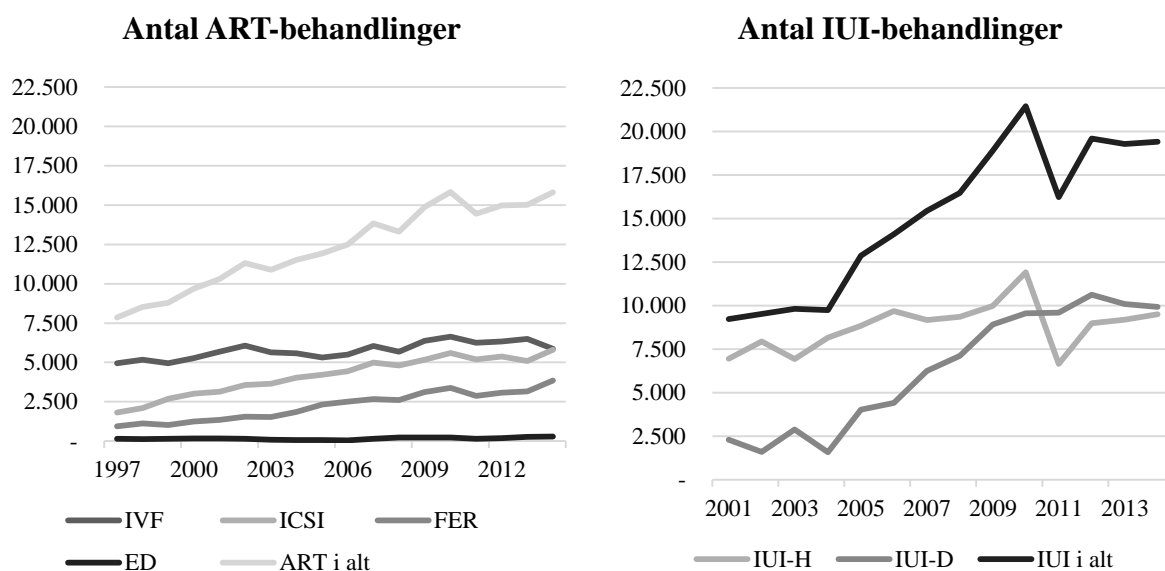
Begrebet ønskebørn er et udtryk for, at barnets rolle i familien har ændret sig. Tidligere blev barnet set som værende *King-child*, hvor det var centrum for familien, og det var forældrenes opgave at sørge for, at barnet kom længere i livet end dem selv, blandt andet i forbindelse med uddannelse (van de Kaa 1987, 5). I dag taler man om *King-pair with a child* (van de Kaa 1987, 11), hvormed der menes, at ”*In the former era, most of the attention goes to the children. In the second one, most of the attention goes to the relationship of the couple, while the attention going to their children becomes secondary.*” (Matsuo 2003, 17). Børn tilvælges derfor i forhold til forældrenes liv i øvrigt. At få et barn bliver et udtryk for selvrealisering og privat lykke og er derfor ikke længere nødvendigvis en traditionsbundet beslutning (Sobotka 2008, 177).

1.2.1 Barnløshed og fertilitetsbehandling i dag

I dag er kvinden i gennemsnit 29,1 år, når hun får sit første barn, mens manden er 31,3 år (Statistikbanken, FOD11). I Danmark bliver omkring 85-90 procent af alle par, med et ubeskyttet samliv, gravide i løbet af et år. Med henvisning til WHO's definition infertilitet (jf. afsnit 1.3) vil 10-15 procent således kunne defineres som infertile, men omkring halvdelen af disse par vil opnå en spontan graviditet efter endnu et år med et ubeskyttet samliv. (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 124). Der har siden starten af 1990'erne⁴ været en stigning i andelen af barnløse kvinder. I 2015 var 124 ud af 1.000 kvinder barnløse ved udgangen af den fertile alder, mens andelen i 1991 var 82 (Danmarks Statistik 2015, 27). Tallene illustrerer dog ikke, hvorvidt disse kvinder er frivilligt og ufrivilligt barnløse, men ved udgangen af den fertile alder er cirka 3-6 procent af alle kvinder ufrivilligt barnløse (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 124).

Hvis et par ikke kan opnå en graviditet ved et regelmæssigt ubeskyttet samliv, har de mulighed for at starte i fertilitetsbehandling. I 2014 blev der påbegyndt 15.819 ART-behandlinger⁵, og der er således sket en fordobling i løbet af de sidste 20 år, jf. Figur 1. Der er også sket en markant udvikling i antallet af inseminationsbehandlinger, også kaldet IUI-behandlinger. I alt blev der i 2014 påbegyndt 19.414 IUI-behandlinger, hvilket er over dobbelt så mange som i 2001.

Figur 1: Påbegyndte ART-behandlinger, år 1997-2014, og påbegyndte IUI-behandlinger, år 2001-2014, fordelt på behandlingstype, antal



⁴ I den pågældende publikation har Danmarks Statistik opgjort andelen af barnløse kvinder fra år 1991 og frem.

⁵ Assisted reproductive technology (ART) er en samlet betegnelse for in-vitro fertilisering (IVF), intracytoplasmatisk sædcelleinjektion (ICSI), frozen embryo replacement (FER) og egg donation (ED) (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 137).

Kilde: Lemmen og Erb 2015a.

Note 1: Figuren er genereret ud fra data vedrørende behandlinger og graviditeter indberettet til Statens Seruminstutts register (SEI) fra klinikker, gynækologiske afdelinger og speciallæger, som har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at udføre assisteret reproduktion. Denne indberetning er lovpligtig. Opgørelsen omfatter således alle behandlinger udført på danske klinikker inklusiv behandlinger udført på udenlandske patienter.

Note 2: Figuren indeholder oplysninger fra den periode data er samlet af Dansk Fertilitetselskab.

Note 3: IVF: In vitro-fertilisering, ICSI: Intracytoplasmatisk sædcelleinjektion, FER: Frozen embryo replacement, ED: Egg donation, IUI-H: Insemination med partners sæd, IUI-D: Insemination med donorsæd.

Den første opgørelse er fra 1997, men det første reagensglasbarn kom allerede til verden i 1978 i England. Nogle år senere, i 1983, blev det første reagensglasbarn født i Danmark. (Hyldal 2013). Den stigende udvikling i antallet af påbegyndte behandlinger betyder, at omkring otte procent af en fødselskohorte i dag er født ved hjælp af fertilitetsbehandling; fem procent er kommet til verden ved hjælp af ART-behandling, og de sidste tre procent efter insemination (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 131). Som illustreret i Figur 1 blev der i 2014 påbegyndt flere IUI- end ART-behandlinger. Succesraten er dog større ved ART-behandlingerne sammenlignet med IUI-behandlingerne, idet den forventede succesrate er henholdsvis 20,2 procent og 9,6 procent for de påbegyndte ART- og IUI-behandlinger (Lemmen og Erb 2015b). I Bilag 8 findes en beskrivelse af de forskellige fertilitetsbehandlingsmuligheder.

1.2.2 Lovgivning om assisteret befrugtning

Herhjemme har Sundhedsstyrelsen en klassifikation over sygdomme, hvori infertilitet er defineret som en behandlingskrævende sygdom (Sundhedsstyrelsen 2014). I Danmark kom den første samlede lovgivning omhandlerende assisteret befrugtning og fertilitetsbehandling i 1997 (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 123). De lovgivningsmæssige informationer, der henvises til i dette afsnit, er hentet fra LBK nr. 93: *Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.* med mindre andre kilder er anført. Af bekendtgørelsen fremgår det, at assisteret reproduktion er en behandling "... hvor graviditet hos en kvinde søges etableret på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand." Frem til 1997 var lovgivningen på området minimal, men grundet den bio- og genteknologiske udvikling inden for blandt andet assisteret befrugtning valgte Folketinget i 1988 at nedsætte Det Ethiske Råd. Formålet med rådet er at "... skabe debat om bio- og genteknologier, der berører mennesker, natur, miljø og fødevarer." (Madsen 2005) og give Folketinget et nuanceret grundlag, hvorpå de kan træffe politiske beslutninger.

Mens IVF-behandling har været tilladt i Danmark siden 1986 (Koch 1989, 29), blev de resterende ART-behandlinger først tilladt i Danmark i starten af 1990'erne (Madsen 2005, Mikkelsen 2000). Siden etableringen af den samlede lovgivning i 1997 er loven blevet revideret flere gange, og i dag må der ydes assisteret befrugtning til både par, som ikke har fælles børn, og enlige kvinder, som ikke har børn i forvejen. Kun i de tilfælde hvor parret eller den enlige kvinde har fået et barn ved hjælp af assisteret befrugtning

og efterfølgende har fået nedfrosset æg, har parret eller den enlige kvinde mulighed for at modtage behandling igen⁶. Tidligere var ægdonation ikke tilladt, men i dag er ægdonation lovligt i det omfang, at det donerede æg bliver befrugtet med sæd fra modtagerkvindens partner. I Danmark er det ikke lovligt at gøre brug af rugemødre.

Der er ingen lovgivningsmæssige krav om mandens alder ved assisteret reproduktion, men der må kun ydes assisteret befrugtning, så længe kvinden ikke er ældre end 45 år. I offentligt regi tilbydes behandlingen kun, hvis parret er blevet henvist fra egen læge, inden kvinden er fyldt 40 år. Desuden kan parret kun modtage tre IVF/ICSI-behandlinger på en offentlig klinik, men der er dog ingen restriktioner på antallet af IUI-behandlinger. (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 139). Sundhedspersonalet skal endvidere vurdere den enlige kvinde eller parrets forældreegnethed, før behandlingen påbegyndes, forstået på den måde, at de skal kunne drage den fornødne omsorg for et kommende barn efter fødslen.

1.2.3 Eksisterende forskning

I dette afsnit præsenteres et sammendrag af eksisterende forskning med afsæt i specialets problemformulering med henblik på at give en indføring i den forskningsmæssige kontekst, specialet indskriver sig i. Afsnittet indledes med en beskrivelse af den usikkerhed, barnløsheden medfører, og efterfølges af en diskussion om det biologiske forældreskab. Derefter rettes fokus mod parforholdet og køn i forhold til barnløshed samt barnløses forsøg på at bringe livet under kontrol for at skabe en ny livsfortælling. Sammendraget er baseret på et systematisk litteraturstudie. Fremgangsmåden og en liste over relevant litteratur fremgår af Bilag 9.

1.2.3.1 Det usikre liv som barnløs

Ufrivilligt barnløse har, modsat frivilligt barnløse, altid forestillet sig, at det at få børn og blive forældre skulle være en naturlig del af deres voksne liv (Matthews og Matthews 1986). På samme måde som forældre gennemgår en transition til forældreskab, når de får deres første barn, gennemgår ufrivilligt barnløse ”... a ”transition”: from the anticipated status of potential parenthood to the unwanted status (...) as nonparenthood.” (Matthews og Matthews 1986, 641). Det faktum, at et par ikke kan få børn, må nødvendigvis involvere en revideret forestilling af deres fremtidige liv. Denne revidering er ofte udfordrende, fordi mange oplever en følelse af manglende kontrol over deres eget liv (Matthews og Matthews 1986, 643). Mange oplever, at barnløsheden medfører et indre kaos og en afbrydelse af deres livsforløb. Disse afbrydelser kommer til at repræsentere et tab af fremtiden (Becker 1994, 383). Både Matthew og Matthews (1986) og Becker (1994) viser i deres studier, at de fleste er af den opfattelse, at deres liv er

⁶ Disse bestemmelser er kun gældende ved behandling i offentligt regi.

relativt forudsigeligt på baggrund af de rammer, de skaber for deres eget liv. Disse rammer er i mange tilfælde normativt bundet og kommer blandt andet til udtryk ved, at den biologiske reproduktion er en naturligt del af livet såvel som en social forventning. Netop fordi individet forestiller sig, at livet er forudsigeligt, bliver individet udfordret, når de trykke rammer går i stykker, og livet dermed ikke længere er særligt forudsigeligt, mener Becker (1994). Tjørnhøj-Thomsen finder i sin undersøgelse fra 2003 samme tendenser. De deltagende par i hendes undersøgelse havde taget for givet, at de skulle være forældre, når de populært sagt var klar til det, og ”*Infertiliteten forkludrer [derfor] først og fremmest den timing og livsoplægning, der er integreret i beslutningen om børn, og den truer forestillinger og forventninger om et familieliv og fællesskab med børn.*” (Tjørnhøj-Thomsen 2003, 63). Barnløsheden skaber ligeledes en identitetsmæssig desorientering for kvinden såvel som manden, mener Tjørnhøj-Thomsen samt Matthew og Matthew. Overordnet set medfører barnløsheden et usikkert liv, når det går op for et par, at de ikke umiddelbart kan få børn, og fremtiden skal tages op til overvejelse i forhold til familie, fertilitetsbehandling og adoptivbørn med mere.

1.2.3.2 At få børn på en anden måde

Matthews og Matthews (1986) taler om *role readjustment* med særlig tanke på revidering eller justering af forestillingerne om forælderrollen. Nogle vælger at forblive barnløse og definere andre meningsfulde aspekter i deres liv. Det kan for eksempel være, at de involverer sig mere i deres arbejde eller bliver signifikante personer for andres børn. Andre vælger at adoptere, hvilket kræver en redefinition af den eksisterende tanke om forældreskabet. (Matthews og Matthews 1986, 646-647). Nogle vælger endvidere at få et barn ved at anvende donorsæd. Denne tilgang er alle mænd dog ikke lige begejstrede for, fordi de føler, at de kun kan være en ”rigtig” far, hvis de er biologisk og genetisk knyttet til barnet (Tjørnhøj-Thomsen 2007, 83). Desuden frygter nogle par, at det vil medføre en ubalance i deres forhold til barnet og til hinanden, hvis de anvender en sæddonor, hvilket ”... betyder, at nogle umiddelbart foretrækker adoption, fordi parterne så vil blive lige forbundet til barnet, også selv om der ikke er tale om genetisk forbundethed.” (Tjørnhøj-Thomsen 2003, 77). Der er dog omvendt også nogle, der fravælger adoption og tilvælger et donorbarn, da de dermed kan tage del i tilblivelsen af barnet fra begyndelsen, og det giver desuden kvinden mulighed for at opleve graviditet og fødsel. Tjørnhøj-Thomsen konkluderer, at ”*Det er en svær og langsommelig proces at komme overens med brug af sæddonor. De barnløse mænd forsøger at nedtone de genetiske aspekter af slægtskab og forbundethed og lægger i stedet vægt på familielivets særlige socialitet og betydningen af at ”præge” barnet gennem nærhed og omsorg.*” (Tjørnhøj-Thomsen 2003, 78). Ved brugen af donorsæd lægges der således vægt på de sociale aspekter i forhold til forbundethed, hvorfor vigtigheden af den biologiske og genetiske forbundethed nedtones.

1.2.3.3 Barnløshed, køn og parforhold

På trods af at ufrivillig barnløshed er en livsforandrende begivenhed, der ofte beskrives som en stressende faktor for både det enkelte individ og for parforholdet, kan fænomenet også styrke et parforhold og bringe manden og kvinden tættere sammen. Både Peterson et al. og Schmidt et al.'s studier fra henholdsvis 2011 og 2005 indikerer, at ufrivillig barnløshed ikke udelukkende har en negativ indvirkning på parforholdet. I begge undersøgelser blev det fundet, at mellem 20-30 procent af alle mænd og kvinder oplevede, at barnløsheden havde styrket deres parforhold, mens det af Schmidt et al.'s undersøgelse fremgår, at kun en lille andel, under fem procent, var meget uenige i dette.

Måden, manden og kvinden håndterer barnløsheden på, er forskellig, og måden, hvorpå de hver især håndterer den, påvirker både dem selv og deres partners oplevelse af *marital benefit*; et begreb, der dækker over hvorvidt barnløsheden bringer parret tættere sammen og styrker deres forhold (Peterson, et al. 2011). Der er en positiv sammenhæng mellem *meaning-based coping*, som er en copingstrategi centreret om at finde mening med barnløsheden og forsøge at sætte andre mål i livet end at blive forældre, og *marital benefit*. Desuden er der en tendens til, at kønnenes anvendelse af den meningsbaserede copingstrategi er tiltagende over tid, hvorfor "*The significance of meaning-based coping strategies cannot be overstated.*" (Peterson, et al. 2011, 1762).

Den eksisterende forskning på området tyder på, at barnløshedens positive betydning for parforholdet er relativt stabil over tid, og at kvinderne har tendens til at opleve en signifikant større positiv effekt end mændene (Peterson, et al. 2011, Schmidt, et al. 2005). Der er desuden forskel på kønnene, med hensyn til hvor åbne de er om deres situation. Tjørnhøj-Thomsen fandt, at kvinderne var mere åbne omkring deres barnløshed end mændene over for eksempelvis kollegaer og venner. Nogle par vælger endvidere at tie om årsagen til deres barnløshed eller mislede personer i deres omgangskreds ved at give udtryk for, at det er kvinden, der har den medicinske diagnose, selvom det reelt set forholder sig omvendt. Dette kan ses som et udtryk for, at parrene forsøger at "beskytte" manden, idet mange mænd føler, men især oplever, at omverdenen har en forventning om, at en "rigtig" mand kan reproducere. (Tjørnhøj-Thomsen 1999). Denne tanke knytter an til forestillingen om, at "*Mens barnløsheden beskrives som værst for kvinder, så er infertiliteten værst for mænd.*" (Tjørnhøj-Thomsen 1999, 85). Dertil er kønnenes brug og effekt af copingstrategier og kommunikation i forhold til *marital benefit* forskellige. Her er det interessant, at manden oplever en større grad af *marital benefit*, hvis han ikke har problemer med at tale med sin partner om barnløsheden, mens *marital benefit* ikke er associeret med kommunikation hos kvinden (Schmidt, et al. 2005).

Som illustreret kan ufrivillig barnløshed have en positiv betydning for parforholdet. Men barnløsheden opleves også ofte som en stressende faktor, der kan resultere i *marital distress*; et begreb, der dækker over, om parforholdet har lidt grundet barnløsheden. I relation til *marital distress* fandt Peterson et al. en tendens til, at kvinden og mandens anvendelse af copingstrategier påvirker deres oplevelse af *marital distress*, og ligeledes at kønnene påvirker hinanden internt i parforholdet (Peterson, et al. 2008, Peterson, et al. 2009), ligesom ved oplevelsen af *marital benefit*. Overordnet set er der en negativ sammenhæng mellem *meaning-based coping* og *marital distress*, således at en øget anvendelse af den pågældende copingstrategi resulterer i en mindre grad af *marital distress* (Peterson, et al. 2008, Peterson, et al. 2009).

En anden måde at undersøge samspillet samt et pars interne påvirkning er gennem begrebet *couple congruence*, som dækker over graden af kongruens og enighed mellem de to parter med hensyn til deres opfattelse af indvirkningen af stressfaktorer. Typisk er en høj overensstemmelse mellem parterne ensbetydende med, at de er bedre til at tilpasse sig og håndtere stressfulde begivenheder. Et par vil altså være bedre til at håndtere den livsforandrende begivenhed, ufrivillig barnløshed er, og tilpasse deres parforhold herefter, hvis der er kongruens mellem manden og kvindens oplevelse af stress. (Peterson, Newton og Rosen 2003).

1.2.3.4 At bringe livet under kontrol igen

Barnløsheden forstyrrer kontinuiteten i livsforløbet, og ifølge Becker (1994) er der behov for at skabe en ny organisering af livet og bringe livet under kontrol igen. Mange finder dog dette vanskeligt, fordi de ikke føler sig klar til at gå videre til den næste fase af deres liv: ”*They felt trapped in the present, yet their sense of continuity were grounded in hopes for the future.*” (Becker 1994, 396). Med sit studie illustrerer Becker, at en stor del af de mænd og kvinder, han interviewede, anvendte limbo-metaforen til at beskrive, hvordan de blev i stand til at skabe en ny kontinuitet i deres liv. Flere gav udtryk for, at de levede i et tomrum eller i et overgangsstadium, og at de som følge heraf, på et tidspunkt i processen, spurgte dem selv: ”*What is at stake?*” (Becker 1994, 397). En af Beckers informanter forklarede, at det var hans liv, der var på spil. Han skulle finde noget interessant at beskæftige sig med og ikke lade barnløsheden ødelægge hans liv. De barnløse skulle dermed finde noget, der kunne agere meningsgivende, før de igen kunne skabe en form for kontinuitet i deres liv.

1.2.4 Specialets bidrag

Set i lyset af ovenstående vil dette speciale bidrage til forskningsfeltet med et processuelt blik på barnløsheden. Hensigten er således at belyse barnløsheden som helhed og de udfordringer, den medfører for livsplanen i de forskellige faser, det vil sige tiden før, under og efter fertilitetsbehandling. Det at begribe

barnløsheden som helhed skaber et nuanceret perspektiv på, hvordan barnløse reviderer deres livsplan, når det bliver tydeligt for dem, at de ikke får et barn. Det bliver derfor muligt at følge udviklingen i de barnløses liv og kortlægge de udfordringer, de oplever undervejs, ligesom det bliver muligt at følge udviklingens i deres forestillinger om, hvordan de skal gøre familie og børn. Det processuelle blik betyder endvidere, at det bliver muligt at følge processen frem til erkendelsen af, at ønsket om et barn ikke går i opfyldelse, og i forlængelse heraf hvordan de barnløse forsøger at skabe en tilværelse på ny. I specialet er der også fokus på parforholdet og den betydning, barnløsheden har haft herfor. Der sættes fokus på, hvordan parforholdet overordnet set bliver påvirket af barnløsheden, og hvilken betydning barnløsheden har for opretholdelsen af manden og kvindens fælles livsplan, som er et resultat af deres relation til hinanden. Det overordnede fokus er ikke at forstå, hvordan den ufrivilligt barnløse kvinde og mand hver for sig håndterer deres situation, samt hvilken betydning deres individuelle håndteringer af barnløsheden har for deres egen og deres partners opfattelse af parforholdet. Dog er der fokus på, om barnløsheden synes at styrke eller svække parforholdet, men dette i forhold til om det, at den fælles livsplan bliver udfordret, har betydning herfor. Endelig bidrager specialet også både med kvinden og mandens perspektiver og ikke kun kvindens, hvilket flere tidligere studier har været centreret om (Tjørnhøj-Thomsen 1999, 71).

1.3 Familiedannelse og ufrivillig barnløshed som sociologisk problemstilling

Specialets problemformulering er sociologisk relevant, fordi ufrivillig barnløshed er en sygdom, som rammer et par i fællesskab, hvilket formodentlig påvirker parrets relation til hinanden og er med til at understrege, at sygdom også er følelsen af at være syg, og derfor mere end bare patologiske forandringer. Problemformuleringen er desuden relevant, fordi sygdommen tvinger parret til at revidere deres forestilling om, hvordan de skal gøre familie i en samtid, hvor familien ikke har mistet, men skiftet betydning.

Familien afspejler både en form for kontinuitet og forandring i en verden præget af fællesskab og individualisering. Kontinuiteten kommer til udtryk ved, at individets opvækst fortsat foregår i det fællesskab, som familien udgør. Et fællesskab, som giver et tilknytningssted og en afhængighed, og som skaber en familiemæssig identitet og loyalitet. Det foranderlige består af de omtalte ændringer og nye vilkår i forhold til at danne familie og afspejles ved, at nutidens familie ved første indtryk er meget forskellig fra tidligere tiders familie. (Dencik, Jørgensen og Sommer 2008, 9+14). I dag eksisterer der mange nye familieformer, som accepteres på linje med kernefamilien. Alligevel lever størstedelen stadig i kernefamilier, bestående af en mor og en far samt deres fælles børn: ”*Det er kernefamilien, der er grundskabelonen, og den holder langt de fleste sig til, på trods af, eller måske på grund af, en verden i forandring.*”

(Dencik, Jørgensen og Sommer 2008, 19). Kernefamilien og dens betydning udgør derfor et nødvendigt fundament i en omskiftelig verden præget af individualisme.

Familien har således ikke mistet sin funktion og er “... *ikke under afvikling, men dens betydning ændrer sig – som den altid har gjort – fordi der stilles nye funktionskrav til den.*” (Christensen og Ottosen 2002, 12). En større valgfrihed i forhold til familiedannelse har betydet, at det er blevet mere acceptabelt at være frivilligt barnløs. Forælderrollen er dog stadig attraktiv, og det at blive forældre er fortsat et stort ønske for langt de fleste (Sobotka 2008, 176-177). De fleste tager det derfor for givet, at de kan få børn, fordi der eksisterer en forventning om, at kvinden uden problem kan blive gravid. En forventning, som er affødt af, at mennesket er et biologisk reproduktivt væsen: “*Alle levende organismer reproducerer sig selv (...)* Dette er en af de fundamentale egenskaber, som adskiller levende fra ikke levende ting.” (Nielsen 2014a). Evnen til at reproducere er således en naturlig del af menneskets anatomi. Den umiddelbare forestilling må derfor være, at mennesket til hver en tid kan få de børn, det ønsker sig. Denne opfattelse synes styrket af, at World Health Organization (WHO) karakteriserer det som en sygdom, hvis en kvinde ikke kan blive gravid. Infertilitet bliver dermed betragtet som afvigende, og organisationen definerer infertilitet som “... *a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse.*” (Zegers-Hochschild, et al. 2009, 1522). I en sociologisk kontekst synes det relevant at belyse ufrivillig barnløshed, fordi ufrivilligt barnløse netop oplever det som en selvfølge, at de kan få børn, når de ønsker det (Tjørnhøj-Thomsen 2003, 63) og dermed oplever en uventet livsforandrende begivenhed, når de i stedet for at opleve en transition til *parenthood* oplever en transition til *nonparenthood*. Barnløsheden bliver dermed en omvæltning, der “*By its very nature (...)* must involve a major reconstruction of reality by both partners in an infertile couple...” (Matthews og Matthews 1986, 643).

1.3.1 Parrets syge sociale relation

Infertilitet er altså, ifølge WHO og Sundhedsstyrelsen, en sygdom i reproduktionssystemet. I sociologisk forstand er sygdom ikke blot linket til biologien, men også til de forventninger der eksisterer i samfundet med hensyn til passende social adfærd:

“The key element in a sociological perspective on medicine is (...) that what is labelled a disease may only tangentially be linked to a biological occurrence in the body. Put another way, what gets defined as a disease and how it is treated is not simply a product of biological imperative, but is an aspect of wider social expectations about what is appropriate social behaviour. Our failure to conform to those expectations may lead to us being la-

belled diseased or sick. And this may easily lead to legally sanctioned chemical, surgical or electrical treatments to enforce our conformity with social roles” (White 2009, 42).

Når der skelnes mellem de to engelske begreber, *disease* og *illness*, bliver det tydeligt, at sygdom overordnet set kan opfattes på to måder. Disease-begrebet er i særlig grad knyttet til den biomedicinske sygdomsopfattelse og beskrives som ”... *patologiske forandringer, der giver bestemte tegn eller symptomer.*” (Kristensen 2004, 17). Illness-begrebet relaterer sig derimod til individets subjektive oplevelse af at være syg, samt hvordan individet og dets pårørende håndterer, at individet ikke har det godt (Helman 1981, 548). Forskellen mellem de to begreber kan illustreres således: ”*Disease (...) is something an organ has; illness is something a man has.*” (Helman 1981, 548). Illness-begrebet relaterer sig derfor til den ovenstående sociologiske definition af sygdom.

Infertilitet er en sygdom i reproduktionsorganerne hos enten kvinden, manden eller begge parter (Pinborg, Henningsen og Loft 2012, 123), og årsagen til sygdommen skal derfor findes i den enkeltes biologi. Men et par vil først blive bevidste om sygdommen, når de uden succes forsøger at blive gravide (Koch 1989, 21), og derfor vil de først opfatte sig selv som ufrivilligt barnløse, ”... *hvis de betragter det at blive forældre som en attraktiv og ønskværdig social rolle.*” (Greil, Slauson-Blevins og McQuillan 2010; gengivet fra Risager og Jensen 2015, 11). Mens infertilitet kan henføres til det enkelte individ, kan ufrivillig barnløshed identificeres som en sygdom, der knytter sig til parret i fællesskab:

”Ufrivilligt barnløshed er en lidelse, der vedrører samspillet mellem to mennesker (...) Det afgørende kriterium for, hvorvidt en kvindes barnløshed betragtes som behandlingskrævende, er altså ufrugtbarhedens sociale konsekvenser. Det er ikke den individuelle ufrugtbare kvinde der behandles, det er parrets syge sociale relation.” (Koch 1989, 22+24).

Oplevelsen af at være ufrivillig barnløs er således knyttet til parret i fællesskab, og følelsen af at være syg er dermed central, som også afspejlet i den sociologiske definition af sygdom. Både manden og kvinden i parforholdet oplever at være ufrivilligt barnløse, til trods for at det blot kan være den ene part, som har den egentlige medicinske diagnose. Barnløshed er ikke en individuel problematik, som individet skal håndtere i samarbejde med en sundhedsprofessionel alene, men en fælles problematik som et par nødvendigvis må forholde sig til i fællesskab og en problematik, som parret muligvis må forholde sig til i forhold til omverdenen. (Greil, Slauson-Blevins og McQuillan 2010, 141).

Inden fremkomsten af fertilitetsmedicin og udviklingen af reagensglasbehandling samt andre fertilitetsbehandlinger blev ufrivillig barnløshed opfattet som et socialt problem. De teknologiske udviklinger, som har fundet sted i det 20. århundrede, har dog betydet, at ufrivillig barnløshed i dag også er en problemstilling, der behandles i den medicinske verden. Opsummerende kan det præciseres, at ufrivillig barnløshed er et fænomen, der er interessant at begribe som en sociologisk problemstilling, som dette afsnit løbende har illustreret, på trods af medikaliseringen. Det anerkendes, at infertilitet er en sygdom i reproduktionssystemet. Men netop fordi denne sygdom rammer relationen mellem to individer, opfattes ufrivillig barnløshed som en interessant sociologisk problemstilling.

Kapitel 2 – Den metodologiske tilgang

I dette kapitel redegøres der for den videnskabsteoretiske position, specialet læner sig op af. Hensigten er at præcisere den strategi, der anvendes få at opnå viden, der kan danne grundlag for besvarelsen af problemformuleringen. I forlængelse heraf tydeliggøres den designmæssige tilgang, der anvendes i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af undersøgelsen. Derefter følger en beskrivelse af den metodekombinerende strategi og en præsentation af specialets genstandsfelt, inden kapitlet afsluttes med en vurdering af undersøgelsens reliabilitet og validitet.

2.1 Kritisk realisme

Formålet med specialet er som beskrevet at undersøge, hvordan livsplanen udfordres af ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling, samt hvordan ufrivilligt barnløse skaber en tilværelse uden børn. I forbindelse med den proces, de barnløse gennemgår, vil der være fokus på, hvilke generative mekanismer der er i spil og har indvirkning på deres drøm om et barn og parforholdet, når det går op for dem, at de er ufrivilligt barnløse, påbegynder fertilitetsbehandling, men fortsat er barnløse når behandlingen stopper. Processen udgøres af, hvordan barnløsheden og behandlingsforløbet er med til at påvirke udformningen af livet uden børn.

2.1.1 Den intrasitive dimension

Kritisk realisme er valgt som specialets videnskabsteoretiske ramme, fordi denne mener, at der eksisterer en objektiv social verden, uafhængig af individets erkendelse heraf, som udgør grundlaget for analyse. Der eksisterer altså en objektiv social verden, som er mulig at undersøge og analysere, hvilket skyldes

fokusset på generative mekanismer frem for hændelser. (Andersen 2007, 13-16). Dette betyder, at der søges efter at finde de generative mekanismer, som er med til at skabe hændelserne. Derfor er fokusset i indeværende speciale ikke kun på barnløshed, fertilitetsbehandlingsforløb, den fortsatte barnløshed og livet efter behandlingen, hændelsen, men hvad der ligger bag reaktionerne og håndteringen af situationen i forbindelse med udviklingen i drømmen om børn, samt hvordan parforholdet bliver påvirket heraf. Kritisk realisme har altså fokus på de bagvedliggende mekanismer, som er med til at generere hændelser. Ufrivillig barnløshed og den proces, der udløses heraf, udgør i indeværende speciale undersøgelsesfeltet, som inden for kritisk realisme er den *intransitive dimension*. Denne dimension udgør den virkelighed, der er genstand for analyse.

Måden, hvorpå den intransitive dimension bliver anskuet, er gennem tre domæner: det *empiriske*, det *aktuelle* og det *reale domæne*, hvor det gennem disse bliver muligt at søge i dybden og konstatere, hvad der har været med til at generere hændelsen. På det empiriske domæne findes det, som er observerbart, og udgøres i dette speciale af ufrivillig barnløshed samt de barnløses forsøg på at opnå en graviditet gennem fertilitetsbehandling. De to andre domæner består af det, som ikke er observerbart samt de generative mekanismer. (Buch-Hansen og Nielsen 2008, 24-25). Det aktuelle domæne består af de fænomener og begivenheder, som eksisterer, uanset om de bliver erfaret eller ej. Denne består af infertilitet, barnløshed, drømmen om et barn, forestillinger om familie med mere. På det dybeste plan findes det reale domæne, og det er her, de generative mekanismer befinder sig. Det er ved at nå ned til dette domæne, at de generative mekanismer kan findes, hvorved der kan findes forklaringer på, hvilke mekanismer der er med til at påvirke, hvilke udfordringer barnløse oplever i forhold til opretholdelsen af livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandling, hvordan de redefinerer deres forestillinger om deres fremtidige liv i forbindelse med deres drøm om børn og deres parforhold.

2.1.2 Den transitive dimension

Viden om den intransitive dimension opnås gennem den *transitive dimension*, der består af teorier, begreber, paradigmer, data og analyseteknikker med mere, der udgør videnskabernes råmateriale (Buch-Hansen og Nielsen 2008, 21). Ved brug af råmaterialerne bliver det muligt at indfange den intransitive dimension på bedste vis. Den transitive dimension er af ændrende karakter, idet råmaterialet kan ændre sig med tiden. Denne udvikling følger den intransitive dimension ikke. (Andersen 2007, 23). Viden er derfor kontekstafhængig, hvorfor udvikling af ny viden er afhængig af kendskab til samt udvikling af eksisterende viden (Buch-Hansen og Nielsen 2008, 22). Det er blandt andet på denne baggrund, at der er lavet et systematisk litteraturstudie, bygget op om de ord og begreber, der har relation til specialets problemstilling. Yderligere vil inddragelsen af teoretiske perspektiver på refleksiv livsførelse, familien og børns betydning i det senmoderne samfund, forhandlinger i parforholdet, samt hvordan en krise håndte-

res, bidrage med at udvikle den viden, der er på området. I forlængelse heraf er det vigtigt at understrege, at sandhed ikke udgøres af individets fortolkninger og teorier om verdenen, idet der derudover eksisterer en virkelighed hinsides individets perspektiv (Andersen 2007, 21-22). De begreber og den teori, der anvendes i specialet, udgør elementer for individet, som ikke er observerbare. Dette betyder, at teorier og begreber kan ændre sig i takt med ny viden, men det gør individets fortolkning nødvendigvis ikke

Kritisk realisme forsøger ved en bevægelse igennem de tre domæner at finde præmisserne for, hvordan barnløse, som har gennemgået fertilitetsbehandling, har håndteret denne proces, samt hvordan dette har influeret deres forestillinger om et fremtidigt familieliv, når konklusionen er givet, nemlig at deres liv er forandret som et resultat af barnløsheden. Der er hermed tale om en bevægelse i dybden, der går fra det empiriske domæne, gennem det aktuelle domæne og ned til det reale domæne, hvor de generative mekanismer befinder sig. (Buch-Hansen og Nielsen 2008, 60).

2.2 Det hermeneutiske element

En vigtig del af kritisk realisme er erkendelsen af, at samfundsvidenskaben altid vil indeholde en fortolkende og hermeneutisk del. Grunden til dette er, at forskere tolker andres tolkninger og meninger i forbindelse med at forstå sociale fænomener. Gennem denne tolkning bliver det muligt at ”... *förstå och förklara den sociala världen försöker vi som samhällsforskare dels tolka och förstå vilken innebörd handlingar och händelser har för människor, men dels också skapa begrepp som gör det möjligt att överskrida common-sense och nå djupare förståelse, och förklaringar av mer abstrakt karaktär.*” (Danermark, et al. 1997, 283). Sociale fænomener bliver anset som værende meningsfulde for individet, men da de ikke er mulige at tælle og måle, er en tolkningen af deres mening nødvendig – dette kaldes også den dobbelte hermeneutik. Det er derfor ikke muligt at lave en samfundsanalyse uden at inddrage individets egen forståelse. Denne hermeneutiske forståelse anvendes også i specialet, da der tages udgangspunkt i informanternes kvalitative udsagn samt både mænd og kvinders besvarelser af et spørgeskema. Gennem de biografisk narrative interviews søges der efter at generere ny viden, som kan bidrage yderligere til den viden, der allerede er tilstede på området. Dertil består informanternes fortællinger af delelementer, der sat sammen udgør helheden i informanternes fortællinger. Gennem interviewene forsøges det altså at lade subjektiviteten i fortællingerne komme frem (Antoft og Thomsen 2005, 157-158). Hertil vil besvarelserne fra COMPI-datasættet også bidrage med subjektive besvarelser omhandlende det forløb, de har været igennem, fra de påbegyndte fertilitetsbehandling. Det er gennem analyser af interviewene og spørgeskemadata, at det forsøges at opnå en dybere forklaring og forståelse af, hvordan reaktionen på at være barnløs og gennemgå fertilitetsbehandling påvirker de fremtidige forestillinger om livet. Med denne videnskabsteoretiske ramme og dens perspektiv på, hvordan det er muligt at undersøge

den sociale verden, kommer specialet frem til ét bud på sandheden. Denne sandhed udgør dog ikke en endegyldig sandhed, da sandheden afhænger af de teorier, der anvendes, og den kontekst, specialet indskriver sig i.

Gennem denne videnskabsteoretiske tilgang forsøges det i indeværende speciale at finde frem til de generative mekanismer, der kan være med til at forklare, hvordan ufrivillig barnløshed opleves og håndteres, samt hvordan barnløse skaber en tilværelse efter endt behandling. Dette gøres gennem biografisk narrative interviews samt spørgeskemadata, hvor personer, der har været gennem fertilitetsbehandling, fortæller, hvordan de har oplevet denne proces, samt hvordan deres liv har udformet sig, efter behandlingen stoppede. Ved hjælp af de teoretiske perspektiver og den viden, der allerede er på området, vil dette speciale forsøge at finde frem til de generative mekanismer, der er i spil, og som kan forklare, hvilke udfordringer barnløse møder i forbindelse med at opretholde livsplanen, og hvad der har indvirkning på meningsskabelsen i en tilværelse uden børn.

2.3 Et longitudinalt forskningsdesign

For at finde frem til de generative mekanismer er hensigten at udforme specialet med fokus på den proces, ufrivilligt barnløse gennemgår, fra det går op for dem, at de ikke kan blive gravide, og frem til at de står efter endt fertilitetsbehandling uden et barn. Det er den udvikling, de gennemgår i denne periode, der er interessant at begribe i forhold til at besvare problemformuleringen, hvorfor også specialet udformes med udgangspunkt i et longitudinalt design, og der slås således ned i forskellige perioder i den omtalte proces (de Vaus 2001, 118).

Processen vurderes overordnet at være karakteriseret af tre perioder – før, under og efter fertilitetsbehandlingen. Det kan dog være vanskeligt at definere, hvornår selve behandlingsforløbet påbegyndes. Som udgangspunkt markeres begyndelsen af behandlingsforløbet med den første behandling – det være sig hormonbehandling, inseminationsbehandling eller en mere højteknologisk behandling. Det kan ligeledes være vanskeligt at definere, hvornår behandlingsforløbet afsluttes. De barnløse kan blot lade være med at opsøge fertilitetsklinikken igen til et nyt forsøg, uden at dette nødvendigvis er en aktiv beslutning om at stoppe definitivt med at forsøge at få et barn. Tiden under og efter fertilitetsbehandling kan således flyde sammen og ikke nødvendigvis adskilles helt eksakt, men med inspiration fra Cederberg defineres overgangen til tiden efter fertilitetsbehandling som tiden, hvor parret har eller forsøger at tage afsked med drømmen om det biologiske barn (Cederberg 2006, 243) eller i hvert fald ikke længere forsøger at forfølge drømmen ved hjælp af fertilitetsbehandling. De tre perioder kan altså ikke defineres entydigt og adskilles fra hinanden, hvilket blot understreger, at der er tale om en proces.

Specialets problemformulering søges besvaret med en kombination af biografisk narrative interviews og kvantitativ dataanalyse. Der er foretaget fem biografisk narrative interviews, mens datamaterialet til de kvantitative analyser er hentet fra *The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme*; et prospektivt kohortestudie blandt par, der påbegyndte fertilitetsbehandling i år 2000-2001. Datamaterialet består af tre målinger: baseline, 1.-års follow-up og 5.-års follow-up. (Schmidt 2006, 395-396), hvor baseline markerer begyndelsen af behandlingsforløbet. Med interviewene bliver det muligt at indfange informanternes samlede fortællinger, fra det tidspunkt de vælger at starte deres fortælling og frem til i dag eller muligvis længere frem i tiden: ”*Fortællingen skal forløbe fra et eller andet fortidigt udgangspunkt, til det tidspunkt, hvor den tid der fortælles om, falder sammen med udsigelsestidspunktet (...) Enkelte fortæller videre om deres drømme, ønsker og planer for resten af livet...*” (Horsdal 1999, 115-116). Interviewene kan således afdække informanternes livshistorier og dermed også tiden før, under og efter deres fertilitetsbehandlingsforløb. Hvad angår det kvantitative datamateriale er den første måling foretaget ved begyndelsen af fertilitetsbehandlingen, hvorfor de kvantitative analyser i begrænset omfang vil kunne bidrage til at afdække perioden, før behandlingen påbegyndes. Endvidere er datamaterialet i høj grad optaget af at indfange de barnløses oplevelser i forbindelse med fertilitetsbehandlingen og har derfor ikke fokus på at kortlægge, hvordan den gruppe, der forbliver barnløse, skaber en tilværelse efter endt behandling. De kvantitative analyser kan derfor ikke på samme måde som interviewene afdække livsforløbene fra ende til anden, men kan til gengæld bidrage til processuelle aspekt, idet udviklingen mellem de tre målinger kan indfanges.

Ovenfor er det præciseret, hvordan det processuelle konkret begribes med henblik på at besvare problemformuleringen. Informanterne udfolder også deres livsfortællinger i en tidsmæssig ramme, men ikke nødvendigvis i kronologisk tid, og der vil sandsynligvis være forskel på varigheden af de begivenheder, de beretter om. (Horsdal 1999, 115+117). Der eksisterer således både en *story time* og en *narrative time*, og tid er dermed ikke udelukkende en kvantitativ størrelse. Blandt informanterne og studiepopulationen vil der være forskel på varigheden af deres behandlingsforløb afhængigt af, hvor mange behandlinger de har modtaget, og hvor ofte de har modtaget behandling. Derudover vil oplevelsen af tid være forskellig: ”*Enkelte begivenheder kan fylde meget. Der kan fortælles indgående og detaljeret om ganske kortvarige hændelser, mens lange tidsafsnit resumeres i få sætninger eller helt udlades.*” (Horsdal 1999, 117). Oplevelsen af tid er dermed individuelt, men i forbindelse med at analysere informanternes fortællinger søges de rekonstrueret efter kronologisk tid, det vil sige *story time*, hvilket ”... *forudsætter en inddeling af fortællingen i episoder...*” (Horsdal 1999, 118). Netop derfor begribes livsfortællingerne med udgangspunkt i de tre episoder – før, under og efter fertilitetsbehandling. Afgrænsningen af en episode kan være udfordrende, men ”*Tit er overgangene fra én episode til en anden markerede i fortællingen, evt. med tidsadverbier (...) eller med årstal.*” (Horsdal 1999, 118). Inddelingen af livsfortællingerne i episo-

derne før, under og efter fertilitetsbehandlingen synes for det første at være bredt dækkende og derfor favnende for alle par, der har modtaget fertilitetsbehandling, og som det vil fremgå i analysen, er overgangene mellem de tre episoder også relativt tydeligt markeret i informanternes fortællinger.

COMPI-datamaterialet er indsamlet i løbet af en femårig periode fra år 2000-2001 til år 2005-2006 og afdækker således det behandlingsforløb, parrene har gennemgået i den pågældende periode. De biografisk narrative interviews er dog ikke udført med personer, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og informanterne har derfor ikke nødvendigvis modtaget fertilitetsbehandling mellem år 2000-2001 og 2005-2006. Datasættet er sekundært materiale, og kontaktoplysninger på de deltagende par har derfor ikke været tilgængelige, hvorfor rekrutteringen af informanter til interviewene ikke har nogen sammenhæng med spørgeskemaundersøgelsen. Det kan problematiseres, at interviewene og datamaterialet er indsamlet med så mange års mellemrum i forhold til mulighederne for at sammenligne de kvalitative og kvantitative resultater. Som det bliver tydeligt i afsnit 2.4.2, er informanterne rekrutteret med udgangspunkt i samme karakteristika, som er kendetegnende for studiepopulationen. Informanterne ligner derfor på mange punkter studiepopulationen, hvilket synes at retfærdiggøre en sammenligning, vel vidende at eventuelle forskelle mellem resultaterne af interviewene og de kvantitative analyser muligvis kan tilskrives den samfundsmæssige kontekst. Det vurderes dog, at familien som institution er en så integreret del af samfundet, at familiens betydning i løbet af de seneste ti år ikke har ændret sig så markant, at der vil kunne indfanges ændringer over en så kort årrække.

2.4 Metode

I dette afsnit redegøres der for, hvordan specialets kvalitative element, de biografisk narrative interviews, og det kvantitative element, de kvantitative analyser af COMPI-datamaterialet, kombineres med henblik på at besvare problemformuleringen. Afslutningsvis gives en introduktion til specialets empiriske materiale.

2.4.1 Det kvalitative og kvantitative element

Strategien for analysen er at tage udgangspunkt i de biografisk narrative interviews og undervejs sammenholde resultaterne heraf med resultaterne af de kvantitative analyser, og derfor lægges der særligt vægt på interviewene. Der er en række grunde til, at netop denne strategi anvendes. Først og fremmest er interviewene på den ene side altafgørende for at besvare problemformuleringen, fordi de giver mulighed for at afdække informanternes livshistorier med fokus på alle tre perioder, før, under og efter fertilitetsbehandlingen. I tillæg hertil vil det på baggrund af COMPI-datasættet være svært til fulde at afdække, hvad barnløse finder meningsgivende i livet efter endt fertilitetsbehandling. Det synes ikke at være

COMPI-undersøgelsens formål at fokusere på spørgsmål som ”Hvad så nu?” og ”Hvordan kommer vi videre herfra?” Interviewene kan derfor bidrage med flere facetter i forhold til at forstå, hvordan barnløsheden bliver livsforandrende. Der kan her relateres til det metodekombinerende begreb *process*, som dækker over, at ”... *whereas quantitative research tends to bring out a static picture of social life, qualitative research is more processual.*” (Bryman 2008, 615). De biografisk narrative interviews løfter altså opgaven i forhold til at indfange det processuelle, fordi det med interviewene er muligt at fokusere mere fyldestgørende på flere perioder end blot tiden under behandlingsforløbet. Men på den anden side er det ”... *very valuable [...] to uncover regularities, and it is often the identification of such regularities that allows a processual analysis to proceed.*” (Bryman 2008, 615). De kvantitative analysers statistiske element vil netop kunne bidrage til at undersøge en tidsmæssig udvikling, fordi COMPI-datasættet består af tre målinger. I forhold til interviewene, som er informanternes tilbageblik i tid med udgangspunkt i deres nuværende tilværelse, kan de kvantitative analyser slå ned i de tre målinger og undersøge, hvordan respondenterne har haft det i øjeblikket og herudfra måle, om der er sket en udvikling, som ikke er præget af hukommelsesbias. De biografisk narrative interviews og de kvantitative analyser vil således bidrage med forskellige elementer i forhold til at afdække udviklingen i den proces, der undersøges, for at klarlægge hvilke udfordringer ufrivillig barnløshed medfører for opretholdelsen af livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandlingen, og hvordan ufrivilligt barnløse, efter endt fertilitetsbehandling, skaber en tilværelse uden børn.

Som det senere bliver tydeligt, struktureres analysen med udgangspunkt i netop processen, og analysen organiseres desuden på baggrund af de fem interviews og den kronologi, der eksisterer i informanternes historier. Intentionen er derfor, at de kvantitative analyser flettes ind i informanternes fortællinger. Det bliver således muligt at undersøge informanternes historier i en bredere kontekst, fordi ”... *the inferences that are derived from [the] qualitative study are (...) tested with quantitative research.*” (Bryman 2008, 622).

Slutteligt kombineres de biografisk narrative interviews med de kvantitative analyser, fordi interviewene som udgangspunkt er styret af informanterne, hvad de ønsker at fortælle og deres perspektiver: ”*Hvilke begivenheder i livsforløbet, der fortælles og fremhæves, og hvilke der gås let hen over eller forties, er op til fortælleren. Fortælleren selekterer frit og kombinerer frit.*” (Horsdal 1999, 105), alt imens de kvantitative analyser i højere grad er styret af de specifikke temaer – familie og børn samt parforholdet – specielt kredser om. Om denne tilgang gælder følgende:

”*Sometimes, researchers want to gather two kinds of data: qualitative data that will allow them to gain access to the perspectives of the people they are studying; and quantitative*

data that will allow them to explore specific issues in which they are interested. When this occurs, they are seeking to explore an area in both ways, so that they can both adopt an unstructured approach to data collection in which participants' meanings are the focus of attention and investigate a specific set of issues through the more structured approach of quantitative research." (Bryman 2008, 622).

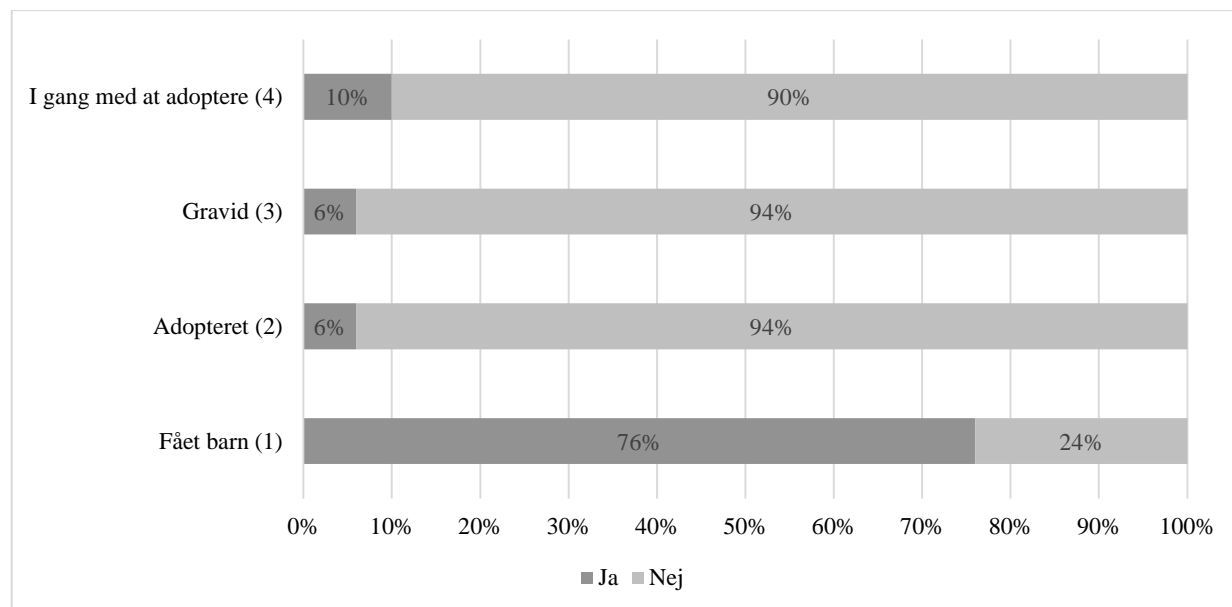
Alt i alt synes besvarelsen af problemformuleringen at blive mere fyldestgørende, fordi de biografiske narrative interviews udfylder de huller, de kvantitative analyser ikke kan og omvendt; en metodekombinerende strategi, der kaldes *completeness* (Bryman 2008, 612).

2.4.2 Specialets genstandsfelt

Fælles for de personer, der indgår som studiepopulation i den kvantitative del af specialet, og de personer, der har bidraget til specialet med deres livsfortællinger, er, at de og deres partner ikke har et fælles biologisk barn, donorbarn eller adoptivbarn, og ved sidste måling i år 2005-2006 samt på interviewtidspunktet ikke var gravid/havde en partner, der var gravid, eller var i gang med at adoptere. Specialet søger at afdække, hvordan livet former sig for par, som ikke får de børn, de havde forestillet sig, hvorfor dette også henviser til donorbørn og adoptivbørn. Derfor har både spørgsmålene om biologiske børn, donorbørn og adoptivbørn betydning for afgrænsningen af genstandsfeltet. Ligeledes tages der i afgrænsningen højde for, hvorvidt parret venter barn, samt om de er i gang med at adoptere, og hvis et par venter barn eller er i gang med at adoptere, indgår de derfor ikke i undersøgelsen, vel vidende at graviditeten eller adoptionen muligvis ikke gennemføres.

I den kvantitative studiepopulation havde 104 ud af de 2.250 personer, som besvarede spørgeskemaet ved baseline, et fællesbarn med deres partner på det pågældende tidspunkt, mens 34 respondenter figurerede som missings på dette spørgsmål. Nedenstående figur illustrerer, hvordan det ved den sidste måling fem år efter så ud med hensyn til, om respondenterne havde fået barn efter fertilitetsbehandling, spontan graviditet eller via adoption, eller om de var gravide/havde en partner, der var gravid eller var ved at adoptere.

Figur 2: Status ved 5.-års follow-up for de respondenter, som ikke havde et fælles barn, da de påbegyndte fertilitetsbehandling, procent



Note: Figuren er baseret på 2.112 besvarelser.

Note 1: Angiver om respondenter har fået et barn efter fertilitetsbehandling eller efter en spontan graviditet i løbet af de fem år, undersøgelsen har forløbet.

Note 2: Angiver om respondenter har adopteret et barn i løbet af de fem år, undersøgelsen har forløbet.

Note 3: Angiver om respondenter er gravide eller har en partner, der er gravid, efter fertilitetsbehandling ved 5.-års follow-up.

Note 4: Angiver om respondenter er i gang med at adoptere ved 5.-års follow-up.

Med udgangspunkt i de 2.112 respondenter, som ikke havde et fælles barn, da de påbegyndte fertilitetsbehandling, frasorteres de, som havde fået et barn eller adopteret i løbet af de fem år, undersøgelsen forløb over målt med 5.-års follow-up, og ligeledes de, der var gravide/hvis partner var gravid, eller som var i gang med at adoptere ved 5.-års follow-up. Når disse respondenter frasorteres, giver det, ved baseline og 5.-års follow-up, en studiepopulation på 98 personer, heraf 57 kvinder og 41 mænd svarende til henholdsvis 58 og 42 procent. Ved 1.-års follow-up havde kun 90 personer fra studiepopulationen besvaret spørgeskemaet; 55 kvinder og 35 mænd. I 27 tilfælde har både manden og kvinden besvaret spørgeskemaet ved de tre målinger. Afgrænsningen af studiepopulationen er således sket med udgangspunkt i de respondenter, der har besvaret alle fem spørgsmål. Respondenter, der figurerer som missings på ét af de givne spørgsmål, er frasorteret og indgår dermed ikke i studiepopulationen.

Der er i alt gennemført fem biografisk narrative interviews med personer, som matcher ovenstående karakteristika. Der er blevet afholdt et interview med parret Lotte og Martin samt interviews med Henriette og med Lisbeth uden deres mænds deltagelse. De lever begge fortsat sammen med den mand, de modtog fertilitetsbehandling sammen med. Desuden er der blevet gennemført to separate interviews med parret Camilla og Nikolaj.

2.5 Reliabilitet og validitet

I dette afsnit vurderes kvaliteten af specialet på baggrund af begreberne reliabilitet og validitet. Overordnet er reliabilitet optaget af spørgsmål om, hvorvidt resultaterne af en given undersøgelse er mulige at genfinde, altså om resultaterne er pålidelige, mens validitet handler om resultaternes gyldighed (Bryman 2008, 31-32).

I specialet er det forsøgt at skabe metodisk gennemsigtighed ved grundigt at gennemgå og forklare de metodiske valg, hvilket har positiv indvirkning på reliabiliteten. Det er beskrevet, hvordan interviewguiden er blevet udarbejdet, hvordan og hvor interviewene blev afholdt, hvordan rekruttering af informanter er forløbet, samt hvad formålet med de biografisk narrative interviews har været. Ligesom det er tydeliggjort, hvordan databehandlingen er udført, og hvilke statistiske analyser der er gennemført. Muligheden for at foretage undersøgelsen igen og opnå de samme resultater synes derfor at være god, velvidende at det er tilnærmelsesvis umuligt at gentage en kvalitativ undersøgelse, fordi undersøgelsesmetoden i høj grad er præget af den sociale kontekst (Bryman 2008, 376). Den metodiske tilgang med biografisk narrative interviews problematiserer reliabiliteten, idet informanterne har været styrende i interview-situationerne og selv selekteret, hvad de mente, var det vigtigste at fremhæve.

Specifikt for de kvantitative analyser gælder, at proceduren for indsamlingen af COMPI-datamaterialet, som er beskrevet i afsnit 6.2.1, er i overensstemmelse med god forskningsskik, ligesom svarprocenten også er tilfredsstillende. Endvidere vurderes COMPI-datamaterialet at være af høj kvalitet, fordi spørgsmålene blev udarbejdet på baggrund af kvalitative interviews med par i fertilitetsbehandling (Schmidt 2006, 410). Fordelen herved er, at "... *better wording or more comprehensive closed answers can be generated.*" (Bryman 2008, 609), og det vurderes at være positivt i relation til validiteten af datamaterialet. Desuden blev der foretaget pilottests i forbindelse med udformningen af spørgeskemaerne (Schmidt 2006, 410), hvilket også vurderes at øge validiteten af spørgsmålene. COMPI-datasættet er *self-reported data*, og Lone Schmidt, som har stået for dataindsamlingen, påpeger selv, at nogle respondenter muligvis forsøger at fremstille dem selv i et mere positivt lys (Schmidt 2006, 410), eksempelvis ved at tilkendegive, at parforholdet ikke er påvirket af barnløsheden, selvom det egentlig er sat under hårdt pres. Hun konkluderer dog, at det er hendes "... *sincere conviction that this was not the case. The qualitative interviews gave a deep insight into the thoughts and emotions of infertile couples, and [she had] no reason to believe that self-reported data gave a wrong picture of the couples' situation.*" (Schmidt 2006, 410). Samme åbenhed oplevede vi i forbindelse med gennemførelsen af de biografisk narrative interviews, hvorfor det også er vores overbevisning, at *self-reported data* er valide på dette område, selvom der er tale om et følelsesmæssigt og meget privat område.

De fem fertilitetsklinikker, der indgår i COMPI-studiet, udførte næsten halvdelen af alle ART-behandlinger i Danmark på tidspunktet for dataindsamlingen, hvilket synes at være et godt udgangspunkt i forhold til konklusionens udsigelseskraft. Det kan dog ikke fastslås, om de par, der har modtaget behandling på de deltagende fertilitetsklinikker, adskiller sig signifikant fra par, som har modtaget behandling på en ikke-deltagende klinik. Det kan for eksempel være, at der eksisterer socioøkonomiske forskelle, idet kun en enkelt privat klinik indgår i undersøgelsen.

Et forbehold ved specialet er, at par er defineret som mand og kvinde, fordi denne definition anvendes i COMPI-datasættet – en naturlig konsekvens af, at lovgivningen om assisteret befrugtning først i år 2007 blev udvidet til også at omfatte enlige kvinder og lesbiske parforhold, jf. afsnit 1.2.2. Fertilitetsbehandling er dog en naturlig del af måden, hvorpå enlige og homoseksuelle kvinder får børn. Disse kvinder oplever derfor ikke ufrivilligt barnløshed som en konsekvens af relationen til deres partner. Endvidere skal det pointeres, at specialet *ikke* giver indsigt i, hvordan par, som ikke søger behandling for deres barnløshed, oplever og håndterer en tilværelse som barnløs, og hvordan de finder mening i en tilværelse, der udformer sig anderledes, end de havde forestillet sig. Dette begrænser dog ikke udsigelseskraften af specialets konklusioner, eftersom hensigten har været at skildre barnløsheden i relation til den proces, der begynder, når barnløsheden bliver en realitet, og som forløber, mens parret er i fertilitetsbehandling og fortsætter, når behandlingen afsluttes, og parret skal revidere deres livsplan. Desuden omfatter COMPI-datamaterialet kun etniske danskere (Schmidt 2006, 409), ligesom kun etniske danskere har indgået i interviewundersøgelsen, og resultaterne af indeværende speciale kan således ikke generaliseres til andre etniske grupper.

Til trods for disse forbehold vurderes mulighederne for at generalisere specialets resultater at være gode, med særlig tanke på den metodekombinerende strategi. De to metoder bidrager på hver deres måde til besvarelsen af problemformuleringen. Det fremhæves, at interviewene giver en detaljeret forståelse af de barnløses fortællinger og oplevelser, mens statistikken løfter det op på et generelt niveau, ligesom de to metoder bidrager på forskellig vis med hensyn til at indfange det processuelle aspekt. I forbindelse med interviewene bliver processen indfanget mere flydende sammenlignet med de kvantitative analyser, idet disse analyser er afgrænset til tre målinger, og det processuelle indfanges dermed ved at måle udviklingen imellem målingerne. Endelig bidrager de to metoder på forskellig vis i forhold til at sætte fokus på parret og de (u)overensstemmelser, der måtte være. Det synes væsentligt, eftersom ufrivillig barnløshed er en sygdom, der er knyttet til parret i fællesskab. Idet både manden og kvinden har deltaget i COMPI-undersøgelsen med hver deres besvarelse, skaber det chancen for at sætte deres besvarelser i forhold til hinanden og undersøge graden af konsensus mellem dem. Dette er væsentligt i lyset af, at nogle interviews kun er gennemført med kvinden. I disse tilfælde er det således kun hende, der fortæller om parfor-

holdet i relation til barnløsheden. Metoderne komplementerer altså hinanden, og med hensyn til generaliserbarheden betyder det, at der både kan foretages statistisk generalisering og analytisk generalisering. Eftersom studiepopulationen i de kvantitative analyser kun indeholder 98 personer, er mulighederne for statistisk generalisering dog begrænset, ligesom der er begrænsede muligheder for at gennemføre komplekse statistiske analyser. Den sub-kohorte, der anvendes i indeværende speciale, er lille, men dette er ikke på grund af en for lille stikprøvestørrelse, eftersom den oprindelige stikprøvestørrelse og svarprocenten vurderes at være tilfredsstillende. Den lille størrelse på studiepopulationen i indeværende speciale er altså et udtryk for, at langt de fleste heldigvis får det barn, de drømmer om, ved hjælp af fertilitetsbehandling. Foruden statistisk generalisering af de kvantitative resultater, kan de kvalitative resultater generaliseres med udgangspunkt i det, der kaldes analytisk generalisering, hvor der dannes ”... *slutninger ved at sammenkæde enkelte tilfælde med teoretiske forestillinger.*” (Antoft og Salomonsen 2007, 49). Som det bliver tydeligt i løbet af analysen, fungerer teorierne i mange tilfælde som gode fortolkningsrammer for de empiriske fund. Både de kvalitative og de kvantitative resultater vurderes altså at kunne generaliseres, hvilket synes at styrke validiteten af specialets resultater.

Indeværende kapitel har tydeliggjort videnskabsteoretiske, designmæssige og metodemæssige refleksioner samt undersøgelsens kvalitet. De metodemæssige refleksioner bestod af en skildring af, hvordan interviewene og de kvantitative analyser kombineres med henblik på besvarelsen af problemformuleringen, ligesom afgrænsningen af genstandsfeltet blev tydeliggjort. For yderligere metodeinformation henvises der til appendikset i Kapitel 6, som indeholder en detaljeret gennemgang af de metodiske valg og fravalg, der er foretaget i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen.

Kapitel 3 – Teori

Dette kapitel består af en teoretisk fundering over specialets problemfelt. Der tages således udgangspunkt i en teoretisering af, hvad der er kendetegnende for nutidens samfund med fokus på individets udformning af sit livsforløb. Efterfølgende fokuseres der på, hvordan udformningen af livsforløbet kommer til udtryk i forbindelse med parforhold og familieførøgelse. Desuden sættes der fokus på, hvordan ufrivillig barnløshed kan teoretiseres som en krise, og herefter hvordan et kriseforløb gennemleves. Afslutningsvist vurderes de teoretiske bidrags væsentlighed i relation til specialets problemfelt.

For at opnå en forståelse af hvordan en livsplan udformes og udfordres af barnløshed, inddrages dele af den engelske sociolog Anthony Giddens' modernitetsanalyse, som den fremstår i *Modernitetens konsekvenser* (1994a), *Modernitet og selvidentitet* (1996) og *Intimitetens forandring* (1994b). I første omgang skal moderniteten opfattes i relation til det institutionelle niveau. Giddens' analyse af nutidens samfund er derfor i høj grad centreret om udviklingen i de samfundsmæssige institutioner, men han betoner, at ”Den forvandling, som moderne institutioner fører med sig, fletter sig imidlertid direkte sammen med individets tilværelse og derfor med selvet.” (Giddens 1996, 9). Moderniteten kan derfor også ses i forhold til selvets bane og selvets fortælling.

Giddens' modernitetsanalyse udgør således den samfundsmæssige ramme for undersøgelsen, og hans teoretiske perspektiver suppleres med teoretiseringer fra andre teoretikere, som identificerer nogle af modernitetens konsekvenser i forhold til parforholdet og barnets rolle. Her tages der udgangspunkt i de tyske sociologer Ulrich Beck og Elisabeth Beck-Gernsheims teori om barnets og parforholdets rolle i det senmoderne samfund, som de belyser i bogen *The Normal Chaos of Love* (1995), ligesom de svenske

professorer i socialt arbejde Margareta Bäck-Wiklund og Birgitta Bergstens teoretiseringer af familie i *Det moderna föräldraskap* (1997) anvendes.

Udover ovenstående anvendes også den svenske psykiater Johan Cullbergs teoretiske perspektiver på krisehåndtering, som han formulerer det i *Krise og udvikling* (2007). Cullbergs teori kan bidrage med et perspektiv på, hvordan et kriseforløb oftest gennemleves og kan dermed give indblik i den proces, som det vurderes ufrivilligt barnløse gennemgår.

Alt i alt er hensigten med dette kapitel at skabe et teoretisk fundament, som er rammesættende for samtiden, og som efterfølgende kan anvendes til at begribe resultaterne af den empiriske analyse.

3.1 Refleksiv livsføring

Den anden demografiske transition er kendetegnet ved store forandringer inden for drømmen om børn samt familiedannelse, jf. afsnit 1.2. Disse ændringer skyldes i stort omfang samfundsudviklingen, som i specialet vil blive belyst gennem Giddens' modernitetsanalyse, hvor han beskriver, hvilke ændringer samfundet har gennemgået, samt hvilken betydning og påvirkning disse institutionelle ændringer har for individet. I sin analyse af moderniteten identificerer Giddens tre overordnede begreber, som han mener kan forklare samfundsudviklingen. Disse tre er *adskillelse af tid og rum*, *udlejringsmekanismer* og *modernitetens refleksive karakter* (Giddens 1994a, 51). Samlet set udgør disse tre begreber kendetegnene for moderniteten, hvorfor de tre begreber er relevante for at forstå den samfundsudvikling, Giddens beskriver. Særligt er det dog modernitetens øgede refleksive karakter, der synes relevant for at belyse specialets problemfelt, da begrebet kan relateres til individets og et pars fælles livsplan.

Traditionerne var i den præmoderne kultur styrende for individets livsfortælling, og livsbegivenheder var foranlediget af institutionaliserede processer, uden individet spillede nogen aktiv rolle. Moderniteten har medført, at de ydre omgivelser ikke på samme måde er definerende for individets livsfortælling som i det præmoderne samfund (Giddens 1996, 93), og et af karaktertrækkene ved moderniteten er også, at individet til en vis grad bliver overbebyrdet med informationer og viden, som det konstant må reflektere over og forholde sig til i forhold til udviklingen af selvidentiteten:

”I modernitetens post-traditionelle orden og på baggrund af nye former for formidlet erfaring bliver selvidentiteten en refleksivt organiseret stræben. Selvets refleksive projekt, som består i at opretholde sammenhængende, men konstant reviderede biografiske fortællinger, finder sted i en kontekst af mangfoldige valgmuligheder...” (Giddens 1996, 14).

Selvet i moderniteten er et refleksivt projekt, og individet er selv ansvarlig for udformningen af dette projekt (Giddens 1996, 94). Selvets refleksive projekt er en proces, hvormed selvidentiteten skabes, og processen er kendetegnet ved de valg, individet træffer med hensyn til blandt andet karriere, partner og børn. Valgene bliver dermed karakteriserende og definerende for individets specifikke livsforløb, og en måde hvorpå individet kan forsøge at kontrollere sit liv. (Giddens 1996, 100+279-280). Ved at træffe valg, og dermed lægge livsplaner, skabes en sammenhæng i individets livsforløb; en sammenhæng, som kommer til udtryk ved, at individet former sit liv med bevidsthed om livsforløbets forskellige faser (Giddens 1996, 94):

”Livsplanerne er det grundlæggende indhold i selvets refleksivt organiserede bane. Livsplanlægning er et middel til at forberede et forløb af fremtidige handlinger, der skal mobiliseres med udgangspunkt i selvets biografi. Man kan i den forbindelse tale om personlige kalendere eller livsplan-kalendere, [som] er et redskab, hvormed væsentlige begivenheder i individets liv kan afpasses tidsmæssigt og indpasses i en personliggjort kronologi. Personlige kalendere bliver ligesom livsplaner typisk revideret og rekonstrueret på baggrund af forandringer i individets situation eller sindstilstand...” (Giddens 1996, 104-105).

For individet handler det således om at forberede og justere sit livsforløb i forhold til en personlig tidsmæssig ramme, og selvom individet ikke absolut strategisk skal planlægge et helt fremtidigt liv, er det alligevel vigtigt, at individet reflekterer over livets større faser, da de *”... er af fundamental betydning for selvrealiseringen...”* (Giddens 1996, 105). Livsplanlægningen er dermed i høj grad koncentreret om markante og gennemgribende faser i livsforløbet, som eksempelvis kan være det at flytte hjemmefra, få en uddannelse eller stifte familie. Endvidere tvinges individet til at genoverveje sine valg og revidere sin livsplan, hvis noget forstyrrer den hidtidige plan. Tidligere studier har konkluderet, at ufrivillig barnløshed skaber et usikkert liv og en identitetsmæssig desorientering, jf. afsnit 1.2.3, og det vurderes på baggrund heraf, at ufrivillig barnløshed er en oplevelse, der giver anledning til revidering af livsplanen.

På trods af at moderniteten er kendetegnet ved, at individet er refleksivt og ikke følger traditionelle forskrifter, er der alligevel en tendens i måden, hvorpå individet træffer sine valg, mener Giddens og introducerer i den forbindelse begrebet *livsstil*, som dækker over *”... et mere eller mindre integreret sæt af praksiser, der følges af individet...”* (Giddens 1996, 100). Den livsstil, individet følger, medfører, at nogle valg er mere oplagte end andre, ligesom der vil være situationer, hvor nogle valgmuligheder vil være helt utænkelige, fordi de afviger for meget fra den livsstil, individet følger (Giddens 1996, 102). Det vurderes derfor, at et par vælger at modtage fertilitetsbehandling, fordi det for dem er oplagt at få børn, hvorfor det også kan synes helt utænkeligt for dem *ikke* at få børn. Det at følge eller skabe en bestemt

livsstil kan umiddelbart minde om at følge traditionelle forskrifter, som individet gjorde i det præmoderne samfund. Giddens understreger dog, at begrebet livsstil ikke kan forenes med traditionelle kulturer, fordi en livsstil er ét valg blandt mange. Livsstil er derfor snarere nogle rutiner og praksisser, der vælges til, frem for noget der går ubevidst i arv. (Giddens 1996, 100-101). Rutinerne og praksisserne følges, men netop fordi de ”... er reflektivt åbne for forandring i lyset af selvidentitetens mobile karakter.” (Giddens 1996, 101), adskiller de sig fra traditioner, som efterleves mere instinktivt. Det essentielle i Giddens’ modernitetsanalyse er dermed, at refleksiviteten har overtaget i forhold til udformningen af livsforløbet.

3.2 Hvorfor stifter vi fortsat familie?

Bäck-Wiklund anerkender også, at tidligere tiders system af holdninger og værdier er gået i opløsning i det senmoderne samfund (Bäck-Wiklund 2003, 52). Hun betoner derfor, ligesom Giddens, at individet selv har ansvar for udformningen af livsforløbet i en konstant foranderlig verden. Men hvorfor ønsker størstedelen så fortsat at få børn og stifte familie, når traditionerne ikke længere følges, og der er mulighed for selv at vælge?

Bäck-Wiklund og Bergsten argumenterer for, at på trods af tidligere tiders værdier og holdningers opløsning er holdningerne og værdierne knyttet til familie de eneste, som har overlevet og stadig er forankret i samfundet: ”*Kernefamilien som ideal lever og udgør stadig en magtfuld forståelseshorisont for hvordan livet skal leves.*” (Bäck-Wiklund 2003, 52). Det at få et barn sammen og skabe en familie udgør altså en central del af livsplanen⁷ (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 107), og det er familien, der udgør rammen, hvorfra livet planlægges. I denne ramme skal individet både forme egne og fælles projekter, hvilket er en udfordring for individet, idet ”... ansvaret for et barn indebærer at alt ikke længere er muligt for den enkelte, samtidig med at barnet åbner for nye fremtidsmuligheder.” (Bäck-Wiklund 2003, 49). Det at blive forældre betyder, at det enkelte individ er nødt til at revidere og koordinere egne livsprojekter med partnerens for at kunne danne rammerne om familielivet som fælles projekt (Bäck-Wiklund 2003, 49).

Bäck-Wiklund og Bergsten mener, at barnet er antimoderne: ”*Barnet krossar därmed föreställningen om görbarheten och individualiteten. Barnet är i den meningen antimodernt. För den som har ett barn är inte allt längre möjligt.*” (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 107). Det at få et barn er altså et valg, som individet træffer, og dette valg har indflydelse på dets livsprojekter, idet nogle af disse ikke kan være mulige grundet hensynet til barnet, og deri findes det antimoderne ved barnet. Det antimoderne ved barnet kommer også til udtryk ved, at det at få et barn er et valg, der ikke kan ændres. Barnet udgør i det

⁷ For Bäck-Wiklund og Bergsten hænger det at stifte familie nøje sammen med det at få et barn. I indeværende speciale defineres familie dog ikke nødvendigvis med udgangspunkt i barnet.

senmoderne samfund et projekt for forældrene, da barnet anses som værende formbart, og netop dette aspekt gør, at barnet er moderne. Bäck-Wiklund og Bergsten fremhæver at børn "... *är resultatet av föräldrarnas val och detta val måste föräldrarna ta ansvar för. Det innebär skyldigheter för föräldrarna eller rättigheter för barnet att få utvecklas på bästa möjliga sätt.*" (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 114-115). Det er altså forældrenes ansvar og opgave at leve op til valget om at være forældre og give barnet de bedste betingelser, sådan at barnet kan udvikle sig på bedste vis. Barnet kommer derfor til at udgøre en del af forældrenes livsplan, som det ikke er muligt for dem at fravælge senere. Bäck-Wiklund og Bergsten påpeger i denne sammenhæng også, at valget om at få et barn er med til at binde to moderne individer sammen for altid. (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 107). At et barn er med til at binde to moderne individer sammen, er Beck og Beck-Gernsheim enige i. De fremhæver i deres teori, at et par i dag får børn af lyst og ikke af nød som tidligere. Børn bliver her set som det, der udgør fundamentet i livet og er med til at give forældrene en følelse af at høre til et sted, mens verden er i konstant forandring (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 108).

Det at få børn sammen bliver altså et fælles livsprojekt, der binder to moderne individer sammen. Dette gør, at begge parter må koordinere deres egne livsplaner med partnerens, så det bliver muligt for dem at lave en fælles livsplan. Giddens beskriver dette som en sammensmeltning mellem to livsplaner (Giddens 1996, 119). Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheims teoretiske perspektiver giver dermed en forståelse af, hvorfor børn i det moderne samfund bliver valgt til, når det at få et barn umiddelbart virker hæmmende for individets egen udfoldelse. De teoretiske synspunkter viser, at selvom et barn kan betegnes som værende antimoderne, har barnets betydning i familien ændret sig markant. Det at blive forældre er noget, man aktivt vælger til, og en rolle, som individet selv ønsker at påtage sig. Barnet bliver anset som værende meningsgivende og bindeleddet mellem manden og kvinden. Beck og Beck-Gernsheim fremhæver særligt børns emotionelle betydning, hermed menes der, at børn giver deres forældre en psykologisk nytte, idet børn giver forældrene mulighed for at få opfyldt deres drøm om et liv, der er "... *meaningful, and with a 'claim to happiness', based on the close relationship with the child.*" (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 105). Børn fås af lyst, fordi forældrene håber, fremhæver Beck og Beck-Gernsheim, at barnet kan give dem noget i forhold til dem selv, hvortil et barn også er en måde at tage afstand fra de konstante ændringer i samfundet, idet et barn har brug for masser af tid, rolige omgivelser og fornuft. Beck og Beck-Gernsheim siger: "*Having a child, looking after it and providing for it can give life new meaning and significance, can in fact become the very core of one's private existence.*" (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 107).

Både Beck og Beck-Gernsheim samt Bäck-Wiklund og Bergsten er optaget af familiens funktion i det moderne samfund, og de mener, at løsrivelsen fra traditionerne har betydet, at individet søger trykthed og

bekræftelse hos familien. Bäck-Wiklund og Bergsten mener med henvisning til Lars Dencik, professor i socialpsykologi, at familien har tre overordnede funktioner. For det første udgør familien et intimitetsreservat, hvor det er muligt for individet at udtrykke sine følelser. Dertil står familien for stabilitet og agerer afkodningscentral for familiens medlemmer, hvorfor det bliver muligt for individet, gennem familien, at blive bekræftet som unikt individ. (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 111). Dencik fremhæver i denne forbindelse, hvor vigtig familien er for individet: *”I undersøgelse efter undersøgelse vises det med eftertryk, hvilken stor betydning en velfungerende familie har for både børns og for voksnes velfærd.”* (Dencik 2005, 91).

Familiedannelse og det at få et barn har altså fortsat en væsentlig funktion og udgør stadig en vigtig del af individets forestillinger om livet. Det er derfor elementer, som fortsat udgør centrale elementer i individets livsplan. En livsplan, der må koordineres med en partners for sammen at kunne skabe den familie med børn, der dømmes om.

3.3 Relationen mellem manden og kvinden

Refleksiviteten, valget og struktureringen af individets eget livsforløb gælder også ved kærlighed, idet individet frit kan vælge partner (Giddens 1996, 107). Valg af partner hænger i moderniteten i høj grad sammen med den romantiske kærlighed og er ikke forankret i ydre forhold, som Giddens beskriver med udgangspunkt i ægteskabet:

”Visse af de traditionelle ægteskabelige træk holder ved (...) Tendensen går dog i retning af, at de på forhånd etablerede ydre kontrakter dør bort – et fænomen, der oprindeligt blev ledsaget af en stadig mere udbredt opfattelse af romantisk kærlighed som det grundlæggende motiv for at blive gift. Ægteskabet bliver i stadig større udstrækning et forhold, der indledes og fastholdes med henblik på at få følelsesmæssig tilfredsstillelse gennem den nære kontakt med den anden.” (Giddens 1996, 110).

Ægteskabet og forhold generelt er således i høj grad baseret på følelsesmæssige bånd. Om denne type forhold anvender Giddens begrebet *det rene forhold*. Ægteskabet minder derfor i dag meget om det rene forhold, fordi ægteskabet ikke længere er en praktisk foranstaltning mellem en mand og en kvinde, ligesom kærlighed og seksualitet ikke nødvendigvis er knyttet sammen via ægteskabet i moderniteten (Giddens 1994b, 63). I tråd med Giddens’ teoretisering om det rene forhold fremhæver Beck og Beck-Gernsheim, at der i forbindelse med familie og kærlighed er kommet en *new era*, hvilket er resultatet af en kollision af individets interesse i kærlighed, familie og personlig frihed (Beck og Beck-Gernsheim

1995, 1). Den udvikling, som samfundet har været igennem, har frigjort individet fra traditionerne, og et forhold opstår i dag på baggrund af manden og kvindens kærlighed til hinanden: *"It is no longer a union between a man and a woman arranged by outsiders according to prescribed criteria but an initiate, deeply personal encounter between two committed individuals (...) recognizing only one authority – the language of the heart."* (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 81). At kærlighed og det romantiske forhold til et andet menneske er vigtigt i en individualiserede og omskiftelig verden, er Beck og Beck-Gernsheim samt Giddens enige om, fordi kærligheden skaber stabilitet og tryghed. Beck og Beck-Gernsheim beskriver det således: *"The more other reference points have slipped away, the more we direct our craving to give our lives meaning and security towards those we love."* (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 50). Individet har i dag færre tætte relationer end tidligere, og de få tætte relationer er derfor vigtigere end nogensinde før. Derfor er det også essentielt for individet at have en partner, som kan give emotionel støtte og en mening med tilværelsen. Desuden kan kærlighedsforholdet gøre individet bedre i stand til at håndtere ændringer og tilpasse sig nye forhold. (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 48-49). På samme måde lægger Giddens vægt på, at intimitet er nødvendigt for skabelsen af en længerevarende stabilitet i et forhold, og individet søger intimiteten for at få et fast holdepunkt:

"En stor del af den moderne tilværelse løber ad upersonlig spor, i kontekster som befinder sig fjernt fra det almindelige individ, og i forhold til hvilke vedkommende kun har delvis eller slet ingen kontrol. En flugt ind i intimiteten er et forsøg på at sikre en meningsfuld tilværelse i velkendte miljøer, som ikke er blevet en del af disse større systemer." (Giddens 1996, 115).

Selvidentiteten, siger Giddens, udvikles gennem intimiteten med partneren, og intimiteten integrerer parternes individuelle livsplaner og skaber en fælles historie (Giddens 1996, 118-119). Parforholdet vil udvikle sig i retningen af, at manden og kvinden deler vaner og holdninger om alt lige fra hverdagens små hændelser til livets større spørgsmål, som for eksempel hvorvidt en fælles fremtid inkluderer et barn. Partneren influerer dermed individets selvidentitet, og gennem meningsudveksling med partneren søger individet sig selv og sin egen livshistorie (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 50-51).

Når vigtigheden af kærlighed og intimitet bliver central i individets tilværelse, opstår der også besværligheder og problemer netop på grund af individualiseringen. Der kan opstå stridigheder i parforholdet, hvis den ene part redefinerer sine overvejelser om blandt andet familiedannelse og karriereveje, og udfordringerne består derfor i at finde en balancegang i individets egne ønsker for fremtiden i samspil med parrets fælles fremtid. (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 25+77). Samspillet mellem parforholdet og individets søgen efter selvrealisering gør, at parret konstant må genforhandle og bekræfte deres forhold, me-

ner både Beck og Beck-Gernsheim (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 50) og Giddens: ”*I de situationer, hvor forholdet truer med at glide over i en anden type af relation, må man træffe en ”beslutning om at gen-forpligte sig over for hinanden og foretage de ændringer og beslutninger, der måtte være nødvendige for at kunne vokse sig tætte igen”.*” (Giddens 1996, 116). Det rene forhold indledes og opretholdes med udgangspunkt i, hvad begge parter kan få ud af forholdet og er kendetegnet ved, at det forholdsvist let kan opløses, hvis den ene part ikke længere føler, at forholdet er fordelagtigt. Forudsætningen for at det rene forhold fortsat kan fungere er, at begge parter oplever, ”... *at de hver især får nok ud af forholdet til at gøre det umagen værd at fortsætte.*” (Giddens 1994b, 68). Forholdet eksisterer således kun for dets egen skyld, hvorfor det også kan udgøre en trussel for selve forholdet, hvis parterne oplever konflikter, de ikke formår at komme til bunds i og få løst (Giddens 1996, 111). Refleksiviteten og individets overvejelser om dets fremtidige livsforløb bliver således en iboende del af det rene forhold, fordi individet med jævne mellemrum må gøre op med sig selv, hvorvidt det fortsat ønsker at opretholde forholdet til sin partner.

En mand og en kvinde kan indlede et forhold med henblik på, at de på et tidspunkt skal have et barn. Barnet bliver dermed en del af det, parterne hver især forventer at få ud af forholdet, og en del af deres fælles tankesæt om fremtiden. Det vurderes derfor, at et par, som oplever ufrivillig barnløshed, må genoverveje og genforhandle deres forhold med udgangspunkt i vigtigheden af barnet. Er barnet vigtigst af alt? Oplever begge parter fortsat, at de får noget ud af forholdet, og bliver de sammen, selvom det barn, de drømte om, ikke blev en realitet? I forbindelse med en eventuel opløsning af forholdet er det relevant at introducere den del af det rene forhold, som Giddens kalder *konfluerende kærlighed*: ”*Jo mere den konfluerende kærlighed bliver konsolideret som en reel mulighed, jo mere træder ønsket om at finde en ”speciel person” i baggrunden og jo mere tæller det ”specielle forhold”.*” (Giddens 1994b, 67). I moderniteten er individet således i højere grad orienteret mod at finde det perfekte forhold frem for den eneste ene.

Det rene forhold, mener Giddens, bygger på gensidig tillid mellem parterne. (Giddens 1996, 117). Tillid opbygges gennem dialog, og begge parter må lytte til hinanden dagligt, og ”*I de tilfælde, hvor der er behov for at tage væsentligere emner op, må de diskuteres seriøst.*” (Giddens 1996, 118). Beck og Beck-Gernsheim fremhæver også vigtigheden af kommunikation i parforholdet i forhold til arbejdet med at opnå og opretholde sammenlignelige definitioner af deres forhold. De understreger, at det tager tid og kræver hårdt arbejde at forhandle om en fælles fremtid. (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 91-92). Kommunikation vurderes derfor at være essentiel i håndteringen af situationen som ufrivilligt barnløs, fordi det synes at være en begivenhed, der har betydning for parforholdet, fordi barnløsheden er bundet op på relationen mellem manden og kvinden.

Karakteren af parforholdet har altså ændret sig, og et forhold etableres nu med udgangspunkt i kærlighed og opretholdes så længe, manden og kvinden oplever at få noget ud af forholdet. Parforholdet er derfor ikke en praktisk foranstaltning i det senmoderne samfund, hvor også individet har brug for et fast holdpunkt. Manden og kvinden må koordinere deres individuelle livsplaner, hvis de ønsker at etablere en fælles fremtid, som muligvis indebærer ønsket om et barn. Går ønsket ikke i opfyldelse, tvinges parret til at revidere deres fælles livsplan, hvilket kan være udfordrende, idet ufrivillig barnløshed skaber en følelse af manglende kontrol over eget liv og en afbrydelse af det planlagte livsforløb (Becker 1994, Matthews og Matthews 1986). Ufrivillig barnløshed kan dermed, som det bliver tydeligt i nedenstående afsnit, fortolkes som en krise.

3.4 Ufrivillig barnløshed som en krise

Krise kan forstås som en ”... afgørende vending, pludselig forandring, skæbnesvanger rystelse.” (Cullberg 2007, 15). Cullberg skelner mellem udviklingskriser, omhandlende livets almindelige belastninger, og traumatiske kriser, defineret ved ”... individets psykiske situation efter en ydre hændelse som er af en sådan karakter eller grad at den fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller de grundlæggende muligheder for tilfredsstillelse i tilværelsen trues.” (Cullberg 2007, 116). Uventede livsomstændigheder er dermed definerende for den traumatiske krise, og der er tale om situationer af eksistentiel karakter (Cullberg, Krise og Udvikling 2007, 116+137).

Cullbergs teori om krise og udvikling er udarbejdet som en generel teori om udviklingskriser og traumatiske kriser. Han fremhæver som eksempel ufrivillig barnløshed som en traumatisk krise (Cullberg 1999, 40) og understreger, at reproduktion er koblet til forestillingen om den ”rigtige” mand og den ”rigtige” kvinde og deres evne til at sætte et velskabt barn i verden. Derfor er det ikke ualmindeligt, at en krisereaktion vil opstå, hvis et par ikke kan få et barn (Cullberg 2007, 124).

Et traumatisk kriseforløb har, ifølge Cullberg, fire naturlige faser: *chokfasen*, *reaktionsfasen*, *bearbejdningsfasen* og *nyorienteringsfasen*. Chokfasen markerer indledningen på krisen eller kriseforløbet og er indbegrebet af individets forsøg på at holde virkeligheden på afstand, eftersom individet i denne fase ikke vil opleve nogen oplagt måde at begribe den begivenhed, der udløser krisen, på. Afvigende adfærd vil typisk komme til udtryk i chokfasen, hvis overhovedet, ligesom individet udadtil kan være behersket og udstråle kontrol, men bag facaden være fortabt og præget af kaos. Hvis krisen begynder gradvist, som tilfældet med udviklingen af en godartet sygdom til en mere alvorlig lidelse, vil chokfasen ikke umiddelbart optræde. Der må dog fortsat kunne identificeres en begivenhed i sygdomsforløbet, som kan være betegnende for udløsningen af krisen. Reaktionsfasen overtager efter chokfasen, når individet ikke læn-

gere forsøger at holde virkeligheden på afstand, men begynder at indse og erkende det, der er sket, eller det, der kommer til at ske. Den første indledende bearbejdning af traumet indtræder dermed i reaktionsfasen. (Cullberg 2007, 139-140). Individet vil være orienteret mod ”... *at finde en mening i den kaotiske situation.*” (Cullberg 2007, 140), og fokusere på spørgsmål som ”hvorfors?” samt beklage sig over uretfærdigheden i, at det ”skulle gå ud over mig”. Svarene på disse spørgsmål kan synes ulogiske og mangle rational forklaringskraft. Reaktionsfasen udgør sammen med chokfasen *den akutte krise*, og i disse faser vil individet ofte anvende forsvarsmekanismer i erkendelsen og bearbejdningen af krisen. (Cullberg 2007, 140-141).

Bearbejdningsfasen påbegyndes ved den akutte krises ophør, og karakteristisk for fasen er orientering mod fremtiden. Individet søger i denne fase at afprøve at leve med udgangspunkt i de konsekvenser, traumet har medført, hvorfor også fornægtelsen af traumet bliver mindre. Symptomer og afvigelser som følge af traumet aftager, mens individet genoptager vante aktiviteter og bliver i stand til at tage fat på nye udfordringer og kaste sig ud i nye oplevelser. (Cullberg 2007, 148-149). Nyorienteringsfasen overtager herefter og dækker over den resterende del af individets liv. Krisen bliver her en del af individets liv, og individet lever med sorgen, som dog ikke nødvendigvis er hæmmende for at leve et almindeligt liv. I nyorienteringsfasen er bearbejdningen af traumet så godt som fuldstændigt (Cullberg 2007, 150-151), men *“Den store sorg går jo aldrig helt over. Den vil følge en resten af livet. Men det der kan gå over, er at vores liv skal domineres af sorgen og tabet, og at håbløsheden skal være det vigtigste livsindhold i fremtiden.”* (Cullberg 2007, 217).

De fire faser kan umiddelbart ikke adskilles fra hinanden. De kan overlappe hinanden, ligesom en af faserne kan mangle. Cullberg fremhæver også, at inddelingen af et kriseforløb i de fire faser er forenklet, men opdelingen, mener han, er et godt redskab til at anskue og orientere sig i et kriseforløb (Cullberg 2007, 139+151), hvilket netop er relevant for at begribe tidsligheden i forhold til ufrivillig barnløshed. Cullberg fastsætter, i sin generelle beskrivelse af kriseforløbets faser, afgrænsede perioder for, hvor længe de enkelte faser forløber. Det vurderes dog, at det i specialet kan blive vanskeligt at analysere ufrivillig barnløshed med udgangspunkt i Cullbergs tidslinje, fordi det formodes, at ufrivillig barnløshed er en krise, der udvikler sig gradvist. Specialet er derfor som udgangspunkt ikke optaget af længden af de forskellige faser, men snarere hvornår de enkelte par har befundet sig i de forskellige faser og oplevet disse faser i forbindelse med deres håndtering af barnløsheden.

Ufrivillig barnløshed vurderes at kunne kobles til Cullbergs krisebeskrivelser, fordi kendetegnene for sygdommen netop vurderes at være skæbnesvanger rystelse samt trussel mod individets sociale identitet og tilfredshed med tilværelsen, som får en livsforandrende konsekvens, jf. 1.2.3. Til sammenligning med

Cullbergs fremstilling af et kriseforløb beretter Giddens om skæbnesvangre øjeblikke, som er hændelser eller begivenheder ”... hvor et forhold ”vrides af led” – hvor en given tilstand pludselig ændres af nogle få vigtige begivenheder.” (Giddens 1996, 136). De skæbnesvangre øjeblikke er situationer, der vender op og ned på individets tilværelse og skaber vendepunkter i forhold til den overordnede livsplanlægning, hvorfor de også tvinger individet til at foretage skelsættende beslutninger i forhold til forestillinger om det fremtidige liv (Giddens 1996, 135+169). Et skæbnesvangert øjeblik udgør således en overgang, som vil præge selvidentiteten og ”... omforme identitetens refleksive projekt via de medfølgende ændringer for livsstilen.” (Giddens 1996, 169).

Ufrivillig barnløshed vurderes som værende et skæbnesvangert øjeblik, fordi det netop er et eksempel på, at det omformer et pars overordnede livsplanlægning, når de finder ud af, at de ikke kan få et barn. Barnløsheden synes at tvinge et par til at foretage skelsættende beslutninger om deres fremtid, og som Giddens fremhæver, er ”*Skæbnesvangre beslutninger (...) pr. definition næsten altid vanskelige at træffe, fordi de er karakteriseret af en blanding af noget problematisk og noget væsentligt.*” (Giddens 1996, 137). Beslutningen om at afbryde et behandlingsforløb – hvad enten denne beslutning er mere eller mindre bevidst – må altså være vanskelig, fordi denne beslutning bliver kendetegnende, og dermed væsentlig, for individets fremtidige liv, samtidig med at den er problematisk, fordi beslutningen betyder et farvel til drømmen om det biologiske barn, som ellers har været en essentiel del individets syn på sig selv og forestilling om fremtiden.

3.5 Teoriernes anvendelighed

Hensigten med ovenstående har været at præsentere en række teoretiske perspektiver i relation til speciallægens problemfelt. For at kunne afdække hvorfor livsplanen bliver udfordret af barnløsheden, er den samfundsmæssige kontekst, hvori individet former sit liv, medtaget og eksemplificeret ved Giddens’ perspektiver på selvets refleksive projekt. Et kritikpunkt af Giddens’ teoretisering synes at være hans fornægtelse af traditionernes betydning for individets livsforløb. Ønsket om at finde en partner, med hvem det bliver muligt at stifte familie og få børn, udgør fortsat en drøm for mange, jf. afsnit 1.3, hvorfor traditioner knyttet til familie og det at få børn ikke er blevet opløst i samme grad, som Giddens fremlægger det. Giddens betoner dog, at “*Traditioner kan retfærdiggøres, men kun i lyset af viden, hvis gyldighed ikke i sig selv er godtgjort af tradition.*” (Giddens 1994a, 39). Traditioner kan således, ifølge Giddens, endnu eksistere i det senmoderne samfund, men kun på baggrund af at individet har reflekteret over disse traditioner og vurderet, at de fortsat er meningsgivende i forhold til livets udformning.

I forlængelse af Giddens' synspunkter på refleksivitet og traditionelle forskrifter er det relevant at inddrage Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheims perspektiver, fordi de forholder sig til modernitetens konsekvenser for familiedannelse, barnets rolle og parforholdet. De er alle enige med Giddens i, at samfundet har gennemgået store forandringer, der også har haft betydning for individet. Men de fremhæver, at selvom samfundsændringerne har været store og har ændret mange traditioner, er forestillingen om familie og børn noget, der har rodfæstet sig og derfor fortsat er relevant at fokusere på i en senmoderne kontekst, hvor der ellers er meget fokus på det individualiserede livsforløb. Teorierne giver altså en teoretisk forståelse af, hvorfor ufrivilligt barnløse ønsker at få et barn.

Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheims perspektiver på børn og familiedannelse er meget optagede af den mening og sammenhængskraft, som barnet giver dets forældre. Dog forholder de sig ikke til, hvilken emotionel betydning det har at være barnløs; enten frivilligt eller ufrivilligt. Beck og Beck-Gernsheim samt Giddens påpeger dog, at parforholdet og den nære kærlighedsrelation til et andet individ udgør en emotionel støtte, og de har dermed fokus på det essentielle i at have en partner som et fast holdepunkt i en individuel og omskiftelig verden. De to teoretiske perspektiver giver altså en forståelse af, hvordan barnet og forholdet til partneren giver en emotionel støtte og skaber en mening med tilværelsen, men de teoretiske perspektiver skaber ikke et billede af, hvad barnløse gennemgår, når de finder ud af, at de ikke kan få det barn, de havde en forestilling om skulle agere meningsgivende i deres liv fremover. Til gengæld bidrager Cullbergs teori om krise og udvikling med en forståelse af den processuelle udvikling af ufrivillig barnløshed som en krise, fra krisen først indtræder, til den er blevet en almindelig del af hverdagen.

Kapitel 4 – Analyse

Dette kapitel indeholder specialets analyse, som er inddelt i tre dele med fokus på tiden inden, under og efter fertilitetsbehandling. Inden analysen påbegyndes følger præsenteres analysestrategien.

4.1 Analysestrategi

Dette afsnit indledes med en præcisering af strategien for analysen i forhold til sammenspillet mellem specialets empiriske materiale og teoretiske elementer. Afsnittet afsluttes med en gennemgang af analysens opbygning med hensyn til analysedelens indhold. Strategien for analysen er at tage afsæt i de fem biografisk narrative interviews samt de kvantitative analyser, der fremkommer på baggrund af COMPI-datamaterialet. Omdrejningspunktet for analysen vil være interviewene, hvis resultater sammenholdes med statistikken. De teoretiske perspektiver, der blev præsenteret i forrige kapitel, vil fungere som fortolkningsramme. Denne tilgang er i overensstemmelse med kritisk realismes tilgang til sondringen mellem den transitive og intransitive dimension, som: ”... *indebærer (...) en skrap skelnen mellem væren og viden, og at førstnævnte prioriteres i forhold til sidstnævnte.*” (Buch-Hansen og Nielsen 2008, 23). Derfor er empirien i fokus, fordi det netop er empiriren, der er formålet at skabe viden om. Der er altså ikke tale om en teoritestning eller teorigenerering, hvorfor hensigten med analysen ikke er at undersøge teoriens forklaringskraft, ligesom hensigten heller ikke er at udvikle et nyt teoretisk begrebsapparat. Formålet er at anvende teorien som fortolkningsramme for at skabe en forståelse af mønstre og handlinger i empirien. Hensigten med denne tilgang er derfor at opnå en viden om de mekanismer, der umiddelbart lægger bag det der erfares i interviewene og i statistikken. Desuden giver interviewenes format mulighed for at anvende elementer fra den biografiske metode som fortolkningsramme.

Analysen struktureres med udgangspunkt i den proces, det vurderes, barnløse par, der har været i fertilitetsbehandling, gennemgår; nemlig tiden inden, under og efter fertilitetsbehandling – analysen er derfor inddelt i tre dele. Med afsæt i et longitudinalt design, som følge af et ønske om at belyse barnløshedens udfordringer for opretholdelsen af livsplanen, vurderes denne inddeling anvendelig for at indfange den proces, informanternes fortællinger er indbegrebet af. De tre delanalyser vil være koncentreret om en række temaer, som er fremkommet dels på baggrund af de temaer, der indledningsvist blev vurderet relevante, og dels med udgangspunkt i informanternes fortællinger. Denne strategi til analysen af empirien er valgt, fordi der søges en afvejning mellem, at ”... *der er særlige temaer, som livshistorierne skal belyse...*” (Horsdal 1999, 108) for at besvare problemformuleringen og ”... *at en begivenhed, der er værd at nævne, er en begivenhed, der har sat sig spor i fortællerens biografi. En sådan begivenhed vil typisk have efterladt at aftryk, som i en eller anden grad har ændret erfaringernes struktur i den biografiske fortælling,*” (Antoft og Thomsen 2005, 169).

I relation hertil vil analysen være kendetegnet ved, at der søges en forståelse af hver enkelt livsfortælling med plads til informanternes individuelle historier, men også at livsfortællingerne søges forstået i lyset af hinanden og i relation til resultaterne af de kvantitative analyser. Analysen er derfor ikke en decideret biografisk analyse af de enkelte informanternes fortællinger fra ende til anden, idet de enkelte fortællinger sammenholdes i forhold til processen og temaerne.

4.1.1 Analysens opbygning

Analysen indledes med en kort introduktion til studiepopulationen og informanterne med udgangspunkt i en række faktorer knyttet til deres fertilitetsbehandlingsforløb.

Den første del af analysen tager afsæt i tiden inden fertilitetsbehandlingen, og søger at belyse informanternes beslutning om at få et barn, herunder de forestillinger de gjorde sig om familie og graviditet inden barnløsheden blev en del af deres livshistorie. Disse forestillinger sammenholdes med intensiteten i studiepopulationens ønske om et barn. Afsnittet om tiden før fertilitetsbehandlingen afsluttes med fokus på, hvordan informanterne og studiepopulationen på dette tidspunkt er påvirket og udfordret af barnløsheden.

Den anden analysedel omhandler tiden, hvor de barnløse er i fertilitetsbehandling. Afsnittet indledes med en kort gennemgang af informanterne og studiepopulationens behandlingsforløb. Efterfølgende sættes der fokus på de tanker og forestillinger både informanterne og studiepopulationen har gjort sig om børn undervejs i behandlingsforløbet, herunder hvordan drømmen om et barn udfordres af de ikke-succesfulde behandlinger, tanker om at få børn på anden vis og ligeledes reproduktionens betydning for kønnene hver

især. Herefter sættes der fokus på, hvordan informanterne oplevede deres sidste behandlingsforsøg, herunder hvordan dette forsøg kan betegnes som et vendepunkt i deres livsfortællinger. Dette sammenholdes med studiepopulationens begrundelser for at stoppe behandlingen. Denne analysedel afsluttes med at sættes fokus på parforholdet i relation til behandlingsforløbet og barnløsheden generelt, og informanternes fortællinger sammenlignes her med studiepopulationens tilkendegivelser.

Den tredje analysedel fokuserer på tiden efter endt fertilitetsbehandling. Afsnittet indledes med en kort beskrivelse af informanterne og studiepopulationens nuværende situation. Hensigten med afsnittet er efterfølgende at skabe en forståelse af, hvordan informanterne har skabt en tilværelse uden børn, herunder om de søger at skabe mening ved at få børn på en anden måde end de først havde forestillet sig og/eller om de fokuserer på andre projekter og de muligheder, det omvendt giver dem, at de ikke har fået børn. Efterfølgende belyses det, hvordan informanterne oplever konfrontationen med omverdenen, inden informanternes perspektiver på fremtiden uden børn belyses. Afslutningsvis sættes der fokus på, hvordan det er at leve med en evig sorg. Denne analysedel er udelukkende rettet mod interviewene, da datamaterielt i et meget begrænset omfang har fokus på tiden efter endt behandling.

Samlet set skal de tre analysedele danne grundlag for besvarelsen af problemformulering, som lyder: Hvilke udfordringer medfører ufrivillig barnløshed for opretholdelsen af livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandling, og hvordan skaber ufrivilligt barnløse, efter endt fertilitetsbehandling, en tilværelse uden børn? De tre analysedele indeholder hver især underafsnit. Disse underafsnit indledes med en analyse af det empiriske materiale, hvorefter resultaterne sammenholdes med den teoretiske fortolkningsrammerne, ligesom der drages paralleller til eksisterende forskning. Derudover afsluttes hver af de tre analysedele med en delkonklusion, så der løbende samles op og konkluderes på analysens resultater.

4.2 Baggrundsinformation

Inden analysen påbegyndes, gives der en introduktion til informanterne og studiepopulationen med udgangspunkt i en række faktorer knyttet til deres fertilitetsbehandlingsforløb. Desuden inkluderer indeværende afsnit en beskrivelse af, hvorfor informanterne har valgt at fortælle deres historie i forbindelse med specialet.

Camilla og Nikolaj er i slutningen af 30'erne. De har været sammen i 11 år og har i løbet af de sidste seks år forsøgt at få et barn. Inden de kom i behandling for ufrivillig barnløshed, var Camilla blevet gravid på naturlig vis, men havde en spontan abort. Der er ikke fundet nogen årsag til parrets barnløshed, og

Camilla er ikke blevet gravid efter et af de i alt seks behandlingsforsøg (både IUI og IVF med Nikolajs sæd). De modtog deres sidste behandling for et år siden.

Lotte og Martin er i starten af 40'erne og har været sammen i 14 år. De har i 11 år forsøgt at få et barn og har i den forbindelse været igennem fem behandlingsforsøg, alle med Martins sæd og Lottes æg, i løbet af en periode på cirka et år. Det sidste behandlingsforsøg modtog de for omkring tre år siden. Årsagen til deres barnløshed skal findes hos både Martin, som har nedsat sædkvalitet, og Lotte, som har uregelmæssig ægløsning forårsaget af Poly Cystisk Overie Syndrom (PCOS); ”... en tilstand med flere (poly) væskefyldte hulrum (cyster) i æggestokkene (ovarierne) samtidig med ændring i kønshormoner, der gør at der ikke kommer regelmæssige ægløsninger og at der er forhøjet mandligt kønshormon.” (Nielsen 2014b). Lotte er aldrig blevet gravid efter behandlingsforsøgene.

Henriette er midt i 40'erne, er gift og har været sammen med sin mand i 11 år. De var i fertilitetsbehandling i fem år – primært på privat klinik – og gennemgik i løbet af denne periode syv behandlingsforsøg, hvoraf to forsøg resulterede i graviditeter, som senere blev afbrudt ufrivilligt. Henriette producerer ingen æg, hvilket er årsagen til deres barnløshed. Hun og hendes mand forsøgte derfor at få børn med hjælp fra ægdonation. Det er næsten seks år siden, de afsluttede fertilitetsbehandlingen.

Lisbeth er i starten af 50'erne, er gift og har været sammen med sin mand i snart 20 år. Hun og hendes mand var i fertilitetsbehandling i en periode på omkring to år og modtog i alt tre IVF-behandlinger, og de afsluttede deres behandlingsforløb for cirka 15 år siden. Behandlingen resulterede i ingen af de tre tilfælde i en graviditet. Årsagen til barnløsheden skyldes nedsat ægproduktion, men også mandens nedsatte sædkvalitet.

Som det fremgår af Tabel 1 er kendetegnene for studiepopulationen, at størstedelen af kvinderne er mellem 31 og 35 år, mens størstedelen af mændene er signifikant ældre⁸, idet de er 41 år eller derover, da de påbegynder fertilitetsbehandlingen. Hovedparten af respondenterne har været sammen med deres partner i 6-10 år, og størstedelen har forsøgt at få et barn i over 5 år. Størstedelen har modtaget enten 3 behandlinger eller derunder (39 procent) eller 4-6 behandlinger (40 procent), og behandlingsforløbet har for de fleste strækket sig over en 1-2-årig periode. Næsten tre ud af fire kvinder har imidlertid været i behandling for ufrivillig barnløshed før denne periode, mens den tilsvarende andel for mændene er 61 procent, jf. Bilag 2, Tabel 2A. Af bilaget fremgår det desuden i Tabel 2B, at den hyppigste årsag til barnløsheden er aflukning af en eller begge æggeledere (40 procent), mens 29 procent af de adspurgte oplevede, at der ikke blev fundet en årsag til deres barnløshed.

⁸ Mænd: mean 36,9 år og SD 7,15 og kvinder: mean 33,5 år og SD 3,57.

Table 1: Studiepopulationens alder, antal år med partner, antal år forsøgt at få børn, antal år i fertilitetsbehandling og antal behandlinger, år 2000-2001 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

Alder ¹				
	<i>30 år eller derunder</i>	<i>31-35 år</i>	<i>36-40 år</i>	<i>41 år eller derover</i>
Mænd	9 (22 %)	10 (24 %)	9 (22 %)	13 (32%)
Kvinder	14 (25 %)	24 (42%)	19 (33 %)	0 (0 %)
I alt	23 (23 %)	34 (35 %)	28 (29 %)	13 (13 %)

Antal år med partner ¹				
	<i>Under 4 år</i>	<i>4-5 år</i>	<i>6-10 år</i>	<i>Over 10 år</i>
Mænd	4 (10 %)	8 (20 %)	19 (46 %)	10 (24 %)
Kvinder	6 (11 %)	11 (19 %)	22 (39 %)	18 (32 %)
I alt	10 (10 %)	19 (19 %)	41 (42 %)	28 (29 %)

Antal år forsøgt at få børn ¹				
	<i>2 år eller derunder</i>	<i>3 år</i>	<i>4-5 år</i>	<i>Over 5 år</i>
Mænd	4 (10 %)	5 (12 %)	16 (39 %)	16 (39 %)
Kvinder	5 (9%)	6 (11 %)	21 (37 %)	25 (44 %)
I alt	9 (9 %)	11 (11 %)	37 (38 %)	41 (42 %)

Antal år i fertilitetsbehandling ^{2,3}					
	<i>Under 1 år</i>	<i>1 år</i>	<i>2 år</i>	<i>3 år</i>	<i>4 år</i>
Mænd	4 (11 %)	15 (41 %)	9 (24 %)	3 (8 %)	6 (16 %)
Kvinder	6 (12 %)	15 (31 %)	13 (27 %)	6 (12 %)	9 (18 %)
I alt	10 (12 %)	30 (35 %)	22 (26 %)	9 (10 %)	15 (17 %)

Antal behandlinger ³				
	<i>3 eller derunder</i>	<i>4-6 behandlinger</i>	<i>7-9 behandlinger</i>	<i>10 eller derover</i>
Mænd	17 (43 %)	14 (35 %)	5 (13 %)	4 (10 %)
Kvinder	20 (36 %)	24 (43 %)	8 (14 %)	4 (7 %)
I alt	37 (39 %)	38 (40 %)	13 (14 %)	8 (8 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer.

Note 1: Målt ved baseline, år 2000-2001.

Note 2: Respondenterne havde ikke nødvendigvis stoppet deres behandlingsforløb definitivt ved denne opgørelse.

Note 3: Målt i perioden år 2000-2001 til 2005-2006.

4.2.1 Motivation for deltagelse

Informanterne lægger vægt på, at de har valgt at fortælle deres historie for at være med til skabe fokus på den situation, de står i, og den proces de har været igennem. Flere af dem påpeger desuden, at de håber, deres historie kan være med til at informere udenforstående, så der kan opstå en forståelse af, hvad det er,

disse par har mistet, og hvorfor de har det svært, selv lang tid efter behandlingen er sluttet, og beslutningen om ikke at fortsætte med behandlingen er taget. Yderligere udtrykker informanterne et ønske om, at deres historier kan være med til at hjælpe andre og bryde det tabu, der er omkring fertilitetsbehandling og det at fravælge yderligere behandling samt andre måder at blive forældre på. En af informanterne fremhæver også vigtigheden af at sætte fokus på den gruppe af par, som forbliver barnløse, og som efter endt behandling er overladt til sig selv. Hun fortæller:

”... det er vigtigt, at der er nogen, der tager fat om særligt det her med permanent barnløshed, fordi (...) I det øjeblik man stopper og lukker den dør, så er man fuldstændig på egne ben. Det er ligegyldigt, om du er helt ude i torvene – det skal du selv tage hånd om og sørge for. Der er intet netværk.” (Henriette, 26-27).

Informanterne udtrykker altså et ønske om at skabe opmærksomhed på, at fertilitetsbehandling for nogen ikke ender lykkeligt. Ved at give andre indsigt i deres fortællinger håber de, at de kan udbrede kendskabet om et liv uden børn. Informanterne har selv oplevet uforståenhed fra deres omgivelser i forbindelse med deres barnløshed og fertilitetsbehandling, hvilket bliver uddybet yderligere i analysen.

4.3 Del 1 – Tiden før fertilitetsbehandling

Denne del af analysen består af en beskrivelse af informanternes liv og forestillinger omkring graviditet, børn og familie forud for deres reproduktive udfordringer. Der tages udgangspunkt i den periode, hvor informanterne møder deres partner, deres beslutning om at ville have børn sammen, deres forsøg på at blive gravide samt deres udredningsforløb, før de påbegynder fertilitetsbehandling.

Henriette fortæller, at hun mødte sin mand som 35-årig, og det var hende, der pressede på for at få børn, fordi hun vidste, hendes alder kunne blive en udfordring i forhold til at blive gravid. Parret prøvede at blive gravide på naturlig vis, men et halvt år efter skulle Henriette i anden forbindelse til lægen og blev efter denne konsultation henvist til en privatpraktiserende gynækolog, da lægen var enig i, at Henriettes alder var imod hende. Henriettes fortælling indtil fertilitetsbehandlingen strækker sig over en 1-2-årig periode, hvor hun var optaget af den modstand, hun følte, hun mødte af systemet i forhold til at blive udredt, hvorfor parret havde fokus på, hvad de selv kunne gøre for at blive udredt, ”... og finde ud af om det overhovedet havde nogle udsigter eller ej.” (Henriette, 1). Det endte med, at parret selv betalte for en scanning, som viste, at Henriette var tidligt på vej i overgangsalderen, hvorfor hendes ægproduktion ikke var eksisterende. Yderligere var hun optaget af, at det var hende, som var udfordret i forhold til opnå en graviditet, men hun fortæller, at hun hele tiden troede på, at de nok skulle få et barn, og at de bare skulle have hjælp til at komme i gang.

Lotte og Martins fortælling starter noget tidligere end Henriettes. Forinden parret mødte hinanden, havde Lotte været gift og forsøgt at få et barn med sin eksmand, men uden held. Lotte og eksmanden gik fra hinanden, og kort inden hun fyldte 30 år, mødte hun Martin. Parret fortæller, at de hurtigt vidste, de gerne ville have børn sammen, og efter halvandet år sammen startede de med at forsøge. Efter et halvt år uden resultater henvendte Lotte sig til gynækologisk afsnit, hvor hun fik konstateret PCOS, hvilket hun blev opereret for, men operationen havde ikke den ønskede effekt. Martin blev også tjekket, og det viste sig, at han havde nedsat sædkvalitet. Grundet PCOS har Lotte tendens til overvægt, hvorfor parret blev henvist til et livsstilcenter med henblik på, at Lotte skulle tabe sig, så de kunne påbegynde fertilitetsbehandling. Lotte kom i gang med et vægttab, men det var ikke nok til, at klinikken ville sætte parret i gang med behandling, og om vægttabet fortæller Lotte: ”Det gik bare ikke. Og så havde vi egentligt opgivet.” (Lotte, 3). Parret blev dog ringet op af fertilitetsklinikken et halvt år inden, Lotte fyldte 40 år, og til en samtale med klinikchefen fik parret at vide, at hvis Lotte kunne tabe sig 14 kilo inden sin 40-års fødselsdag, ville de påbegynde behandlingen med det samme. Lotte tabte de 14 kilo, og behandlingsforløbet startede.

Parrets fortælling strækker sig over ti år, og de gav begge løbende udtryk for, at det at få børn så de som en naturlig del af deres fremtidige liv, Lotte siger: *"Jeg havde da ikke forestillet mig, at jeg ikke skulle have børn."* (Lotte, 37), hvortil Martin svarer: *"Nej, at vi bare skulle være os selv."* (Martin, 37) I kraft af sin historie tænkte Lotte dog: *"Altså sker det, så sker det, og så må vi tage den derfra – ligesom da vi lavede huset. Der tænkte vi, at vi lavede det, som vi ville, fordi vi ingen børn havde. Og så må man lave om på det, hvis tingene ændrer sig."* (Lotte, 36). I perioden efter at have opgivet at komme til at modtage behandling købte parret et hus og indrettede det efter, at de ikke ville få børn. Parrets fortælling vidner om, at de tog udgangspunkt i den situation, de var i, modsat Camilla og Nikolaj, der planlagde deres liv med udgangspunkt i det, de gerne ville have.

Camilla har været sammen med Nikolaj, siden hun var i midten af 20'erne, og hun fortæller, at hun havde en klar forestilling om, hvordan hun gerne skulle blive gravid. Hun ville gerne have, at det hele var lidt uskyldigt og uplanlagt. Inden første konsultation hos fertilitetsklinikken blev Camilla gravid på naturlig vis, men i slutningen af første trimester havde hun en spontan abort. Camilla fortæller desuden, at hun *"... altid [har] haft en forestilling om at skulle finde en kæreste, uddanne sig, og vi fandt så det her fine hus, som både skulle rumme det ene, det andet og det tredje, og det skulle simpelthen være så praktisk..."* (Camilla, 16). De praktiske foranstaltninger og rammer til et barn var på plads. Camilla fortæller, at hun blev i sit daværende job, selvom det ikke var specielt spændende, *"... men det var et godt job i forhold til at blive gravid og komme på barsel. Så jeg har gået i mange år og ventet på at blive gravid, så jeg kunne komme på barsel og så få et nyt springbræt."* (Camilla, 6).

Camillas fortælling strækker sig over to år og vidner om, at hun havde en meget klar forestilling om, hvordan hendes liv skulle se ud, både i forhold til hvordan hun ønskede at blive gravid, og hvordan hendes liv skulle se ud, når babyen kom, med nybygget hus og en mere praktisk bil. Nikolajs fortælling er også optaget af de rammer, som Camilla og han var gået i gang med at skabe for deres fremtidige liv.

Nikolaj fortæller, at deres baby-projekt startede, da han kom hjem efter at have arbejdet et år i udlandet. Han fortæller, at der på daværende tidspunkt lå et naturligt pres på dem, eftersom alle omkring dem fik børn. Den mislykkede graviditet forsikrede Nikolaj om, *"... at der var hul igennem"* (Nikolaj, 1), og parret prøvede igen og påbegyndte det, som Nikolaj kalder for *neasting fasen*, hvor der bliver bygget hus med børneværelser, og bilen bliver skiftet ud til noget mere praktisk, imens *"... der selvfølgelig blev kløet på at få skabt produktet."* (Nikolaj, 1). Nikolajs fortælling er sammenlignet med Camillas ikke nær så detaljeret, men rummer de samme begivenheder og strækker sig også over en toårig periode.

Den sidste informant Lisbeth mødte sin mand, da hun var omkring 33 år, og hun fortæller, at de ret kort efter at have mødt hinanden var enige om, at de gerne vil have et barn sammen. Parret tog til lægen efter selv at have prøvet i nogen tid. Lisbeth fortæller, at der var passage i hendes æggeledere, men testen af hendes mands sædkvalitet var ”... *potringe, så det kunne simpelthen ikke lade sig gøre at blive naturligt gravid med hans sædkvalitet.*” (Lisbeth, 1). Inden selve behandlingen kunne starte, skulle Lisbeth stoppe med at ryge og tabe x-antal kilo, hvilket hun formåede, hvorefter parret påbegyndte IVF-behandling.

4.3.1 Ønsket om at få et barn

Tiden inden fertilitetsbehandlingens start er ikke den periode, som fylder mest i informanternes fortællinger. Deres beskrivelser af denne periode er detaljeret, men samtidig hurtigt fortalt, og disse dele er præget af handlinger og aktivitet fra informanterne, idet de selv vælger at tage kontakt til sundhedsvæsenet, da de ikke bliver gravide på naturlig vis. Intensiteten i ønsket om at få et barn er altså stort indledningsvist, hvilket den også er hos studiepopulationen. Af Tabel 2 fremgår det, at størstedelen af parrene er enige om dette, idet der er 13 par, hvor både manden og kvinden havde et højt ønske om at få et barn. Dette bekræftes også i den eksisterende litteratur, der fremhæver, at ufrivilligt barnløse har forestillet sig, at det at få børn og blive forældre skulle udgøre en naturlig del af deres voksne liv (Matthews og Matthews 1986). Tabellen viser også, at der mellem de fleste par er konsensus i forhold til intensiteten i deres ønske om at få et barn, idet der er få par, hvor manden og kvinden ikke er enige.

Tabel 2: Konsensus hos parret i intensiteten i ønsket om et barn, år 2000-2001

Mænd	<i>Enig</i>	<i>Hverken eller</i>	<i>Uenig</i>	<i>I alt</i>
Kvinder				
<i>Enig</i>	13	3	0	16
<i>Hverken eller</i>	1	7	1	9
<i>Uenig</i>	1	0	1	2
<i>I alt</i>	15	10	2	27

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 27 par ved baseline.

Informanternes fortællinger om tiden inden fertilitetsbehandlingens start og studiepopulationens tilkendegivelser vidner om, at det at stifte familie fortsat er vigtigt for individet i en tid, hvor der er øget fokus på selvrealisering. Som Bäck-Wiklund og Bergsten påpeger, eksisterer kernefamilien fortsat som ideal, og informanterne samt studiepopulationen søger også at etablere sig i denne konstellation. Informanternes fortællingerne vidner netop om, at de på dette tidspunkt i fortællingen finder mening i drømmen om et barn og familiestiftelse, og tanken om at de ikke vil få et barn, har endnu ikke strejft dem. De ser altså i tiden inden fertilitetsbehandlingen start ikke dem selv som ufrivilligt barnløse i den forstand, at de aldrig vil få børn. De synes derfor heller ikke at have indledt det kriseforløb, som ufrivilligt barnløshed kan

udvikle sig til ifølge Cullberg. Det at informanterne og deres partnere har vanskeligheder ved at blive gravide på naturlig vis, udløser altså *ikke* chokfasen, som betegner den indledende fase af et kriseforløb. Informanternes reflektive projekt er dermed på dette tidspunkt ikke synderligt udfordret, idet de på den ene side fortsat formår at opretholde den biografiske fortælling om selvet og holde fast i livsplanen om at få et barn. Men på den anden side kan den nyerhvervede viden om barnløsheden karakteriseres som et vendepunkt, fordi vejen til forældreskabet former sig anderledes end forventet. Det er tydeligt i informanternes fortællinger, at det at blive gravide og få et barn er en naturlig del af deres livsprogression, og de tror på, at de nok skal blive forældre på et tidspunkt. Barnløsheden udfordrer derfor ikke deres livsplan på dette tidspunkt i forløbet, og de oplever ikke, at de må tage skelsættende beslutninger, som helt ville omdefinere deres livsplan. Som det fremgår af Tabel 3, udtrykte 32 procent af studiepopulationen dog, at barnløsheden i høj grad var en belastning for deres tilværelse, umiddelbart inden de påbegyndte fertilitetsbehandlingen. Dette hænger givetvis sammen med, at mange har været i behandling på en anden klinik forinden.

Tabel 3: Barnløshedens belastning for tilværelsen, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent

	<i>Enig</i>	<i>Hverken eller</i>	<i>Uenig</i>
Mænd	10 (24 %)	13 (32 %)	18 (44 %)
Kvinder	21 (37 %)	25 (44 %)	11 (19 %)
I alt	31 (32 %)	38 (39 %)	29 (30 %)

$p=0,0309$ og $\lambda=-0,3728$.

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline.

Der er en signifikant forskel mellem kønnene, idet flere kvinder oplevede, at barnløsheden var en belastning for deres tilværelse sammenlignet med mændene. Sammenhængen mellem køn og barnløshedens belastning for tilværelsen er stærk, idet gammakoefficienten er $-0,3728$. Kvinderne oplevede altså på dette tidspunkt i højere grad end mændene, at barnløsheden havde en negativ betydning for deres livsplanlægning, og de oplevede tidligt barnløsheden som værende usikkerhedsskabende for det liv, de havde forestillet sig, de skulle leve. Tidligere forskning har påvist, at kvinder i højere grad end mænd bliver påvirket af at være ufrivilligt barnløse, mens mænd i højere grad bliver påvirket af at have en diagnose som infertil (Tjørnhøj-Thomsen 1999, 85), hvilket muligvis kan forklare den signifikante forskel.

4.3.2 Delkonklusion

Med analysen af tiden før fertilitetsbehandling blev det klart, at informanterne og studiepopulation anså det som en naturlig del af deres livsprogression at blive forældre. Endvidere var det naturligt for informanterne at søge fertilitetsbehandling, da de begyndte at undre sig over, at de ikke blev gravide. På dette tidspunkt i processen er der ingen tegn på krisereaktion fra informanternes side, hvilket tolkes som et

udtryk for, at deres livsplan på længere sigt ikke skal revideres, og at opretholdelsen af livsplanen derfor ikke er udfordret på nuværende tidspunkt. Det er kun måden, hvorpå de vil få det ønskede barn, der ændres. Studiepopulationen syntes at være mere påvirket af barnløsheden umiddelbart inden fertilitetsbehandlingens start sammenlignet med informanterne.

4.4 Del 2 – Tiden under fertilitetsbehandling

Denne del af analysen omhandler tiden under selve behandlingsforløbet og indeholder en beskrivelse af informanternes behandlingsforløb samt det, de lægger vægt på i deres fortællinger i forhold til deres behandlingsforløb. Yderligere fokuserer denne analysedel på de tanker, informanterne har gjort sig om børn undervejs i behandlingsforløbet. Desuden er der fokus på, hvordan den sidste behandling udgør et vendepunkt, samt hvordan barnløsheden påvirker parforholdet.

4.4.1 Behandlingsforløbet

Henriettes fortælling om behandlingsforløbet strækker sig over en 5-årig periode, hvor hun har været igennem syv behandlinger, både inseminationsbehandlinger samt IVF-behandlinger med donoræg. Henriette og hendes mand er de eneste informanter, der har valgt selv at betale for behandling i privat regi, samt de eneste der har gjort brug af nogen form for donor. Parret fik to inseminationsbehandlinger kort efter hinanden i privat regi, hvor Henriette testedes positivt efter begge behandlinger, men i begge tilfælde blødte hun få dage efter. Henriette fortæller, at de herefter valgte at tage en pause fra behandlingen, idet de to mislykkede forsøg var hårde for dem. Pausen blev brugt på at overveje fremtiden, og de blev enige om at forsøge med yderligere behandling. Grundet strejke på sygehusene oplevede parret ventetid og dårlig service i det offentlige, hvilket også var deres oplevelse, da de endelig blev indkaldt til behandling på en offentlig klinik. Parret søgte derfor igen behandling i privat regi, og grundet Henriettes høje FSH-niveau⁹ valgte de behandling med donoræg.

Modsat Henriette oplevede Lisbeth, at personalet på den offentlige klinik, hun var tilknyttet, var imødekommende og skabte en god stemning. Lisbeth og hendes mand var i behandling i en periode på omkring to år, hvor de i alt modtog tre IVF-behandlinger. Alle tre gange oplevede de, at æggene ikke delte sig, som de skulle, hvorfor hun ikke fik lagt æg op nogen af gangene. Efter det tredje IVF-behandlingsforsøg stoppede behandlingsforløbet, hvilket ikke var et aktivt valg, parret selv tog, men et resultat af at lægerne ikke mente, at en graviditet ville ske med hendes æg samt mandens nedsatte sædkvalitet. Parret havde på dette tidspunkt heller ikke økonomi til at søge behandling i privat regi.

Lotte er modsat de andre informanter meget detaljeret i sin beskrivelse af behandlingsforsøgene og var særligt optaget af, hvor mange æg hun producerede ved hvert af forsøgene, hvilket kan bunde i hendes PCOS, der gør, at hun tidligere ikke har kunnet producere æg, hvorfor det at kunne producere æg er afgørende for, at forsøgene overhovedet kunne blive til noget. Parret modtog i alt tre IVF-behandlinger over en periode på et år, men ingen af æggene satte sig fast, og Lotte blev derfor ikke gravid. I fortællin-

⁹ Et højt FSH-niveau kan indikere, at der ikke er ret mange æg tilbage i æggestokkene (Pinborg 2014).

gen om behandlingsforløbet er det Lotte, der hovedsageligt fortæller, mens Martin holder sig på sidelinjen. Det vurderes, at behandlingsforløbet og særligt det, at hun rent faktisk var i stand til at producere æg, betød meget for hende, hvilket givetvis kan forklare dette.

Nikolaj og Camillas behandlingsforløb varede i fem år, hvor de i alt modtog seks behandlinger – tre inseminationsbehandlinger og tre IVF-behandlinger uden succesfuldt udfald. Nikolajs fortælling om selve fertilitetsbehandlingsforløbet indeholder ligesom Camillas ikke en detaljeret beskrivelse af behandlingerne, men omhandler mere hvordan de som par havde det undervejs, og hvordan Camilla undervejs var påvirket af situationen. Undervejs i behandlingsforløbet påbegyndte Nikolaj videreuddannelse i en anden by, hvilket betød, at han var væk meget af tiden, og Camilla derfor ofte var til behandling alene. Camillas historie er i høj grad præget af, hvilken betydning barnløsheden og behandlingen havde for hende psykisk samt deres parforhold. Dertil fortæller Camilla, at hun synes, hele forløbet har været ”*pishamrende hårdt*” og var i det første halve til hele år i behandlingsforløbet også stærkt præget af den spontane abort, hun tidligere havde haft.

Igen er de fem fortællinger forskellige fra hinanden, både med henblik på hvad denne del af informanternes fortællinger har fokuseret på samt deres oplevelser af at være i behandling, og hvordan de har tacklet det. Yderligere er fortællingerne forskellige i forhold til, hvor lang tid behandlingsperioden har strakt sig over, samt hvilke og hvor mange behandlinger informanterne har fået. Som illustreret i afsnit 4.2 modtog størstedelen af studiepopulationen enten 3 behandlinger eller derunder (39 procent) eller 4-6 behandlinger (40 procent) i en periode på 1-2 år for de flestes vedkommende. I nedenstående tabel fremgår det, at hele 85 procent af studiepopulationen modtog IVF-behandling med egen/partnerens sæd i løbet af det første år i behandling, hvilket er den mest brugte behandlingsform.

Tabel 4: Behandling for barnløshed, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt
<i>IVF med egen/partnerens sæd</i>	29 (85 %)	47 (85 %)	76 (85 %)
<i>IVF med donorsæd</i>	1 (3 %)	2 (4 %)	3 (3 %)
<i>ICSI</i>	4 (12 %)	7 (13 %)	11 (12 %)
<i>IUI-H</i>	5 (15 %)	2 (4 %)	7 (8 %)
<i>IUI-D</i>	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (1 %)
<i>Operation af kvinden</i>	3 (9 %)	3 (5 %)	6 (7%)
<i>Operation af manden</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0%)
<i>Ægdonation</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<i>Andet</i>	1 (3 %)	3 (5 %)	4 (4 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 90 personer ved 1.-års follow-up.

Ud over de faktuelle beskrivelser af behandlingsforløbene har informanterne i deres fortællinger også berørt følgende emner: tanker om børn og familie undervejs i behandlingsforløbet, at stoppe i behandling samt barnløshedens betydning for parforholdet. Disse emner bliver uddybet i det følgende.

4.4.2 Drømmen om et barn undervejs i behandlingsforløbet

Barnet og dermed forælderrollen er, som det blev tydeligt i forrige kapitel, i dag et aktivt tilvalg, og barnet bliver symbolet på, at to frigjorte individer er bundet sammen for altid. Parrene i studiepopulationen samt informanterne og deres partner havde netop i fællesskab prioriteret at få et barn, og de ønskede inderligt at blive forældre, hvilket understreges af, at de modtog behandling for barnløshed i forsøg på at få drømmen opfyldt. Alle informanter udtrykte et stort håb om og en tro på at få et barn ved hjælp af fertilitetsbehandling, og håbet blev ikke mindre undervejs i behandlingsforløbet. Men for nogle informanter krakelerede drømmen om det biologiske barn eller donorbarnet i takt med, at behandlingerne ikke var succesfulde, hvilket udfoldes i nedenstående.

4.4.2.1 Håbet udfordres af realiteterne

Ved første behandling havde Lisbeth en klar forventning om, at hun ville blive gravid, men da det ikke lykkedes, fik hun et reality-tjek, og hun tænkte ”... okay, det er ikke sikkert, at du lige er en del af de 63 procent, når det kommer til stykket.” (Lisbeth, 16). Hun beskriver sine forestillinger mere detaljeret:

”... forventningsniveauet, det dalede lidt. Det var ikke noget, jeg snakkede om, og jeg sagde også ”Jamen, så prøver vi næste gang”, når det ikke lykkedes. Men inderst inde var jeg nok godt klar over det (...) Men bare det, at der ikke var noget at sætte op, og at der heller ikke var det anden gang, det tror jeg... Men man håber jo til det sidste, ikke?” (Lisbeth, 16).

Hun fortsætter med flere behandlingsforsøg, selvom behandlingerne ikke resulterede i en graviditet, og at hun ret hurtigt indså, at hun nok ikke blev en del af de 63 procent¹⁰, der ender med at få et barn. At håbet vedbliver, er også tydeligt i den måde, Lisbeth udtrykker sin skuffelse over, at også anden og tredje IVF-forsøg mislykkedes: *”Altså første gang, der var mine forventninger helt deroppe (tornhøje, red.), men anden gang var de mindre. [Men] man bliver sgu lige så skuffet, selvom man har sagt til sig selv, at det sikkert ikke lykkes.” (Lisbeth, 16).* Håbet syntes ikke at forsvinde helt, selvom forventningerne blev mindre undervejs.

¹⁰ Dette er Lisbeths egne tal og stemmer ikke nødvendigvis overens med den egentlig statistik.

Martin fortæller på samme måde som Lisbeth, at håbet ”... på en eller anden måde (...) vil blive ved med at sidde der...” (Martin, 28). Men han fortæller også, at han ”... synes [drømmen] fik et lille hak hver gang (...), fordi det var endnu et nederlag...” (Martin, 29). Lottes respons til dette er dog noget anderledes:

”Det synes jeg ikke (...) Jeg havde hele tiden håbet om, at næste gang der ville det lykkes. Jeg tror, i hele det år vi var i behandling, der [var drømmen] tæt på for mig. Men i det øjeblik, den sidste gang, at det ikke lykkes, der var det også som om, det hele det brød sammen.” (Lotte, 29).

Lotte oplevede altså, modsat Martin og Lisbeth, at drømmen om et barn forblev den samme gennem behandlingsforløbet, og den var ikke påvirket af, at behandlingerne ikke var succesfulde. Den samme tendens kan findes i Henriettes fortælling, idet hun syntes vedholden og gang på gang ivrig efter at komme i gang med næste behandlingsforsøg, da de først var kommet i gang med IVF-behandlingerne med donorede æg. Inden dette skete, holdt de dog en pause fra behandlingerne, efter at Henriette testedes positivt efter to inseminationsforsøg, men efterfølgende begyndte at bløde. Hun fortæller:

”... det var to våde klude i ansigtet på ret kort tid. Så vi ville gerne lige tage en pause og finde ud af, hvad vi så ville (...) Det [var] egentligt [også] rart at slippe for at leve efter den klokkestreng (...) Men vi var også nødt til at sige videre, hvis der skulle ske noget.” (Henriette, 2).

De var villige til igen at leve efter en klokkestreng, som hun siger, fordi de fortsat ikke havde opgivet håbet, og fordi barnet stadig var en central del af deres fælles livsprojekt. Yderligere har den modstand, som parret mødte i det offentlige system, ikke afholdt dem fra at komme i behandling og kæmpe for at få et barn. Hun følte, at de mødte en mur af modstand i det offentlige, på trods af at hun som skatteyder har krav på hjælp fra dette system. Efter første behandling med donoræg blev hun gravid med tvillinger, men aborterede. Hun mistede dog ikke modet og fortsatte derfor med det, der egentligt var planlagt som deres sidste forsøg. I forbindelse med beskeden om tvillingerne og den efterfølgende tid fortæller hun:

”Det var ret hårdt (...) Da vi havde sundet os lidt, kunne jeg ikke hurtigt nok få min menstruation, så vi kunne få fat i de her fryseæg (...) Jeg fik lagt to af dem op, men der blev jeg ikke gravid. Så havde vi egentlig sagt, at vi kun havde penge til det her ene forsøg. Så vi vidste, at så havde vi gjort alt (...) Vi fik så fra klinikkens side tilbud om rabat, hvis vi ville forsøge en gang til, [og vi] fik så sparret sammen til et forsøg mere. [De fandt] en

donor, som allerede havde børn selv (...) Jeg blev gravid igen, men mistede igen (...) Og så vidste vi, at så var det det. Så var den ligesom lukket.” (Henriette, 4-5).

Henriette og hendes mands vedholdenhed kan på den ene side tolkes som et udtryk for, at drømmen om at få et barn ikke blev mindre i takt med, at forsøgene mislykkedes, som det også sås hos Lotte. Omvendt havde hverken Lisbeth eller Martin givet op undervejs. De har på samme måde som Henriette været vedholdende og modtaget det antal behandlinger, de havde mulighed for i offentligt regi, men selvom de var vedholdende, krakelerede drømmen i takt med, at behandlingerne ikke gav det ønskede resultat. For Camilla krakelerede drømmen også undervejs i behandlingsforløbet. Hun tvivlede undervejs på, om det ville lykkes:

”Jeg tror faktisk, at jeg har svært ved at tro på det. Jeg har håbet på det, og det har været rimelig konstant, men håb og skuffelse har ligesom hele tiden flugtes ad. Og i starten der fyldte det rigtig meget med den drøm. Og [også] da jeg så blev gravid og hele året efter. Men (...) det sidste år jeg var i behandling, der troede jeg ikke rigtig på det.” (Camilla, 20).

Som tiden gik, troede Camilla altså mindre og mindre på, at det ville lykkes for dem at få et barn, men hendes håb eksisterede på samme måde som hos flere af de andre informanter. Nikolaj og Camillas historie adskiller sig fra de resterende informanternes, fordi de har et befrugtet æg på frys og dermed fortsat har mulighed for at forsøge at få et biologisk barn, hvilket de begge har det ambivalent med.

4.4.2.2 Hvordan kan man ellers tænke børn og gøre familie?

Til trods for at nogle informanter oplevede, at drømmen om at få et barn blev udfordret undervejs, holdt de fleste fast i drømmen, og de forsøgte ikke at gøre noget andet for at få et barn undervejs i behandlingsforløbet. Samme tendens ses hos studiepopulationen, hvor hele 82 procent tilkendegav, at de ønskede at forsætte den behandling, de var i gang med, på spørgsmålet om, hvad de fremover ville gøre for at få et barn. At adoptere eller stoppe helt med behandlingen ligger samlet set nederst på listen, hvilket er en indikation på, at der et år inde i behandlingsforløbet fortsat var optimisme hos studiepopulationen om, at de ville få et barn ved hjælp af behandling, og at de ikke ønskede at forfølge drømmen om at blive forældre ved at adoptere.

Tabel 5: Ønsker at gøre fremover for at få et barn, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt
<i>Fortsætte med den behandling, vi er i nu</i>	29 (83 %)	43 (81 %)	72 (82 %)
<i>Fortsætte behandling ved en offentlig fertilitetsklinik</i>	25 (74 %)	35 (67 %)	60 (70 %)
<i>Holde pause med behandling</i>	18 (51 %)	30 (57 %)	48 (55 %)
<i>Prøve alternativ behandling</i>	15 (43 %)	25 (47 %)	40 (45 %)
<i>Prøve en anden slags lægelig behandling</i>	12 (34 %)	24 (46 %)	36 (41 %)
<i>Fortsætte behandling ved en privat fertilitetsklinik</i>	14 (40 %)	18 (35 %)	32 (37 %)
<i>Adoptere et dansk barn</i>	14 (40 %)	16 (30 %)	30 (34 %)
<i>Adoptere et udenlandsk barn*</i>	14 (41 %)	13 (25 %)	27 (31 %)
<i>Stoppe helt med behandling</i>	8 (23 %)	17 (31 %)	25 (28 %)
<i>Andet</i>	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (1 %)

*p<0,10.

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 90 personer ved 1.-års follow-up.

Som det fremgår af tabellen, er der langt hen ad vejen ikke forskel på kønnenes tilkendegivelser om, hvad de efter et år i behandling ønskede at gøre fremadrettet for at få et barn. Der er dog en tendens til, at signifikant flere mænd end kvinder ønskede at adoptere et udenlandsk barn. På den ene side skyldes forskellen muligvis, at kvinden ønsker at opleve graviditet og fødsel på egen krop. Muligvis hænger det dog på den anden side sammen med, at der er tale om adoption af et udenlandsk barn, eftersom der ikke er signifikant forskel mellem kønnene på spørgsmål om at adoptere et dansk barn.

Ligesom der hos studiepopulationen var en mindre andel, der ønskede at adoptere, er det kun Lotte og Martin, der blandt informanterne havde snakket om adoption, imens de var i behandling. Lotte fortæller:

”Jeg spurgte faktisk Martin allerede inden, vi overhovedet kom så vidt her: ”Skulle vi ikke overveje at adoptere?” Altså jeg spurgte ham, inden vi overhovedet var færdige med behandlingsforløbet, fordi jeg godt kunne se, hvor det bar hen. Han sagde bare: ”Nej, jeg vil så gerne prøve at se, om det ikke kan lykkes for os selv, og hvis det ikke kan det, så er jeg ikke sikker på, det er det (adoption, red.), jeg vil.”” (Lotte, 6).

Selvom Lotte gav udtryk for, at drømmen om at få et barn ikke blev mindre i takt med, at behandlingerne mislykkedes, havde hun undervejs i behandlingsforløbet alligevel gjort sig tanker om en alternativ måde at få et barn på. Martin holdt dog fast i, at han gerne ville blive ved med at prøve at få et barn ved hjælp af fertilitetsbehandling. Lotte syntes på et tidspunkt i behandlingsforløbet klar til at revidere sin forestilling om, hvordan hun skulle blive mor, idet hun bragte spørgsmålet om adoption på banen, mens Martin holdt fast i forestillingen om det biologiske barn. Eftersom specialets genstand *ikke* inkluderer barnløse,

som har valgt at adoptere, formodes det, at dette er en af årsagerne til, at hverken studiepopulationen eller informanterne har gjort sig tanker omkring muligheden for at blive forældre via adoption.

En anden måde at blive forældre på er ved at gøre brug af en donor, og det blev hurtigt klart for Henriette og hendes mand, at de måtte forsøge med donoræg, hvis de ville have et barn, idet Henriettes ægproduktion var yderst begrænset. Indledningsvist afviste Henriette tanken om behandling med donerede æg, og hun fortæller her hvorfor:

”Og så siger de, at ellers er der ægdonation (...) og der siger jeg bare kategorisk nej (...) Det gjorde jeg sådan lidt ud fra, at jeg synes, vi på et tidligere tidspunkt havde talt om, at hvis det nu var min mand, der var problemet, så ville han have det svært, hvis man skulle bruge donorsæd. [Men] hvis det var den måde, der var tilbage, og jeg ville jo bære barnet, som var det mine egne æg, så ville vi prøve det.” (Henriette, 4).

Hun troede altså ikke, at hendes mand ville være interesseret i ægdonation, men han var dog *”... ret hooked på ægdonation med det samme...”* (Henriette, 19). Det at barnet ikke ville være genetisk knyttet til dem begge, blev overskygget af drømmen om at få et barn. Forestillingen om, hvordan de skulle blive forældre, revideres altså, og Henriette fandt mening i, at hun ville blive gravid og bære barnet på samme måde, som hvis det var med hendes egne æg, hvilket vurderes at være afgørende for, at parret påbegynder behandling med ægdonation. Der kan her drages paralleller til Tjørnhøj-Thomsens fund fra 2003, hvor hun konkluderer, at nogle par vælger at få et barn med donorsæd frem for at adoptere, fordi det giver kvinden mulighed for at opleve graviditet og fødsel. Henriette havde ingen bekymring om, at det ville medføre en ubalance i forhold til sin og mandens tilknytning til barnet, og hun fortæller også: *”... jeg ville ikke have betragtet mig selv som mindre mor end han far...”* (Henriette, 19).

4.4.2.3 Reproduktionens betydning for mandlighed og kvindelighed

Vigtigheden af at Henriette selv ville bære og føde barnet illustrerer, at kvindekroppens udvikling i forbindelse med graviditet og fødsel var væsentlig for hende. Der drages her paralleller til spørgsmålet om, hvorvidt barnløsheden har betydet, at man har svært ved at føle sig som en rigtig mand eller kvinde, som studiepopulationen besvarede et år efter, de påbegyndte fertilitetsbehandlingen. Som nedenstående tabel illustrerer, var mænd signifikant mere uenige i udsagnet end kvinder, og gammakoefficienter er $-0,4882$. Som det fremgår, var størstedelen af både mændene og kvinderne dog uenige i udsagnet, men en relativ større andel kvinder end mænd var enige i, at de havde svært ved at føle sig som en rigtig kvinde på grund af barnløsheden.

Table 6: Barnløsheden gør at jeg har svært ved at føle mig som en rigtig mand/kvinde, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent

	<i>Enig</i>	<i>Hverken eller</i>	<i>Uenig</i>
Mænd	3 (9 %)	3 (9 %)	29 (83 %)
Kvinder	16 (30 %)	4 (7 %)	34 (63 %)
I alt	19 (21 %)	7 (8 %)	63 (71 %)

$p=0,0598$ og $\lambda=-0,4882$.

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 90 personer ved 1.-års follow-up.

På den ene side er resultaterne af ovenstående tabel overraskende med udgangspunkt i forestillingen om, at en "rigtig" mand er en, der kan reproducere (Tjørnhøj-Thomsen 1999). Men hverken Nikolaj eller Martin syntes dog at føle sig mindre mandig af den grund. På den anden side bunder den signifikante forskel mellem kønnene muligvis i, at graviditet, fødsel og børneopdragelse traditionelt har været kvindens domæne. Bäck-Wiklund og Bergsten påpeger i den forbindelse, at "*Moderns uppgift blev (...) ansvar for det nara omvårdande och tillfredsställa barnets behov (...) Kvinnan stängdes in i hemmet och det var som moder hon fick sin verkliga status.*" (Bäck-Wiklund og Bergsten 1996, 49). Dette kommer også til udtryk ved, at forskningen inden for reproduktion, familie og børn primært har været foretaget med udgangspunkt i kvindens perspektiv (Tjørnhøj-Thomsen 1999, 71). Yderligere fortæller Camilla, at hun oplever, at der er et meget større fokus på børn i kvinders omgangskredse end mænds. Hun oplever, at Nikolaj har det godt med sin omgangskreds, men at barnløsheden udfordrer hende i højere grad i forhold til sin omgangskreds, fordi hun er kvinde: "*Der er bare noget med at være kvinde og snakke om børn. Det er kvinden, der går på barsel, det er kvinden, der bliver gravid – åh, det er simpelthen så svært. Det fylder ikke så meget for ham...*" (Camilla, 10). Der er altså en forskel mellem kønnene i forhold til barnløshedens betydning for deres kvindelighed og mandlighed, som kommer til udtryk ved, at ønsket om at bære og føde et barn for denne gruppe af kvinder ikke bliver opfyldt. De oplever dermed, at de bliver udfordret på deres kvindelighed, når de ikke kan få den oplevelse, det er være gravid og føde et barn, som er en af kvindekroppens naturlige funktioner.

4.4.3 Den sidste behandling

Igennem behandlingsforløbet har informanterne holdt fast i deres livsplan og dermed deres drøm om at få et barn. For nogle blev drømmen udfordret undervejs på grund af de gentagne mislykkede behandlingsforsøg, og konsekvensen af de mislykkede behandlinger har derfor ulmet i baggrunden for nogle, men uden at de er kommet så vidt, at de har følt sig nødsaget og parate til at revidere deres livsplan. I dette afsnit ses der nærmere på, hvordan den sidste behandling kan karakteriseres som et vendepunkt.

Som tidligere beskrevet er Camilla i sin fortælling meget optaget af den psykiske belastning, barnløsheden og fertilitetsbehandlingen har medført, og som hun til stadighed er mærket af. Hun starter med at fortælle, at

”Ønsket om at blive gravid har været der i rigtig, rigtig lang tid, mens fertilitetsbehandlingen ikke har været i så lang tid, men har alligevel strakt sig over lang tid, fordi jeg samtidig har haft det rigtig hårdt psykisk. (...) Det der med hele tiden at planlægge, hvornår vi skulle forsøge, og hvornår skulle vi ikke, hele mit liv i næsten 5 år kom simpelthen udelukkende til at handle om barnløshed og fertilitetsbehandling.” (Camilla, 2).

Hun planlagde sit liv med udgangspunkt i at få et barn, og hele hendes og Nikolajs liv var centreret om det barn, der skulle komme, og de var optagede af at skabe de optimale rammer for den fremtid, de ønskede. Ønsket om et få et barn har været altoverskyggende for hende, og på et tidspunkt tog det overhånd, og herom fortæller hun: *”Jeg havde det simpelthen så svært, og jeg græd fra det inderste inderste. Jeg havde sådan et billede af, at mit hjerte blødte, hver gang jeg havde menstruation...”* (Camilla, 3). Camilla er i sin fortælling meget levende, og hendes billede af, at hendes hjerte blødte, når hun havde menstruation, er et udtryk for det brud, der er sket på den forestilling, Camilla i fortiden havde om fremtiden, hvor hendes hjerte symboliserer drømmen, der var, og hvor blodet er et udtryk for, at drømmen blev stukket mere og mere i, for hver gang behandlingen ikke resulterede i en graviditet. Den psykiske belastning udviklede sig mere og mere, som behandlingsforløbet skred frem, og hun følte sig undervejs ikke fysisk utilpas ved behandlingerne, men om den sidste behandling fortæller hun: *”... der kunne jeg bare virkelig mærke, at min grænse var nået. Det hele gjorde ondt, det gjorde ondt, når jeg skulle op i bøjler – det hele strittede bare imod.”* (Camilla, 5). Det at det sidste forsøg mislykkedes, at Camilla sammen med Nikolaj forinden havde haft en dyb samtale om deres fælles liv og fremtid, og at hun var begyndt hos en psykoterapeut, betød, at de valgte ikke at ville modtage mere behandling. Camilla kunne ikke mere, hverken fysisk eller psykisk, og beskriver beslutningen om at stoppe i behandling med positive vendinger såsom *”mere energi”* og *”meget lettere”*.

Camilla er meget optaget af, hvad barnløsheden har betydet for hende, og i forlængelse heraf hvad den har betydet for deres parforhold. Nikolaj er også meget fokuseret på, hvordan deres parforhold blev udfordret undervejs i behandlingsforløbet, og han fortæller, at de valgte at stoppe, fordi *”... det blev lidt for meget på et tidspunkt (...). Så vi valgte egentlig for et år siden at stoppe af flere årsager, men primært fordi parforholdet ikke ville have holdt til det. Det tog ret hårdt på os – specielt på Camilla.”* (Nikolaj, 2). Nikolaj udtrykker det, ligesom Camilla, som positivt, at de valgte at indstillet behandlingerne. Det at parret selv traf denne beslutning, og at beslutningen dermed ikke er en konsekvens af, at de ikke har flere

behandlingsmuligheder i offentligt regi, illustrerer, at hverken Camilla eller parforholdet kunne klare at gennemgå endnu en behandling. De er dog begge optaget af, at behandlingsforløbet ikke definitivt er et afsluttet kapitel, hvorom Camilla siger:

”Det forsvinder ikke ved, at jeg har stoppet det, som jeg kunne ønske, for jeg har stadig et forsøg tilbage og et æg på frys. Så på den måde er den biologisk og lægevidenskabeligt ikke lukket. (...) Og jeg har tit tænkt, at jeg ville sådan ønske, at det var slut, og jeg ikke selv skulle tage en aktiv beslutning.” (Camilla, 7).

Modsat Camilla og Nikolaj har de resterende informanter lukket behandlingsdøren definitivt. Lotte og Martin stoppede behandlingen efter det tredje IVF-forsøg på en offentlig klinik, og da det sidste forsøg heller ikke lykkedes, siger Lotte:

”Det var sindssygt hårdt. Vi vidste jo, at det ville være slut. Mange af mine veninder havde jo børn, som var studenter. Så vi havde snakket om vores alder. Vi havde ikke lyst til at gå på en privat klinik, men vi kunne godt have gået på privat klinik, men det ville ikke være sjovt at skulle igennem.” (Lotte, 5).

Lotte og Martin valgte at stoppe behandlingsforsøgene efter deres 1-årige behandlingsperiode i det offentlige. Dertil giver de udtryk for, at de ikke havde lyst til at skulle igennem endnu et behandlingsforløb, hvorfor de fravalgte behandling på en privat klinik. Lotte fortæller, at hun i perioden efter det sidste forsøg *”... græder lidt over det i nogen tid”* (Lotte, 5), og resultatet heraf blev, at parret købte en ny hund. Ligesom Lotte og Martin valgte Lisbeth og manden at stoppe behandlingen efter tre IVF-forsøg på en offentlig klinik. Lisbeth fortæller om det sidste forsøg:

”... hvis vi gik den ene vej, så var det, fordi vi skulle ned til kontoret, og skulle vi den anden vej, så skulle vi ned til behandling. Så jeg var godt klar over, at der ikke var noget den gang, og det var sidste gang.” (Lisbeth, 5) og fortsætter: *”... jeg hylede da. Og jeg kan huske, da vi kørte i bilen [hjem], der sagde jeg ”nu skal vi fandeme på McDonald’s – nu behøver jeg ikke at tabe mig mere. Og jeg skal ind og købe nogle cigaretter.”* (Lisbeth, 6).

Lisbeth tabte sig og stoppede med at ryge, fordi det var en forudsætning for at komme i gang med behandlingen, men da der sidste gang heller ikke er nogen æg at lægge op, faldt det hele til jorden, og det, hun havde kæmpet for inden behandlingen, blev pludselig lige meget.

Modsat de resterende informanter blev Henriette gravid to gange efter behandling med donoræg, hvoraf den ene af gangene endda er med enæggede tvillinger. Så der var pludselig udsigt til at få to børn, og hun fortæller i den forbindelse: ”Vi havde det sådan lidt, vi vidste sgu ikke, om vi skulle tro på den test. Jeg troede ikke på det, før vi var til den første scanning fem uger efter ægoplægning – og der var hjerteblink.” (Henriette, 4). Begge fostre gik dog til, og de forsøgte igen, men Henriette blev ikke gravid. Parret havde på forhånd aftalt, at lykkedes det ikke denne gang, så skulle de stoppe, da de ikke havde penge til yderligere forsøg, og Henriette fortæller: ”Så vidste vi, at vi havde gjort alt. Men det var hårdt at skulle lukke den alligevel.” (Henriette, 5). Parret var altså indstillet på, at det nu var slut, men da fertilitetsklinikken tilbød rabat, hvis de ville forsøge endnu en gang med donoræg, blev alt vendt hos parret, og der blev sparret op til et sidste forsøg med ny ægdonor, som selv havde fået børn. Henriette blev gravid efter dette sidste forsøg, men tabte barnet, hvorefter Henriette og hendes mand definitivt stoppede deres behandlingsforløb.

Nogle informanter havde ikke lyst til at søge yderligere behandling grundet de nederlag, de allerede havde fået efter de mislykkedes forsøg på de offentlige klinikker samt den psykiske belastning, behandlingen havde været for såvel den enkelte og for parforholdet. Det havde de ikke lyst til at opleve igen, ligesom de ikke havde lyst til at skulle starte processen forfra. Endvidere spillede økonomien også en væsentlig rolle for nogle i deres fravalg af yderligere behandling. For de informanter, der har opbrugt alle tre IVF-behandlinger i offentligt regi, bliver den tredje behandling en naturlig stopklods for deres behandlingsforløb, hvorfor beslutningen om at stoppe ikke som sådan har været præget af aktiv handling fra informanterne selv. De giver dog indtryk af, at de selv oplever, at de har gjort alt, hvad de kunne, for at få drømmen om et barn opfyldt. Det vurderes, at både Lotte og Martin samt Lisbeth og hendes mand ville have modtaget flere behandlinger, hvis det havde været kutymen i det offentlige regi. Der kan her drages paralleller til Camilla og Nikolaj, som begge udtrykker, at de ville ønske, at de ikke selv skulle tage en aktiv beslutning om definitivt at slutte behandlingen og ikke anvende det æg, de har på frys. Beslutningen om at stoppe i behandling er svært at træffe, hvilket vurderes at være et udtryk for, at det er enormt svært at give afkald på en drøm, som udgør en så central del af deres livsplan. Det vurderes derfor, at det at der er en maksgrænse for antallet af behandlinger i offentligt regi, trods alt gør det lettere at stoppe, fordi det i princippet er andre, som træffer beslutningen om, at det ikke længere er muligt at følge drømmen. Informanterne synes at finde ro i, at de har modtaget alle tre behandlinger, hvilket muligvis hænger sammen med, at de ikke senere kan bebrejde dem selv for ikke at have gjort alt, hvad de kunne, i forsøget på at få deres drøm opfyldt.

I løbet af det første år i behandling havde cirka en fjerdedel af studiepopulationen selv stoppet behandlingen, selvom der var mulighed for yderligere behandling. På dette tidspunkt var den væsentligste grund

hertil for kvinderne, at behandlingerne var for belastende psykisk, mens mændene begrundede det med, at partneren ønskede, at de ikke længere skulle modtage behandling, jf. Bilag 3, Tabel 3A og Tabel 3B. Fem år efter fertilitetsbehandlingens start angav 72 procent af studiepopulationen, at de havde stoppet behandlingen, mens blot én person angiver at være i behandling, jf. Bilag 3, Tabel 3A og Tabel 3C. I nedenstående tabel er begrundelserne for at være stoppet illustreret.

Tabel 7: Begrundelser for at været stoppet i behandling, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt
<i>Mistede troen på at behandlingen ville lykkes</i>	17 (65 %)	27 (73 %)	44 (70 %)
<i>Behandlingerne er for belastende psykisk**</i>	11 (42 %)	28 (76 %)	39 (62 %)
<i>Har prøvet al den behandling, jeg vil være med til</i>	15 (58 %)	23 (66 %)	38 (62 %)
<i>Behandlingerne er for belastende fysisk¹</i>	11 (42 %)	19 (56 %)	30 (50 %)
<i>Trængte til en pause</i>	9 (35 %)	19 (49 %)	28 (43 %)
<i>Vil hellere foretage mig noget andet end at prøve at få barn</i>	10 (38 %)	16 (44 %)	26 (42 %)
<i>Min partner ønsker ikke længere, at vi behandles</i>	11 (41 %)	11 (32 %)	22 (36 %)
<i>Problemer i parforholdet (pga. behandling)</i>	8 (30 %)	9 (25 %)	17 (27 %)
<i>Jeg/min partner var blevet for gammel</i>	9 (35 %)	7 (21 %)	16 (27 %)
<i>Det er ikke vigtigt for mig at blive far/mor</i>	4 (15 %)	9 (26 %)	13 (21 %)
<i>Lægens råd</i>	6 (23 %)	7 (20 %)	13 (21 %)
<i>Behandling blev for dyrt</i>	5 (19 %)	3 (9 %)	8 (13 %)
<i>Vil hellere adoptere</i>	3 (12 %)	3 (9 %)	6 (10 %)
<i>Andet²</i>	10 (63 %)	10 (53 %)	20 (57 %)

**p<0,05.

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 70 personer, som havde stoppet behandlingen i perioden fra baseline til 5.-års follow-up.

Note 1: Inkluderer følgende begrundelser: behandlingerne var for belastende fysisk samt de daglige indsprøjtninger, selve ægudtagningen, gener efter ægoplægningen var for belastende.

Note 2: Inkluderer følgende begrundelser: ikke længere muligt at forene arbejdsliv med at blive mor/far, utilfredshed med fertilitetsklinikken og sygdom.

At behandlingerne var for belastende psykisk, er også en af hovedårsagerne til at være stoppet i behandling ved 5.-års follow-up. På dette spørgsmål var der signifikant forskel på mænd og kvinder, hvilket også sås hos Camilla og Nikolaj. Det skyldtes givetvis, at det hovedsageligt er kvinden, der undergår den egentlige behandling, og at det er hende, der får menstruation og derfor hver måned kan konstatere, at det heller ikke denne gang lykkedes. Foruden den psykiske belastning angav 70 procent af de, der havde stoppet behandlingen, at det skyldtes, de havde mistet troen på, at behandlingerne ville lykkes. Dette kan ses som et udtryk for, at de mislykkede behandlinger har betydning for lysten til at fortsætte med at forsøge at få et barn via behandling. Nogle informanter satte også ord på, at drømmen om at få et barn blev påvirket af, at behandlingerne ikke lykkedes, og deres forventninger til behandlingen blev justeret som

følge heraf. Overordnet set synes der altså at være en god overensstemmelse mellem det, informanterne påtaler, og studiepopulationens tilkendegivelser.

4.4.3.1 Den sidste behandling som et vendepunkt

Fælles for alle informanter er, at de påtaler det at stoppe i behandling som værende svært og hårdt, idet det bliver et farvel til drømmen om at få et barn. Beslutningen er en skæbnesvanger beslutning, som Giddens kalder det, idet beslutningen bliver kendetegnende for informanternes liv fremadrettet, og den skæbnesvangre beslutning kommer også til at gøre op med informanternes refleksive livsprojekt. Det er i forbindelse med afslutningen på behandlingsforløbet, at det går op for informanterne, at de ikke kan opretholde den livsplan, de havde, og dermed forstyrres selvets refleksive projekt. Den sidste behandling udgør den hændelse eller det skæbnesvangre øjeblik, hvor den tolkning, de hidtil har haft af deres tilværelse, bliver uholdbar. Det udgør altså et vendepunkt i deres fortællinger. For eksempel betyder beslutningen om at stoppe for Camilla, at hun kan begynde at bearbejde, hvordan hun psykisk har haft det og skabe et liv, der ikke kun handler om at få et barn. Den samme tendens ses hos de andre informanter, og i deres beskrivelser af det sidste forsøg bliver det tydeligt, at der er tale om to adskilte perioder i deres fortælling, hvilket blandt andet kan ses i følgende formulering, som Henriette anvender i sin beskrivelse af det sidste forsøg: *"Og så vidste vi, at så var dét det. Så var den ligesom lukket."* (Henriette, 5). Herefter begynder hun at fortælle tiden efter endt fertilitetsbehandling.

Vendepunktet i forbindelse med afslutningen af behandlingsforløbet synes at være mere betydningsfuld for informanternes livsplan sammenlignet med det vendepunkt, de oplevede, da de påbegyndte fertilitetsbehandlingen, fordi den sociale identitet trues i højere grad, end da informanterne fandt ud af, at de "bare" skulle have lidt hjælp til at få det barn, de drømte om. Informanterne indtræder i et kriseforløb i forbindelse med den sidste behandling og beslutningen om at stoppe. Den krise, informanterne nu befinder dem i, har været undervejs og synes derfor at udvikle sig gradvist, hvorfor chokfasen ikke umiddelbart indtræder. Omvendt er det netop den begivenhed, det er at stoppe i fertilitetsbehandling, der udløser en krisereaktion. På en og samme tid udvikler krisen sig gradvist, men igangsættes af det sidste forsøg, hvorfor chokfasen indtræder, selvom det ikke kommer helt bag på informanterne, at de ikke får et barn. Informanterne søger i tiden umiddelbart efter deres sidste behandling at begribe, hvad der er sket samt indse og erkende, at et barn ikke bliver en del af deres livshistorie. Denne proces varede det meste af et år for Lotte og Martin, hvorom Martin fortæller: *"... der var et år, hvor vi slet ikke havde noget som helst med sådan noget her at gøre."* (Martin, 7). Han henviser til, at der gik et år, før de begyndte at overveje at blive aflastningsfamilie, og før de var klar til at begynde at fokusere på, hvad de skulle gøre for at skabe mening i en tilværelse uden børn. Henriette fortæller også, at *"... fra vi stoppede i behandling; der gik ca. et år, før jeg kunne lukke døren 100 procent."* (Henriette, 14), og hun oplevede derfor ligesom

Lotte og Martin, at det første år efter behandlingsforløbets afslutning gik med at acceptere og forstå, at de ikke fik et barn, og at hun først herefter var klar til at fokusere på fremtiden.

4.4.4 Barnløshedens betydning for parforholdet

Behandlingsforløbet var en hård proces for informanterne, og tidligere undersøgelser viser ligeledes, at ufrivillig barnløshed skaber et indre kaos og opleves som en afbrydelse af individets og parrets fælles livsforløb. Det opleves ofte som en stressende faktor, at livsprogressionen sættes på standby, når parret ikke kan få det barn, de drømmer om. Alligevel påpeger nogle undersøgelser, at barnløsheden ikke udelukkende har en negativ indvirkning på parforholdet; barnløsheden kan nemlig bringe parret tættere sammen og styrke deres forhold. Informanternes fortællinger om parforholdet har ikke i alle tilfælde været klart afgrænset i forhold til det tidsmæssige aspekt, før, under og efter behandlingsforløbet, hvorfor barnløshedens betydning for parforholdet derfor skildres mere generelt i følgende afsnit og ikke nødvendigvis med afgrænsning til, hvordan informanterne oplevede, at parforholdet blev påvirket gennem deres tid i behandling.

4.4.4.1 Behandlingsforløbets udfordringer for parforholdet

Camilla og Nikolaj er de eneste, hvis fortællinger indeholder beskrivelser af, at deres parforhold har været hårdt presset i løbet af behandlingsforløbet, hvorfor det særligt er deres relation, der behandles i dette afsnit. Camilla og Nikolajs behandlingsforløb adskiller sig fra de resterende informanternes ved, at Nikolaj var meget væk grundet videreuddannelse, og at Camilla derfor var på fertilitetsklinikken selv et flertal af gange. Nikolaj fortæller, at han havde det lidt stramt med, at han ikke præsterede meget tilstedeværelse i løbet af den tid, de var i behandling. Han syntes dog, at det var for meget at gøre ud af det at flyve til den anden ende af landet for at være med til en scanning, der varede to minutter, hvor Camilla havde givet udtryk for, at han ikke behøvede at deltage. Nikolaj fortæller i denne forbindelse:

”... det har nok betydet rigtig meget for hende, at jeg ikke var der – det giver hun i hvert fald udtryk for her efterfølgende (...) men det var min opfattelse, at det havde vi aftalt. [Her skulle] jeg så måske have hørt, hvad hun mente, og ikke hvad hun sagde. Og så have taget flyet alligevel.” (Nikolaj, 11).

Nikolaj havde altså haft en klar opfattelse af, at det var i orden med Camilla, at hun besøgte fertilitetsklinikken alene. Men efterfølgende blev han klar over, at Camilla ikke havde været helt så afklaret herom, som hun gav udtryk for. Der var altså en uoverensstemmelse, og parforholdet syntes at have lidt under, at

de ikke var tydelige i deres forventningsafstemning. Lisbeth fortæller også, at hun selv var på klinikken nogle gange, men efter klar aftale med sin mand:

”I starten havde jeg min mand med hver gang (...) Så begyndte jeg selv at køre derop for at blive scannet (...) fordi min mand bare ikke kunne få det til at gå op med sit arbejde (...) Han var altid med, når der skulle tages æg ud og sættes æg op, men med det andet blev vi enige om, at det var simpelthen for omfattende.” (Lisbeth, 2+10).

Udover at Nikolaj og Camilla oplevede uoverensstemmelser i forbindelse med forventningsafstemningen, fortæller Nikolaj også, at det at få et barn blev altoverskyggende og fyldte rigtig meget i deres liv, hvilket han oplevede, at parforholdet led under. Camilla oplevede også, at deres parforhold i den grad led under, at de var i fertilitetsbehandling: *”Jeg var simpelthen så slidt, mit parforhold hang i laser, og jeg havde det ad helveds til, så jeg tror ikke engang, det havde været særligt lykkeligt.” (Camilla, 9).* Belastningen, både på hende selv og forholdet til Nikolaj, får hende til at konkludere, at hun ikke er sikker på, hun ville være blevet lykkelig, hvis hun var blevet gravid. Det må således have været en udfordring for deres parforhold, at det eneste, det handlede om, var at få skabt kransekagefiguren, som Nikolaj kalder det, der kunne passe ind i deres nyetablerede rammer for en børnefamilie. Endvidere kan deres forskellige måder at håndtere barnløsheden og fertilitetsbehandlingen på have skabt udfordringer for deres parforhold. Camilla fortæller:

”... uanset hvad han (Nikolaj, red.) gjorde, så hjalp det ikke. Jeg var jo bare dybt ulykkelig, [og han] kom hjem til en hængt kat, der bare var trist. Det var lidt en jammerdal – og så fordi jeg kom ind i den der ”Det hele er træls”. Arbejdet var træls, veninderne var træls, at jeg ikke kunne blive gravid var træls.” (Camilla, 9).

Camilla fremhæver, at hun var jammerlig, og at hun er overbevist om, at Nikolaj også så hende på denne måde. Nikolaj bekræfter dette og fortæller, at han oplevede hende som jammerlig. Han fremhæver, at det primært skyldtes Camillas mere omfattende rolle i forhold til behandlingerne med hormonpiller og -indsprøjtninger og hans mere rationelle tilgang til behandlingsforløbet. Hans fremstillinger opfattes derfor ikke som en bebrejdelse af Camilla og hendes følelser. Camilla fremhæver i den forbindelse også forskellen mellem sin og Nikolajs rolle i relation til behandlingerne og behandlingsforløbet. De er altså enige i, at Camilla har følt en større belastning end Nikolaj, og at dette havde indvirkning på deres parforhold i løbet af behandlingsperioden:

”Det var ligesom min krop, det gik ud over, og jeg er overbevist om (...) at der er nogle forskellige følelser på spil for manden og kvinden, fordi det er kvinden, der har menstruation. Det er mig, der mærker hver gang, der er ægløsning, det er mig, der mærker hver gang, menstruationen er ved at komme, og det er mig, der skal sige, nu er det ikke lykkes. Nu er menstruationen kommet, så det lykkes ikke denne her gang – så det hele lå jo på mig.” (Camilla, 10).

4.4.4.2 At komme styrket igennem behandlingsforløbet

Modsat Camilla og Nikolaj er de andre informanters fortællinger i højere grad kendetegnet ved, at de taler om parforholdet generelt set i forhold til barnløsheden, ligesom de kun fortæller om parforholdet på opfordring. Henriettes umiddelbare respons på spørgsmålet om, hvordan deres parforhold har været eller er blevet påvirket igennem behandlingsforløbet, er:

”Helt sikkert stærkere. Helt sikkert stærkere. Altså, at der ligger en sten forkert i indkørslen, det er ikke nok til, at man flytter, vel? (...) Vi har tit snakket om, at alt det modgang, vi har oplevet, det har gjort os stærkere – både hver især, men også sammen. Vi vil næsten bryde alt op, før vi bryder os selv op...” (Henriette, 13).

For Henriette handler det om, at hun har en oplevelse af, at de var gode til at snakke sammen om barnløsheden og de behandlinger, de modtog, herunder forventningsafstemme i forhold til hvad det næste skridt var, og hvilke behandlinger de skulle modtage. Lotte fremhæver også, at det knyttede hende og Martin tættere sammen, at de var gode til at tale om barnløsheden og behandlingerne, fordi de dermed fik adgang til hinandens tanker, og desuden at de kan have mere fokus på hinanden i hverdagen, fordi de ikke har børn, de skal yde omsorg for:

”... vi har faktisk snakket om, at der er mange, vi kender, som går fra hinanden. Altså når de har børn, så er det tit, at folk på et eller andet tidspunkt går fra hinanden, fordi der er nogle ting, ikke? Men vi føler egentligt, at det knytter os tættere, at vi ikke har et barn, fordi den energi, man så måske ville bruge på barnet og på at få hverdagen til at køre og sådan noget, den bruger vi på hinanden (...) Jeg kan stadig huske det, selvom det er over tre år siden, at vi lå og kørte de ture op til fertilitetsklinikken. Jeg kan tydelig huske, hvor tæt man egentlig var. Man kendte så mange tanker af hinandens, som andre aldrig nogen sinde får...” (Lotte, 33-34).

Det at barnløsheden er noget, man er fælles om med sin partner, er noget, der har knyttet Lotte og Martin tættere sammen, hvilket Lisbeth er enig i. Hun synes, det er ærgerligt for de par, som ikke formår at hol-

de sammen på trods af barnløsheden og påpeger, at hun ”... på en eller anden måde (...) synes (...) det skulle styrke ens parforhold...” (Lisbeth, 7).

Udover at informanterne oplever, at de er blevet tættere knyttet til deres partner grundet kommunikation om barnløsheden, samt at det er noget, de oplever i fællesskab, er den medicinske diagnose også af betydning for nogle. Lotte og Martin fortæller, at det havde stor betydning, at de begge to blev diagnosticeret. De havde derfor en oplevelse af at være i samme båd, hvilket de ser som noget positivt, ”... fordi ellers kunne man sige, at den anden måske bare kunne finde en anden, som lige matchede, ikke? Men det er os begge to, der har nogle skavanker. Så det tror jeg, det har bare været godt. Eller selvom det er skidt at sige, men det har jo sådan set været godt, fordi så er vi på lige fod.” (Martin, 34). På samme måde som for Lotte og Martin var det for Nikolaj positivt, ”... at man ikke har kunne give nogen skylden...” (Nikolaj, 7) i forhold til årsagen til deres barnløshed. At diagnosen som infertil både ligger hos manden og kvinden, eller barnløsheden er uforklarlig, finder informanterne positivt, idet ingen er den direkte årsag til, at livsplanen ikke kan opretholdes, og de oplever, at det styrker parforholdet.

4.4.4.3 Findes de samme tendenser i statistikken?

Da Camilla og Nikolaj begge begyndte at give udtryk for, at behandlingerne efterhånden tærede for meget på deres parforhold og derfor blev enige om, at de ikke skulle modtage flere behandlinger, begyndte deres parforhold at blomstre igen. Camilla oplever dog, at barnløsheden fortsat er en belastning for deres forhold:

”... i forhold til vores sexliv (...) så har det virkelig, virkelig, jeg ved ikke, om man kan sige, at det har taget skade (...) vi er rigtig nære i dag, vi er også meget intime, men selve samlejet og det at have sex, det er bare spoleret, fordi der er ikke rigtig noget nydelse ved det, det er forbundet med, at nu er det nu. Altså nogle gange kan man tænke tilbage på det nærmest sådan som et helt overgreb, at man har gjort det mod sig selv. For samtidig med at man har fået behandling, har man også været sådan, at det er nu – så gider vi ikke det der uden om, vi skal bare have det overstået. 1, 2, 3 og så videre – vi skal have det overstået, og det er frygteligt. Jeg håber da, at det ændrer sig med tiden, men ellers er det bare en konsekvens. Det kan godt være, der går ti år, før vi kan lægge det bag os.” (Camilla, 10).

De resterende informanter oplevede modsat, at barnløsheden bragte dem tættere sammen og styrkede deres forhold og giver ikke udtryk for, at deres parforhold er blevet udfordret som følge af barnløsheden. Tendensen blandt informanterne er tydelig, mens den ikke på samme måde gør sig gældende for studie-

populationen, hvor lidt over halvdelen af alle mænd og kvinder gav udtryk for, at barnløsheden havde bragt dem tættere sammen og styrket deres parforhold ved både baseline og 5.-års follow-up, mens det ved 1.-års follow-up var lidt færre end halvdelen, jf. Bilag 4, Tabel 4A. Den gennemsnitlige udvikling fra baseline til 1.-års follow-up og igen fra 1.-års follow-up til 5.-års follow-up er dog ikke signifikant, jf. Bilag 4, Tabel 4B. Men hvis der tages udgangspunkt i måden, hvorpå den enkelte respondent har vurderet barnløshedens betydning for parforholdet ved de tre forskellige målinger, eksisterer der interessante forskelle i udviklingen.

Tabel 8: Udviklingen i barnløshedens betydning for parforholdet mellem år 2000-2001 og 2001-2002 samt år 2001-2002 og 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

Udvikling fra baseline til 1.-års follow-up				Udvikling fra 1.-års follow-up til 5.-års follow-up			
	<i>Positiv udvikling</i>	<i>Ingen udvikling</i>	<i>Negativ udvikling</i>		<i>Positiv udvikling</i>	<i>Ingen udvikling</i>	<i>Negativ udvikling</i>
Mænd	9 (26 %)	15 (43 %)	11 (31 %)	Mænd	12 (34 %)	12 (34 %)	11 (31 %)
Kvinder	12 (22 %)	26 (44 %)	17 (31 %)	Kvinder	17 (31 %)	25 (45 %)	13 (24 %)
I alt	21 (23 %)	41 (46 %)	28 (31 %)	I alt	29 (32 %)	37 (41 %)	24 (27 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 90 personer ved baseline, 1.-års follow-up og 5.-års follow-up.

Mellem baseline og 1.-års follow-up oplevede størstedelen, svarende til 46 procent, ikke forandringer i forhold til barnløshedens betydning for parforholdet. Ses der på udviklingen mellem 1.-års follow-up og 5.-års follow-up, er der en tendens til, at en større andel oplevede, at barnløsheden havde en positiv indvirkning på deres parforhold, mens en mindre andel oplevede det modsatte, aflæst ved at 32 procent er placeret i kategorien ”positiv udvikling” mellem 1.-års og 5.-års follow-up sammenlignet med 23 procent mellem baseline og 1.-års follow-up. Denne udvikling skyldes ikke mindst, at der særligt var forskel på, hvordan kvindernes oplevelse af barnløshedens betydning for parforholdet udviklede sig fra baseline til 1.-års follow-up sammenlignet med fra 1.-års follow-up til 5.-års follow-up.

Både Lotte og Martin samt Camilla og Nikolaj er som par enige i, hvordan deres parforhold blev påvirket af barnløsheden – både undervejs i behandlingsforløbet og efter endt behandling. Henriette og Lisbeth udtrykker også begge to, at de *ikke* oplevede, at der var uoverensstemmelser mellem, hvordan de og deres partner oplevede, at deres parforhold blev påvirket af barnløsheden. Hos studiepopulationen er der dog ikke helt det samme billede af konsensus hos parrene. Som det ses i nedenstående tabel, var der i ti tilfælde enighed hos parret om, at barnløsheden havde haft en positiv indvirkning på parforholdet, og syv tilfælde hvor parret var enige om det modsatte målt ved baseline. Tendensen er den samme ved 1.-års follow-up. Ved 5.-års follow-up er billedet et lidt andet, idet færre par var uenige, mens 14 ud af 27 par var enige i, at barnløsheden havde bragt dem tættere sammen og styrket deres forhold til hinanden. Ved

den sidste måling var der dog forsat syv par, hvor både manden og kvinden tilkendegav, at de *ikke* oplevede nogen positive følger af barnløsheden.

Tablet 9: Konsensus hos parret om at barnløsheden har bragt dem tættere sammen og styrket deres forhold, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, antal

Baseline			
Kvinder \ Mænd	Ja	Nej	I alt
	Ja	10	6
Nej	4	7	11
I alt	14	13	27

1.-års follow-up			
Kvinder \ Mænd	Ja	Nej	I alt
	Ja	9	8
Nej	3	7	10
I alt	12	15	27

5.-års follow-up			
Kvinder \ Mænd	Ja	Nej	I alt
	Ja	14	4
Nej	2	7	9
I alt	16	11	27

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 27 par ved baseline, 1.-års follow-up og 5.-års follow-up.

4.4.4.4 Kommunikation om barnløsheden og fertilitetsbehandling

Henriette fortæller, at hun har en opfattelse af, at det er vigtigt, at et par kommunikerer og forventningsafstemmer i forhold til deres behandlingsforløb, hvilket hun oplevede, at hendes mand og hun var gode til: ”Vi plejer at spøge med at sige, at hvis ikke vi kan andet, så kan vi snakke om tingene. Og det kan vi gøre rigtig meget hos os. Og det gør vi også ved mange ting (...) Og jeg tror nemlig, at et af de væsentligste problemer, mange par har, det er, at de ikke kan tale sammen.” (Henriette, 15). Henriette fremhæver, at det var naturligt for dem at bruge meget energi på at vende væsentlige problemstillinger i deres liv, herunder barnløsheden. Både for Camilla og Nikolaj samt Lotte og Martin er historien en anden, idet de oplevede, at der var stor forskel på, hvilke behov de hver især havde for at snakke om barnløsheden og dens betydning for tilværelsen. Lotte og Martin fremhæver begge, at de ikke havde svært ved at tale om behandlingerne, og ligeledes at det var en fordel for dem, at de havde et stykke vej op til fertilitets-

klubben: ”... da vi skulle frem og tilbage, snakkede vi egentlig meget om det (...) Du (Lotte, red.) har nok haft mere brug for at få det snakket igennem efterfølgende...” (Martin, 33). Lotte er enig med Martin, idet hun betoner, at det givetvis hænger sammen med, ”... at man som kvinde aldrig helt bliver færdig med at tale om det.” (Lotte, 33). Camilla og Nikolajs fortællinger vidner også om, at der er forskel i forhold til kønnene. De fortæller begge, at de var gode til at snakke om deres situation undervejs, men understreger også, at de havde meget forskellige behov. Blandt andet fremhæver Camilla følgende:

”Jeg tror også at grunden til, at vi er kommet hele igennem det og stadig er sammen og stadig har det godt, er, at vi har været så gode til at snakke om det (...) Men jeg har et kæmpe behov for at snakke om det, mens min kæreste ikke har behov for at snakke om det. Så i dag skal der ikke så meget til, før han siger stop. Så vi har egentlig lært meget i forhold til vores grænser (...) Jeg kan fortælle rigtigt, rigtigt meget om det, og snakke og snakke, hvor han [har] lyttet meget og været forstående, men hvor han jo også har fået nok. Der har måske ikke været helt så meget plads til, hvordan han har haft det i forhold til, hvordan jeg har haft det.” (Camilla, 11).

Nikolaj påpeger også, at Camillas behov for at tale om barnløsheden og behandlingerne var meget større end hans. Han oplevede, at Camilla kunne snakke om barnløsheden til ukendelighed, mens han synes, de til tider snakkede for meget om den:

”Jeg er nok mere til det handlingsmæssige, og svaret det er jo givet. Vi kan snakke om det fra nu af og til dommedag – svaret ændrer sig jo ikke. Vi kan handle på det (...) Ellers så sker der jo ikke noget. Camilla har kigget på det fra alle tænkelige vinkler, og gerne en 8-9 gange fra samme vinkel. Og det har virkelig nogen gange været irriterende at skulle snakke så meget om det.” (Nikolaj, 10).

Han oplevede, at det var et af de punkter, der var den største udfordring for dem, fordi der var stor forskel på deres behov. Men han opfatter det alligevel som en vigtig del af sin fortælling, at Camilla til tider har indbudt eller tvunget ham til konversation, fordi ”... så er det også lettere at få afrundet på en eller anden måde, og få det afsluttet og komme videre...” (Nikolaj, 16). Lisbeth oplevede også, at hendes mand ikke havde et stort behov for at snakke om barnløsheden og dens konsekvenser for deres måde at leve på:

”Jeg tror måske, vi har været dårlige til at tale om det (...) Min mand han er sådan meget: ”Jamen er det sådan, så er det sådan. Så kan vi ikke gøre noget ved det, og det kan

ikke betale sig at spekulere over noget, du ikke kan gøre noget ved alligevel.” Og det havde han selvfølgelig ret i...” (Lisbeth, 6)

Lisbeths mand var, ligesom Nikolaj, rationelt tænkende, idet han fremhævede over for Lisbeth, at deres situation var som den var. Den kunne de ikke ændre, og så var den ikke længere. Lisbeths fortælling indikerer, at hun havde et større behov for at reflektere over deres situation – særligt ved behandlingsforløbets afslutning – end hendes mand, og hun havde et større behov for at snakke om barnløsheden, men omvendt fremhæver hun ikke noget, der indikerer, at hendes behov skulle være blevet negligeret af hendes mand. Hun understreger til gengæld, at det ikke skabte uro og problemer i deres parforhold, at de ikke talte voldsomt meget om barnløsheden: *”Men vi har nok ikke snakket om det til ukendelighed, det var vi ikke. Vi har måske bare accepteret, at sådan var det. Og så snakkede vi om i starten, hvad vi kan gøre, og hvad vi ikke kan gøre (...) Jeg synes ikke, det har givet sådan en stor parforholdskrise...”* (Lisbeth, 6). Hendes fortælling adskiller sig i den forbindelse fra de resterende informantere, da det generelt set var naturligt for dem at tale med deres partner om barnløsheden og deres behandlingsforløb. De fleste oplevede dermed ikke, at der var nogle udfordringer forbundet med at kommunikere om barnløsheden.

Hos studiepopulationen angav omkring 75-80 procent ved hver af de tre målinger, at det ikke var svært for dem at tale om barnløsheden, jf. Bilag 5. Parrene var langt hen ad vejen også enige om, at det ikke var noget problem at tale med hinanden om barnløsheden, som illustreret i nedenstående tabel, og der er ikke den store udsving mellem de tre målinger. Der synes derfor at være en god overensstemmelse mellem informanterne og studiepopulationens tilkendegivelser.

Tabel 10: Konsensus hos parret om at det er svært at tale om barnløsheden, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, antal

Baseline				
	Mænd	Ja	Nej	I alt
Kvinder	Ja	3	2	5
	Nej	4	17	21
	I alt	7	19	26

1.-års follow-up				
	Mænd	Ja	Nej	I alt
Kvinder				
Ja		1	2	3
Nej		5	16	21
I alt		6	18	24

5.-års follow-up				
	Mænd	Ja	Nej	I alt
Kvinder				
Ja		2	5	7
Nej		3	17	20
I alt		5	22	27

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 27 par ved baseline, 1.-års follow-up og 5.-års follow-up.

At tale med andre om barnløsheden

Som illustreret havde Camilla et større behov for at snakke om barnløsheden, behandlingerne og deres situation end Nikolaj. Deres behov måtte mødes efter bedste evne, påpeger de begge, og de understreger endvidere, at Camilla tilknytning til kaffeklubben¹¹ har været ”... *guld værd i den her proces.*” (Camilla, 12), fordi hun her kunne få afløb for sine tanker. Kaffeklubben var et vigtigt mødested for Camilla i løbet af behandlingsperioden, netop fordi hun havde et større behov for at snakke om barnløsheden, men også fordi hun i kaffeklubben fik mulighed for at møde andre barnløse og dele sine erfaringer med dem. Hun fortæller:

”... vi (kaffeklubben, red.) havde egentlig en lang periode, hvor vi var i samme båd, selvfølgelig med forskellige historier. Så vi kunne mødes, og det var rigtig, rigtig dejligt, for det var ligesom det her fælleskab, hvor: ”Jeg har det sådan her” ”Ja, sådan har jeg det også”. Og det var bare vildt dejligt at møde nogen, som var lige så fucked up i hovedet som en selv (...) og hører lidt om deres erfaringer.” (Camilla, 18).

Ingen andre informanter var medlem af LFUB, imens de var i behandling, men flere opsøgte foreningen efter endt behandling. Uafhængigt af hvor i processen de var, er informanterne enige om, at det betød meget for deres håndtering af barnløsheden, at de havde mulighed for at dele deres tanker og frustrationer med andre i tilsvarende situation. Kun Lisbeth er ikke medlem af LFUB, og hun begrundet dette valg

¹¹ Om kaffeklubberne siger Landsforeningen for ufrivilligt barnløse (LFUB): ”LFUB har rundt om i landet en række kaffeklubber, hvor man på medlemmers initiativ mødes og taler sammen. Kaffeklubberne fungerer som netværk, hvor man på afslappet vis kan møde ligestillede.” (LFUBb).

således: ”... vi er jo ikke rigtigt barnløse. Eller jo. Ja og nej, ikke? Men det har jeg slet ikke overvejet. Men jeg tror også bare, det var fordi Sebastian var der, og så var man ikke rigtigt barnløse (...) Vi har nok mere tænkt: ”Okay, så må vi jo komme videre.”” (Lisbeth, 21). Lisbeth hun udtrykker selv, at det hænger sammen med, at hendes situation var en anden end de fleste andre barnløses, idet hun havde Sebastian. Hun har altså været en signifikant person for ham, og har derfor ikke følt sig barnløs på samme måde, som hvis Sebastian ikke havde boet hos dem.

4.4.4.5 At genforligte sig over for hinanden

Som udgangspunkt synes parforholdet ikke at være en væsentlig del af informanternes fortællinger, men omvendt er de alle overbeviste om, at barnløsheden har bragt dem og deres partner tættere sammen og styrket deres parforhold. På dette punkt fortæller statistikken dog en lidt anden historie, idet 55 procent af studiepopulationen ved den afsluttende måling havde en opfattelse af, at barnløsheden havde bragt dem tættere sammen og styrket deres parforhold. Desuden er det ikke alle par, hvor manden og kvinden er enige i, hvordan de hver især har oplevet barnløshedens betydning for parforholdet, hvilket er i modstrid med den oplevelse, de to par, der deltog i interviewundersøgelsen, havde. Både hos Lotte og Martin samt hos Camilla og Nikolaj synes der at være konsensus angående opfattelsen af barnløshedens betydning for parforholdet. Informanternes mere positive opfattelse af barnløsheden i relation til parforholdet sammenlignet med studiepopulationen kan givetvis skyldes, at de kvantitative analyser giver et øjebliksbillede, imens informanternes ser tilbage i tiden, og fortæller om barnløsheden og behandlingsforløbet i kraft af deres nuværende situation efter endt behandling, hvor de fleste synes at have accepteret deres skæbne som barnløse, og fundet mening i tilværelsen uden børn. Omvendt er informanternes fortællinger præget af beskrivelser, som understreger, at det var en hård proces, de var igennem, og fortsat er i, hvorfor de ikke synes at negligere de barske omstændigheder, der var kendetegnende for deres forsøg på at få et barn.

Alle informanter har talt med deres partner om barnløsheden – for nogle har det været mere naturligt for andre, ligesom behovet har været større for nogen end for andre. Alt i alt synes der ikke at være de store forskelle mellem informanternes beretninger og de kvantitative analyser på dette punkt. De fleste informanter fremhæver, at det var en positiv betydning for deres parforhold, at de var gode til at drøfte barnløsheden, og dens konsekvenser for deres tilværelse, hvilket også Giddens fremhæver i relation til det rene forhold, ligesom Beck og Beck-Gernsheim pointerer, at kommunikation er afgørende med hensyn til at forhandle om en fælles fremtid. Informanterne og deres partnere har netop debatteret væsentlige problematikker i deres liv for at opretholde en gensidig tillid til hinanden, som Giddens påpeger er essentielt for opretholdelsen af det rene forhold, og som Beck og Beck-Gernsheim fremhæver som værende centralt i forhandlingen om en fælles fremtid. Informanterne formår således i deres kommunikation om

barnløsheden at genforhandle og bekræfte deres forhold til partneren, idet de netop ikke oplever, at barnløsheden medfører overvejelser om at gå fra hinanden. Partneren skaber, som både Beck og Beck-Gernsheim samt Giddens udtrykker det, således en mening i tilværelsen og fungerer, for de fleste, som en støtte undervejs i behandlingsforløbet.

I dag er det let at bryde ud af et forhold og finde en ny partner, der kan laves en ny livsplan med, hvis livsplanen med den tidligere partner ikke lykkes, eller parret ikke kan blive enige om at genforhandle denne. Dette kunne forestilles at ske med par, der oplever ufrivillig barnløshed, men det er dog ikke tendensen blandt hverken informanterne eller studiepopulationen¹², hvilket er et udtryk for, at selvom ufrivillig barnløshed er en livsforandrede begivenhed, der tvinger parrene til at genforhandle deres relation samt redefinere deres fælles livsplan, så vælger parrene i høj grad hinanden til, og vælger at skabe en ny livsplan for deres fælles fremtid. Tallene vidner altså om, at parrene genforpligter sig over for hinanden og vælger hinanden til endnu en gang, på trods af at deres drøm om barn ikke gik i opfyldelse. Den trussel barnløsheden kan være for opretholdelsen af forholdet, synes altså ikke at føre til, at parrene bryder op og søger at finde en ny partner, de kan få et barn med.

4.4.5 Delkonklusion

Blandt studiepopulationen og informanterne var behandlingsforløbene forskellige med hensyn til længden af forløbene, antallet og typen af behandlinger. Hos studiepopulationen var der dog en klar tendens til, at de fleste fik IVF-behandling med partnerens sæd. Forventningerne til at behandlingerne ville lykkes dalede for nogle informanter i takt med, at forsøgene ikke var succesfulde, og hos studiepopulationen var den hyppigste årsag til at stoppe behandlingen også, at man havde mistet troen. Hos studiepopulationen og særligt en informant spillede den psykiske belastning også en stor rolle i forbindelse med behandlingens ophør. Ingen syntes at gøre noget markant anderledes i løbet af behandlingsperiode i forsøget på at få et barn. Hos nogle af informanterne var det naturligt at indstille behandlingen, når det ikke var muligt at få flere behandlinger i offentlig regi. Dog er der blandt informanterne ikke en entydig årsag til hvorfor de valgte at stoppe i behandling, hvilket også understreges af at informanterne havde fem forskellige behandlingsforløb, som de tacklede forskelligt undervejs. Barnløsheden havde en større betydning hos kvinderne i forhold til at føle sig som en rigtig kvinde sammenlignet med mændene.

Det sidste behandlingsforsøg markerer overgangen fra perioden under fertilitetsbehandling til perioden efter endt fertilitetsbehandling, og udgør i informanternes fortællinger et markant vendepunkt, som tvivler dem til at revidere deres forestillinger om fremtiden og fremprovokerer en krisereaktion. Barnløshe-

¹² Ved 5.-års follow-up var 86 procent af studiepopulationen fortsat sammen med den partner, de påbegyndte fertilitetsbehandling sammen med. Således havde kun 14 procent brudt med hinanden siden de påbegyndte fertilitetsbehandling, jf. Bilag 6.

den synes at knytte både informanterne og studiepopulationen tættere sammen med deres partner, men informanterne oplevede det i mere udtalt grad. Særligt et par oplevede, at barnløsheden skabte problemer i deres parforhold undervejs i behandlingsforløbet. Udviklingen i barnløshedens betydning for parforholdet var for studiepopulationen mere positiv mellem de sidste to målinger end mellem de første to, og ved den sidste måling var der også flere par, hvor kvinden og manden var enige i, at barnløsheden havde medført noget positivt for parforholdet. Hverken informanterne eller studiepopulationen oplevede, at det var svært at tale med partneren om barnløsheden, men nogle af de kvindelige informanter havde dog et større behov for at tale om det end deres partner.

4.5 Del 3 – Tiden efter fertilitetsbehandling

Denne analysedel er koncentreret om tiden efter fertilitetsbehandling, og udgangspunktet er at klarlægge, hvordan informanternes liv har udformet sig herefter, og uddybe hvad informanterne har fundet meningsgivende i deres liv efter det blev klart, at de ikke får et barn. Indledningsvist undersøges det, om der er sket en udvikling i, hvordan studiepopulationen oplever, at barnløsheden har været en belastning for deres tilværelse. Derefter sættes der fokus på, hvordan informanter gør familie i dag, og hvilken betydning det har for deres liv, at de er barnløse. Flere informanter giver udtryk for, at det har været hårdt at tackle omverdenen i forhold til barnløsheden, hvorfor dette belyses inden denne analysedel afsluttes med at illustrere informanternes refleksioner om fremtiden.

4.5.1 Situationen efter endt behandling

Informanterne har formet deres liv forskelligt i forhold til, om børn er den del af deres liv. Henriette og hendes mand har valgt at være plejeforældre, og har de sidste par år haft en dreng boende hos dem. Lotte og Martin har det seneste halvandet år været aflastningsfamilie for en ung pige, og er på interviewtidspunktet i gang med at blive godkendt som plejefamilie. Hos Camilla og Nikolaj udgør børn ikke en del af deres nuværende tilværelse, og de har valgt at koncentrere sig om sig selv efter endt behandling. Hos Lisbeth er situationen en anden, idet hendes mands søn har boet hos dem fast siden midt i behandlingsforløbet.

Interviewene er gennemført på forskellige tidpunkter efter informanterne stoppede i behandling. Dette betyder, at fortællingerne strækker sig over forskellige tidsperioder, og informanterne fortæller med udgangspunkt i det levende liv, hvorfor Lisbeth har haft længere tid til at bearbejde fertilitetsbehandlingens udfald og redefinere sit liv end for eksempel Camilla og Nikolaj har. Hos studiepopulationen har der netop været en signifikant udvikling mellem baseline og 5.-års follow-up med henblik på, hvordan studiepopulationen oplevede, at barnløsheden var en belastning for deres tilværelse, idet der gennemsnitlig set er signifikant færre der oplever, at barnløsheden er en belastning for deres tilværelse ved 5.-års follow-up, jf. Bilag 7. Nedenstående tabel viser, hvordan udviklingen har været med udgangspunkt i, hvordan den enkelte har rykket sig mellem baseline og 5.-års follow-up.

Table 11: Udviklingen i barnløshedens belastning for tilværelsen mellem år 2000-2001 og 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

Udvikling fra baseline til 5.-års follow-up			
	<i>Positiv udvikling</i>	<i>Ingen udvikling</i>	<i>Negativ udvikling</i>
Mænd	24 (59 %)	4 (10 %)	13 (32 %)
Kvinder	33 (58 %)	8 (14 %)	16 (28 %)
I alt	57 (58 %)	12 (12 %)	29 (30 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline og 5.-års follow-up.

Tabellen viser, at barnløsheden er blevet mindre belastende for tilværelsen for 58 procent i perioden fra de påbegyndte fertilitetsbehandlingen til den fem år efter, mens barnløshedens belastning på tilværelsen har fået større betydning for 30 procent. Der er minimal forskel på udviklingen hos kønnene.

4.5.2 Familie på en anden måde

Det at informanterne kan ses som værende permanent barnløse efter behandlingen ikke lykkes, betyder ifølge Matthews og Matthews (1986), at de er nødsaget til at lave en *role readjustment* omhandlende de forestillinger, de havde om forælderrollen. Dette betyder, at nogle har valgt at forblive barnløse, og definere andre meningsfulde aspekter, mens andre har valgt at opfatte forælderrollen anderledes end først antaget, hvilket udfoldes i dette afsnit.

4.5.2.1 Et liv uden børn

Flere af informanterne tiltalesætter, at det er muligt at få et godt liv uden børn. Dette er både noget de har gjort sig tanker om undervejs i behandlingsforløbet, men også efter de er stoppet i fertilitetsbehandling. Nikolaj fortæller:

”... jeg tror man skal lære, at man ikke nødvendigvis skal passe ned i den kasse, der hedder mor-far-børn-hund-villa-vovse, men at der også er andre muligheder for at skabe sig en tilværelse og et godt liv. Jeg tror, man skal rette fokus over på, hvad der så er af muligheder, hvis man ikke skal passe ned i den der helt standard kasse.” (Nikolaj, 4).

Han fremhæver, at der er andre muligheder for at skabe sig et godt liv uden børn, og at det er vigtigt at have fokus på de ting, der bliver mulige. Yderligere fortæller han, hvordan Camilla og hans liv har formet sig efter de valgte at stoppe i behandlingen:

”Jeg ved ikke, om det har formet sig så meget anderledes. Vi bruger selvfølgelig meget tid på os selv. Igen vi har jo ikke et endeløst hul at smide vores penge i, eller det har vi vist alle sammen, men vi bruger det på rejser og spiser gode dyre middage, og tager nogle steder hen – weekendophold her og der. Så alle de her ting, som jeg tænker børnefamilierne hverken har tiden til eller, hvis man altså er normal lønmodtager, har økonomien til. Så jeg tror, det er det, vi egentlig bruger vores penge på. Så det glæder om bare at få dem brændt af på at få styrket vores interne forhold. Som måske tidligere har været sat lidt til siden, under projekt baby. Så kan vi koncentrerer os lidt om hinanden, og det har været positivt.” (Nikolaj, 3).

Parret har altså efter behandlingen valgt at prioritere deres parforhold, og få styrket det igen, efter behandlingsperioden tog hårdt på dem. Nikolaj er dog også opmærksom på alle de irriterende ting ved børn, der ikke udgør en del i hans liv.

”Alt ens ferie og fritid det ved man godt, hvad skal bruges på. Og alle mulige mere eller mindre irriterende ting, som radio eller tv der kører i baggrunden. Hele den der verden, den lærer man sikkert at holde af, når den bliver en del af en, men når man skuer det ude fra, så er det ikke noget jeg misunder, alle de begrænsninger der ligger i det.” (Nikolaj, 2).

Han fremhæver, de ulemper ved børn, som han er glad for at være foruden, hvilket er hans måde at håndtere, at han ikke får børn. Han forsøger at vende de negative ting ved børn, som værende positive for det liv, han har mulighed for at leve, hvilket er en måde hvorpå han retfærdiggør hans egoistiske syn på tilværelsen, ligesom det vurderes at være en forsvarsmekanisme, han anvender i erkendelsen og bearbejdningen af det faktum, at han ikke får børn.

Nikolaj er den eneste af informanterne, der eksplicit er positiv om det ikke at have fået børn. De andre informanter udtaler ikke i samme grad positivitet over ikke at have fået børn, men er enige i, at det har betydet mere tid til dem selv. Lotte og Martin har blandt andet valgt at begynde til golf og rejser mere end de ville have gjort, hvis de havde et barn. Parret har også efter behandlingen haft overvejsler om at flytte udlandet og arbejde:

”Vi kommer meget i Østrig. Det gør vi næsten et par gange om året. Og vi snakkede meget om at prøve at arbejde dernede nogle år for at få et eller andet formål med livet på en eller anden måde, når nu livet ikke skulle fyldes med børn. Og så begyndte Martin at spille

golf, og jeg begyndte sidste år... Og så kan man også godt mærke, at det er dejligt, fordi det kan man ikke, hvis man har børn – ikke på samme måde i hvert fald. Jeg fik et nyt arbejde for 2 ½ år siden, som fyldte helt sindssygt meget. Så der var faktisk et helt år, hvor jeg nærmest ikke tænkte på noget andet end mit arbejde. Så det var fint.” (Lotte, 7-8)

Det at parret ikke har fået børn har givet dem mere tid til andre ting i deres tilværelse. De har også haft overvejelser om at arbejde i udlandet for at fylde livet med andet end børn. Lotte fortæller også, at hun fik nyt arbejde, hvilket i en periode optog al hendes tid. Hos Camilla har hendes nye arbejde også optaget meget tid, men hun fortæller også, at hun savner at have noget, der kan rive hende ud af den verden, og noget at skulle hjem til. Hos Lisbeth ses også samme tendens. Hun fortæller, at hun brugte meget tid på arbejde, men at mens Sebastian boede hjemme hos dem, rejste hun ikke så meget i forbindelse med arbejde, som hun gør nu. Dog har hun ikke haft problemer med at være væk længere tid af gangen.

Informanterne giver alle udtryk for, at de bruger mere tid på fritidsinteresser, rejser og arbejde end de ville have gjort, hvis de havde fået børn. Det, de har fyldt deres liv med, er altså elementer, som i forvejen udgjorde en del af livet, men da de ikke får børn, bruger de yderligere tid og penge på disse elementer. Der er ingen af informanterne, der har haft behov for at bryde ud og skabe en helt ny tilværelse efter det blev klart for dem, at de ikke ville blive forældre. Informanterne har fundet mening i at blive i vante rammer, og derigennem har de bibeholdt størstedelen af de forestillinger, de havde om deres liv – dog uden barnet, som udgjorde en stor del af forestillingerne. For nogle informanter har det endvidere været naturligt at opsøge andre muligheder for at blive forældre og have et barn som en del af deres tilværelse.

4.5.2.2 Aflastnings- og plejefamilie

Henriette og hendes mand havde allerede haft et barn i aflastning, mens de var i behandling, og blev efter behandlingen sluttede godkendt til at være plejefamilie, hvorefter Kasper flyttede ind hos dem: ”Og så gik man jo fra at være to til at være en familie. Der har man virkelig fået bekræftet hvor isoleret man er, når man ikke har børn.” (Henriette, 8). Henriette får dermed sit ønske om at få en familie bestående af mor, far og barn opfyldt ved at Kasper flytter ind. På trods af dette gør hun dog opmærksom på, at de over Kasper fortæller: ”Ja, vi er mor og far i hverdagen, men der er jo mor, hvor du har ligget inde i hendes mave og det er hende, der har født dig, og sådan vil det altid være.” (Henriette, 18). Det er vigtigt for hende, at han ved hvor han kommer fra, men at han også er klar over, hvilken relation han har til dem. Samtidig viser brugen af *mor* og *far* i citatet også, at Henriette føler og oplever sig selv som værende mor for ham. Henriette er sin fortælling meget optaget af, at børn er mere end deres gener og biologi, og hun mener, at det sociale spiller en vigtig rolle i forhold til barnet. Hun fortæller blandt andet, at

”Der er en fra Kaspers klasse, hvor hendes mor tit siger: ”Jamen, hvis ikke jeg vidste det, så ville jeg ikke tænke over, at han ikke var jeres. Han har blå øjne, det har du også. Han har din mimik.” ”Nåh, har han det?” siger jeg så, ”Min mimik?” Men det ser hun jo, fordi hun ser os begge to. Og der er det jo tydeligt, at der er det jo det, han er i nu, der påvirker ham, ikke? Han kommer med sådan nogle tørre udtryk, som min mand har sagt eller jeg har sagt, når man mindst venter det. Og det viser bare, at han er mest påvirket af det, han er i. Og det vil være det samme med donorbørn.” (Henriette, 20).

Henriette og hendes oplever, at de har indflydelse på måden, hvorpå Kasper agerer. Dette understreger hendes tilknytning til Kasper, idet hun er bevidst om, at hun påvirker ham, og at andre også ser det. Hun har altså fundet mening i tilværelsen gennem Kasper. Via ham har hun og hendes mand fået mulighed for at skabe en familie, som hun siger, og hun føler, at selvom hun ikke er biologisk knyttet til ham, har hun mulighed for at præge ham, og give ham den bedste opvækst og de bedste betingelser, ligesom hun ville have gjort, hvis de selv havde fået et barn. Henriette har ændret sin forestilling om og plan for, hvordan man gør familie fra først at ønske et biologisk barn til derefter at ønske et donorbarn for til sidst at have ændret sin forestilling om, hvordan hun skulle blive mor, idet hun nu er plejemor. Det væsentligste for Henriette i denne udvikling vurderes at være hendes overbevisning om, at genetikken ikke er afgørende for, at man kan have en mor-barn relation.

Lotte og Martin har også håndteret barnløsheden ved at gøre familie på en anden måde, idet de er aflastningsfamilie, og har på den måde en tilknytning til et barn. Inden de kom så vidt, har de brugt meget tid på at snakke om barnløsheden og de tanker, og indledningsvist også bekymringer, de havde om en fremtid uden børn. Lotte fortæller, at hun fik anbefalet en bog, som indeholdt *”... ti historier om folk, der ikke har fået børn, og hvad de gør efterfølgende og hvordan de har det.”* (Lotte, 13). Bogen blev et vigtigt redskab for dem i forhold til at bearbejde sorgen over, at de ikke fik det barn, de havde drømt om. De skiftedes til at læse en historie højt for hinanden, og om det fortæller de:

Lotte: ”... det gjorde jo så, at vi lå bagefter og snakkede om det.” Martin: ”Og mange af tingene kunne vi genkende...” Lotte: ”Det satte gang i nogle tanker og nogle samtaler, som bare var helt vild gode for os.” (Lotte og Martin, 14).

De samtaler, læsningen af bogen medførte, står som et vendepunkt i Lotte og Martins fortælling, fordi bogen dels gav dem en tro på, at det var muligt at skabe et godt liv uden børn, og dels satte gang i bearbejdningsprocessen med at slippe fortiden og den uopfyldte drøm, og i stedet vende blikket mod fremtiden og tage stilling til, hvad den skulle indeholde. I dag er de i gang med at blive godkendt som plejefam-

milie, og har det seneste halvandet år været aflastningsfamilie for Mia. Parret giver udtryk for, at de har haft mange overvejelser om det at blive plejefamilie, og ikke længere kun aflastningsfamilie. Martin har hele tiden været afklaret med, at det var dette han ønskede, mens det tog længere tid for Lotte. Hun fortæller, at det var vigtigt for hende at gøre op med sig selv, hvorfor hun ville være plejefamilie. Hun fortæller om mulighederne for at få et barn fra spæd:

”Det kunne man da altid håbe på, fordi så ville det være som at få sit eget barn. Selvfølgelig skal det se sin mor, men det ville være så tæt på som overhovedet muligt. Men vi har været nødt til at gøre det op med os selv, og sige til os selv: ”Det er ikke det, det skal handle om.” Så det er ikke derfor, vi gør det. Vi gør det for at kunne hjælpe et barn. Det skal ikke være for vores egoisme...” (Lotte, 17).

En anden afgørende faktor for parrets beslutning om at blive plejefamilie skyldes også Mia, der direkte sagde til dem, at hun syntes, de skulle gøre det, fordi det er godt at være hos dem, og at andre børn ville kunne have gavn af dem. Det viser, hvor glad Mia har været for at være hos Lotte og Martin, og Martin fortæller: *”Jeg har været glad for at have hende, så man bare har kunnet mærke lidt af, hvordan det lige pludselig er at have en (et barn, red.) i familien. Det sætter da også lidt begrænsninger, men jeg synes ikke, det har givet os mange begrænsninger. Men lidt har det alligevel.”* (Martin, 21). Mia giver Martin fornemmelsen af, hvordan det ville være at have et barn. Lotte giver også udtryk for, at hun er rigtig glad for Mia, men siger, at hun skulle vænne sig lidt til tanken om, at det ikke bare blev dem to. Selvom parret har gjort sig mange overvejelser om det at blive plejefamilie, er de enige om, at det er noget de ønsker. Ikke for deres egen skyld, men fordi de ønsker at hjælpe børn ved at skabe faste og trygge rammer for dem. Parret har gjort sig mange forestillinger om, hvad deres fremtid skulle indeholde, nu de ikke fik et barn. Lysten til at blive aflastningsfamilie var i starten størst hos Martin, hvorom Lotte fortæller:

”Du (Martin, red.) siger, at vi var klar over, hvad vi ville. Det var nu mest dig, der var det. Men Martin har ikke på noget tidspunkt presset mig til noget. Han har hele tiden sagt, at jeg også skulle være klar. Men jeg havde det også sådan, at det ikke kunne nytte noget, at jeg blev ved med at holde igen, når jeg kunne mærke, at det virkelig var et behov for ham.” (Lotte, 9).

Det er tydeligt, at parret har formået at genforhandle deres forhold og deres fælles livsplan, og er i den forbindelse nået frem til et fælles ønske om i første omgang at være aflastningsfamilie for Mia, og nu at have lyst til at blive plejefamilie og have et barn boede fast hos dem. I fortællingen om at være aflastningsfamilie og ønsket om at blive plejefamilie er det særligt Martin, der fører ordet, hvilket understre-

ger, at det har været et rigtigt stort ønsket for ham hurtigere efter behandlingen stoppede, hvorimod Lotte har haft brug for mere tid til at vende forestillingen om, hvordan de skulle gøre familie, og hvordan hendes rolle som forælder skulle være i en anden kontekst end forventet.

Nogle af informanterne vælger at gøre familie på en anden måde end de umiddelbart havde forestillet sig. De børn, de har i pleje og aflastning, giver dem mulighed for at have børn som en del af deres hverdag, og de oplever dermed, hvordan det er at have et barn, man skal tage ansvar for. De oplever at andre er afhængige af dem, og at de har en betydningsfuld rolle for andre, hvilket skaber en mening for dem, som Bäck-Wiklund og Bergsten betoner. Tilmed får de også mulighed for selv at søge bekræftelse i barnet og opleve, hvordan barnet fuldender deres tilværelse, som Beck og Beck-Gernsheim beskriver det, fordi aflastningsbarnet og plejebarnet udgør en emotionel betydning for informanterne.

4.5.2.3 Overvejelser om adoption

Når fertilitetsbehandlingen ikke lykkes, er det for nogle par naturligt at vende sig mod muligheden for at adoptere, og derigennem blive forældre (Cederberg 2006, 246). Dette har også været en overvejelse hos informanterne, hvilket belyses i dette afsnit, selvom hensigten med specialet ikke er fokusere på, hvorfor ufrivilligt barnløse vælger at adoptere. Lisbeth fortæller:

”Adoption det snakkede vi ikke ret meget om. Jeg bragte det ikke rigtig på banen (...) Han skal ikke udsættes for at skulle snakke alt muligt igennem (...) Så det pressede jeg ikke på med. Så blev det sådan. Selvfølgelig, var Sebastian ikke flyttet over til os, så er jeg helt sikker på, at havde jeg presset mere på med adoption eller noget andet. Men så havde vi jo ligesom et barn i huset. Helt personligt havde det jo været rare, hvis det havde været et mindre barn.” (Lisbeth, 3)

Grundet at Lisbeth og manden allerede havde et barn i huset, og at hendes mand tidligere har haft et misbrug, som Lisbeth ikke ønskede, at han skulle snakke igennem igen i forbindelse med en adoptionsproces, pressede hun ikke yderligere på. Hos Lotte og Martin blev tankerne om adoption løbende overvejet både undervejs i behandlingsforløbet og efterfølgende:

”Efter vores behandlingsforløb satte vi os ned og snakkede om adoption, og fandt ud af, at det var en rigtig besværlig proces, man skulle igennem, og vi havde lige været igennem en, der var rigtig besværlig, og det orkede vi ikke igen. Plus igen det med, jeg er kraftig. Vi ville jo støde på samme problem (...) og så kan man ikke få lov at adoptere.” (Lotte, 6).

På den ene side er det argumentationen om, at det er en besværlig proces at få lov til at adoptere, og grundet den proces, som de i forvejen har været igennem, at adoption fravælges. På den anden side spiller økonomien også en rolle for de tre informanter, da ingen af dem på daværende tidspunkt havde råd til at adoptere. Ud over økonomien fremhæver flere informanter også en bekymring om, at det ikke vides, hvilken bagage et adoptivbarn vil komme med. Nikolaj fortæller blandt andet:

”Jeg ved ikke, jeg tror ikke jeg er der helt med adoption. Jeg ved ikke, om det er fordi, jeg ikke kan lægge 100 procent kærlighed i det – det tror jeg nu nok jeg kunne. Men man hører også alle de her historier om hvor de her børn kommer fra. Altså de har nogle særlige behov – altså de er jo udstødt af en årsag. Det kan selvfølgelig være de kommer fra en fattig familie, som ikke har råd til flere børn – og så kan det sådanset være sundt og raskt, men det kan jo også komme fra altmulig andet, folk med stofmisbrugsbaggrund eller sociale problemer af den ene eller anden årsag. Og skal jeg så bære den byrde, også i indlæring og i skole og alt det der, hvor jeg tænker. ”Argh” lige den del tror jeg ikke jeg vil være interesseret i.” (Nikolaj, 6).

Det at få et barn med vanskeligheder, som skyldes barnets baggrund, passer ikke med den forestilling han havde om børn og forældreskabet. Martin er ligesom Nikolaj optaget af, at der ikke er kendskab til den bagage, som barnet kommet med. Det er særligt de mandlige informanter der er skeptiske for barnets bagage, mens Camilla for eksempel fremhæver:

”... jeg har helt vildt svært ved at forholde mig til, at få et barn udleveret. Jeg ved godt det er en proces og det tager lang tid at adoptere, men det der med at få et barn i armene, det kan jeg ikke. I den her proces der har det været, at jeg helt vildt gerne ville opleve at blive gravid, og have den der oplevelse af at blive mor og være gravid. Og hele den der transformation, der jo nærmest sker med kvinder...” (Camilla, 12).

Det er altså hendes forestilling om forældreskabets start med en graviditet, der er afgørende for hendes tanker om adoption. Det stemmer ikke overens med den forestilling hun havde om, hvordan hun skulle blive mor, hvorfor hun ikke kan se sig selv adoptere. Der er således en række forskellige faktorer, der gør, at denne gruppe af informanter ikke har haft lyst til at blive forældre ved at adoptere, men fælles for dem er, at det ikke hænger sammen med, at de ikke ville være biologisk knyttet til et adoptivbarn, som Tjørnhøj-Thomsen ellers har fundet i sit studie (Tjørnhøj-Thomsen 2003). Informanterne kan altså ikke finde mening i at blive adoptivforældre, da det ikke har været en del af den forestilling, de havde om at blive forældre. Det udfordrer særligt de mandlige informanter at få et adoptivbarn, fordi de føler, at der

er en stor usikkerhed forbundet med en sådan måde at få et barn på, fordi de ikke vil kende hele barnets historie.

4.5.3 Barnløsheden og andre mennesker

Alle informanterne er enige i, at den proces de var igennem fra de fandt ud af, at det ikke lykkedes dem at blive gravide på naturlig vis og til de stoppede behandlingen, uden at være blevet forældre, var hård for dem. Mange af informanterne har oplevet og oplever fortsat, at det er vanskeligt at tackle barnløsheden i forhold til omverdenen, hvilket udfoldes i dette afsnit.

4.5.3.1 At fortælle andre om barnløsheden

Da informanterne afsluttede behandlingsforløbet havde flere af dem behov for – eller følte sig presset til – at give deres omverden besked herom. Alle informanter, på nær Nikolaj, var åbne om deres barnløshed og fortalte deres familie, venner og kollegaer, at de var i fertilitetsbehandling. Det var altså naturligt for informanterne at fortælle omverdenen om barnløsheden løbende. Lisbeth fortæller blandt andet, at hendes åbenhed kom hende til gode, da de efter det sidste behandlingsforsøg kunne konstatere, at de ikke ville få et barn: *”Det gjorder det også nemmere bagefter, da det ikke lykkes, fordi så var jeg ked af det, og alle de vidste sgu godt hvorfor. Og så fik man lov til at være ked af det...”* (Lisbeth, 6). Måske fordi Nikolaj ikke havde delt sin historie undervejs i behandlingsforløbet følte han et pres for at indvie sine venner og familie i kendsgerningerne i forbindelse med, at de afsluttede behandlingen. Han fortæller:

”Jeg har tænkt den (historien om deres reproduktionsproblemer, red.) har vi for os selv, for den dag det sker (at de får et barn, red.), da er den historie jo ligegyldig i virkeligheden. Nu er den ikke så ligegyldig længere, nu er man nød til at give en forklaring på, der hvor man er. Er det noget man selv har valgt? Er det noget der kommer udefra? Eller er det en blanding af begge dele måske – som man måske kan argumentere for at vores er. Så har det været mere og mere nødvendigt at fortælle den del af historien...” (Nikolaj, 8).

Henriette følte på samme måde som Nikolaj, at det var en nødvendighed at fortælle sine omgivelser om, at nu var det slut. Nu var de stoppet med at prøve. Hun fortæller, at hun anvendte Facebook til at dele ”nyheden”: *”Da det så viser sig, at jeg ikke tester positivt [efter den sidste behandling], så må jeg komme med en eller anden ytring om det [på] Facebook, uden at sige hvad det er.”* (Henriette, 6). Lotte og Martin delte også ”nyheden”, om at de var stoppet i behandling, på Facebook. I opslaget fremhævede de, at nu var det slut, og at de var glade for den støtte, de havde fået undervejs. De tydeliggjorde endvidere i opslaget, at de ville sætte pris på, at folk ikke spurgte: *”Hvad nu? Hvad skal I nu?”* (Martin, 5). De ople-

vede, at mange i deres omgangskreds var optaget af, om de ville adoptere eller blive plejeforældre, og det irriterede dem, at folk "... ikke kunne acceptere, at det var sådan vores situation, den var." (Lotte, 5), og at venner og familie var meget optaget af, at de skulle finde en anden løsning for at få børn, imens de fortsat var i processen med at forstå og acceptere, at de ikke fik det barn, de havde drømt om. Dette illustrerer, at parrets omgivelser har svært ved at forstå, hvorfor parret indstiller behandlingen, uden parret er klar over, hvad de så vil og om de skal have børn på en anden måde. Dette kan ses som værende et udtryk for, at værdierne og holdningerne knyttet til familie og børn stadig er forankret i samfundet.

Flere informanter har været bevidste om at få det kommunikeret ud til omgangskredsen, at de er ufrivilligt barnløse, er stoppet i behandling og ikke får det barn, de havde drømt om. Nikolaj giver i den forbindelse et indtryk af, at historien om barnløsheden og fertilitetsbehandlingen ikke ville være en væsentlig del af hans biografiske fortælling, hvis behandlingen havde resulteret i et barn. Men da han kunne konstatere, at behandlingerne ikke var succesfulde, nåede han frem til erkendelsen af, at barnløsheden og behandlingsforløbet er en vigtig del af hans historie. Han fandt det vigtigt at begynde at dele denne historie med venner og familie, i forbindelse med at de stoppede i behandling, ligesom Henriette samt Lotte og Martin fandt det vigtigt at fortælle omverdenen. Som beskrevet kan det karakteriseres som et vendepunkt for informanterne, da de stoppede i behandling. For nogle af informanterne blev vendepunktet særligt tydeligt, da de fremlagde kendsgerningerne for deres omgangskreds, og dermed forsøgte at gøre barnløsheden og behandlingerne til en del af deres biografiske fortælling om selvet. Nogle af informanterne orienterede sig mod fremtiden ved at fortælle om behandlingens afslutning, hvorved de forsøgte at leve med udgangspunkt i, at de ikke får børn, hvilket kan sidestilles med Cullbergs beskrivelse af bearbejdningsfasen.

4.5.3.2 At blive konfronteret med barnløsheden

Selvom de fleste informanter var åbne om barnløsheden og fertilitetsbehandlingen, har de svært ved at blive konfronteret med barnløsheden efter endt behandling. Særligt de kvindelige informanter synes, at børn fylder ekstremt meget i samfundet generelt, i familien samt i vennegruppen, hvilket gør at det er svært for dem at undgå at blive konfronteret med barnløsheden. Yderligere føler de kvindelige informanter også, at der er et fællesskab, som de ikke kan være en del af, fordi de ikke har børn. Henriette blev særligt dette, da Kasper flyttede ind hos dem, hvortil hun siger:

"Der har man virkelig fået bekræftet, hvor isoleret man er, når man ikke har børn. Fordi lige pludselig der bliver man bare en del af et netværk – helt automatisk. Et netværk folk, som ikke har børn, ligeså godt kunne have kunne være en del af. Det bliver man bare ikke. Børn det giver bare et eller andet, der er noget, der bliver mere automatiseret. Og jeg sy-

nes det er bekymrende, at man ikke kan blive en del af et fællesskab, hvis ikke man har et barn. Det synes jeg er meget bekymrende.” (Henriette, 8).

Henriette oplever også, at andre LFUB-medlemmer føler sig isoleret og uden for fællesskabet, og hun konstaterer ”... at samfundet drejer rundt om børn åbenbart. Jeg er godt klar over, at vi skal have de her børn for at holde os selv og samfundet i gang, men jeg synes det er skræmmende, at det er det, der i høj grad holder netværkene i gang.” (Henriette, 8). Camilla og Lotte er enige i denne betragtning, og de fortæller, at de synes, det kan være svært at være tilstede sammen med andre, som har børn eller børnebørn, hvortil Lotte siger: ”Det er lidt som om at inde i deres system, der er det bare sådan: børn, børn, børn, og børn er vigtigst, og sådan er det bare. Og det er virkelig provokerende, når man ikke har nogen. Så føler man sig bare ikke lige så meget værd, som de andre. Det synes jeg... Det er det værste.” (Lotte, 22). At informanterne føler sig isoleret og uden for fællesskabet på baggrund af deres barnløshed understreges af, at Lisbeth fremhæver, at hun oplevede at være mindre isoleret i forhold til omverdenen og blive en del af fællesskabet ved at have et barn i sin dagligdag:

”Selvfølgelig har man da andre fællesskaber, men lige det der fællesskab, det har de fleste jo, fordi de fleste har børn. Så man føler sig sgu lidt udenfor. Og det kan jeg fuldt ud forstå. Så fedt er det da ikke at gå til skole-hjem-samtaler. Men omvendt er det jo alligevel... Men har jo et lille menneske, som man skal forsøge at få frem i verden, ikke? Så det gør står forskel, om man slet ingen børn har.” (Lisbeth, 18).

4.5.3.3 At tackle andre

Informanterne har svært ved at blive mindet om barnløsheden i sociale sammenhænge. Både Henriette, Lotte og Camilla giver udtryk for, at de har/har haft svært ved at tackle andre gravide og nyheden om en graviditet. De tre kvinder reagerer dog forskelligt på dette i dag, og det er tydeligt, at det har betydning hvor lang tid siden det er, at de var i behandling. Camilla er den, der bliver mest påvirket af dette, og hun fortæller:

”Jeg prøver sådan at søge nogle kredse hvor det her børnetema og graviditet ikke er der, så har jeg det bare sindssygt godt – så stor trives jeg i mit liv – jeg har det fantastisk og synes at livet det er dejligt. Men hold kæft man, børn det fylder bare så meget i vores samfund. (...) Det der med at bevæge sig lidt i samfundet uden at have børn, og så ikke hele tiden blive konfronteret med det, som jeg ikke har, og det som jeg har kæmpet rigtig, rigtig meget for.” (Camilla, 7).

Camilla fortæller, at det stadig et år efter behandlingen sluttede er noget hun bruger meget energi på, hun siger, at hun ”... forsøger at gå lidt udenom, så føles det rigtig, rigtig ensomt, og det føles, som om man er alene på sådan et lidt mærkelig måde, for man er jo egentlig en del af fællesskabet, men samtidig er der et fællesskab, der hedder familie, som man ikke er en del af.” (Camilla, 8). Hun er stadig meget påvirket af, at hendes liv ikke bliver, som hun havde forventet, og hun fortæller, at hun måtte ned og bilde i græsset, da hendes veninde fornylig sendte en besked om, at de ventede barn nummer tre:

”Det er sindssygt svært for mig at navigere i (...) Men det er jo svært, det er både svært for dem – hun synes jo, det er pishamrende svært at fortælle mig, at de skal have nummer tre, og jeg synes så det er pishamrende uretfærdigt at hun bare kan få nummer tre bare ved at blinke med øjnene. Det ødelægger sgu ret meget i sådan nogle venskaber. (...) Det kræver meget af mig, men det kræver også, at de her veninder på en eller anden måde kan gå ud af den der babyboble, symbiosen.” (Camilla, 19).

Camilla har svært ved at håndtere nyheden om den tredje graviditet hos veninden, og hun bruger ordet *uretfærdigt* til at beskrive den følelse, hun har. Dette vidner endnu engang om, at Camilla fortsat har svært ved at acceptere, at hun ingen børn får, og at forestillingen om hende selv som gravid har fyldt så meget hos hende, at hun bliver meget påvirket af nyheder om dette i hendes venindegruppe.

Lotte beskriver også, at hun har haft svært ved at tackle nyheden om andres graviditeter, fordi det minder hende om, at hun aldrig bliver mor. Hun fortæller, at hun på dage som morsdag ikke burde åbne Facebook for at skærme sig selv for billeder af blomster og gaver, som hendes veninder får af deres børn på denne dag:

”Det gør mig stadigvæk ked af det, men det første år var værst. Man vender sig jo lidt til det. Men sådan er det bare hele tiden (...) Facebook er altså ikke godt i forhold til sådan noget her, fordi folk skriver sådan noget med, hvor hårdt det er at være gravid, og jeg bliver bare så vred, når jeg læser sådan noget, ikke? Og jeg tænker: ”Hvad bilder de sig ind? Nyd den graviditet.” Så er jeg skide ligeglad med om de får bækkenløsning eller hvad de gør, fordi der sidder folk, som aldrig nogensinde får lov at prøve det.” (Lotte, 12-13).

Udover at Lotte stadig bliver ked af det, når hun direkte bliver mindet om barnløsheden, så indeholder citatet også et element af vrede og uretfærdighed, rettet mod de kvinder, som brokker sig over skavanker undervejs i deres graviditet. Det at skulle acceptere, at hun ingen børn får har hun haft svært ved, hvorfor

hun påvirkes af, at gravide brokker sig, og tænker, at de skulle bare vide, hvor heldige de er. Martin er enig med Lotte, og siger: *”Når man er på sidelinje, så er alle de påmindelser sgu hårde.”* (Martin, 13). Parret synes altså, det er hårdt at blive mindet om det, de ikke har, og det de ikke kommer til at opleve, selvom det kan være noget så træls som kvalme og bækkenløsning eller noget som blomster på morsdag. De oplever dog, at det med tiden påvirker dem mindre og mindre. Henriette fortæller, at hun også har oplevet at have det svært med andre gravide i sin omgangskreds, hvortil hun siger: *”... jeg kunne godt have det lettere anstrengt med, at folk de blev gravide.”* (Henriette, 23). I dag, fem år efter hun stoppede i behandling, kan Henriette glæde sig på andres vegne, uden at hun bliver påvirket i samme grad som tidligere. Dette er et udtryk for, at Henriette er nået frem til en erkendelse og accept af, at hun ingen børn får, hvorfor det er lettere for hende at glæde sig på andres vegne.

Barnløsheden har altså fortsat en indflydelse på disse tre kvinders tilværelse, idet de gennem deres omgivelser bliver konfronteret og mindet om tabet af den drøm, der aldrig vil gå i opfyldelse. Yderligere bliver særligt Henriette og Camilla mindet om, at de ikke selv kommer til at bære et barn, føde det og opleve den transformation, kvindekroppen går igennem, hvilket de flere gange italesætter et ønske om. Det synes dog at være betydningsfuldt, jo længere tid informanterne har haft til at bearbejde sorgen og redefinere deres livsplan. Der er en tendens til, at jo længere det er siden, de var i behandling, jo lettere har de ved at glæde sig på andres vegne. Dette illustrerer netop, at tiden er væsentlige fakta i forhold til bearbejdningen af sorgen, som Cullberg fremhæver.

Lisbeth har modsat de andre kvinder været fast besluttet på, at hun ikke ville være en af dem, der ikke kunne glæde sig på andres vegne. Hun ville ikke have det sådan, at andre var bange for at vise deres glæde over en graviditet, fordi hun var til stede:

”Jeg vil bare ikke være en af de der kvinder, der fordi man ikke selv har fået et barn, hvor folk de ikke kan få lov til at fortælle, at de er gravide. Jeg vil ikke være en af dem, der ikke kan glæde sig på andre folks vegne. (...) Jeg vil ikke have, at folk de ikke tør fortælle at de er gravide, fordi her sidder jeg og kan ikke få nogle børn.” (Lisbeth, 4).

Lisbeth har altså fra starten af været afklaret om, at hun ville kunne glæde sig på andres vegne, og hun fortæller også at hun gladelig deltager i *”afkomstfremstillingen”* på sit arbejde, når kollegaerne på barsel kommer og viser deres børn frem. Selvom Lisbeth havde besluttet dette, udtrykker hun, at hun også har haft udfordringer ved at blive konfronteret med barnløsheden, men dette har i højere grad end de andre informanter vakt en følelse af uretfærdighed, særligt når hun har set *”... nogle forældre, og man bare tænker ”De skulle bare aldrig have haft børn.” De skal bare tænke på det, og så får de børn. Og vi an-*

dre, som måske synes vi har lidt mere at give, vi kan ikke. Det er eddermuggeme uretfærdigt. Men det er ikke noget jeg bruger tid på, det fyldte helt sikkert meget i starten.” (Lisbeth, 5).

4.5.4 Fremtiden

Barnløsheden fylder for både informanterne og studiepopulationen mindre i hverdagen med tiden. Men som Cullberg betoner, vil sorgen, over at have mistet det de aldrig fik, altid være en del af deres liv, fordi barnløsheden har vendt op og ned på deres tilværelse. Ligesom barnløsheden er en del af deres fortid og nutid, vil den også være en del af deres fremtid, hvilket berøres i dette afsnit.

Flere informanter berører, at de er den sidste generation. Lotte havde det svært efter sin fars død, fordi hans død markerede, at hun er den sidste generation. På et tidspunkt snakkede hun om sin fars død med en kollega, som også er barnløs. Kollegaen mistede sin søster som ung, hvorfor hun ikke har nogen niecer eller nevøer. Kollegaen betoner derfor, at Lotte i det mindste har sine niecer, modsat kollegaen, hvortil Lottes reaktion er: *”Og det er jo rigtigt (...) Der er ikke nogen generation efter hende, vel?”* (Lotte, 35). Lotte blev opmærksom på, at hun trods alt ikke er den yngste generation i familien, hvilket må have haft en indvirkning på hende, idet hun senere fortæller: *”Jeg gør mig ikke så mange tanker endnu om det der, når man bliver gammel (...) vi har jo simpelthen syv niecer, og jeg er sikker på, at der nok skal være en af dem, der gider at tage sig af os.”* (Lotte, 37). Lotte synes altså at være kommet overens med tanken om at blive gammel uden at få børn, ligesom hun finder en ro i, at Mia og hendes kommende børn altid vil være en del af hendes liv. Lotte og Martin har derfor ikke en forventning om eller frygt for, at de kommer til at være alene og blive ensomme, når de bliver gamle.

Camilla og Nikolaj funderer, som Lotte også har gjort, over fremtiden uden børn. Camilla lægger vægt på, at hun ikke kommer til at gøre sine forældre til bedsteforældre: *”... i forhold til mine forældre, så synes jeg, det er pisse ærgerligt – der er også den del, der hedder bedsteforældre – at jeg ikke får den oplevelse sammen med dem.”* (Camilla, 17). Camilla synes også at overføre sine egne erfaringer som barnløs til sine forældre, og de udfordringer det giver hende i samværet med venner, der har børn, og hun håber ikke, at de skal opleve det samme i deres vennegruppe, hvorfor hun håber, at hendes søskende får flere børn. For Nikolaj, som ikke savner at have et spædbarn, handler det om, at han om 10-20 år vil at savne at have et barn i sit liv, som han kan dele livsbegivenheder med:

”... når jeg selv er kommet hjem til mine forældre, både nu men også som studerende, og havde nået et nyt mål i mit liv, havde fundet en kæreste eller havde et eller andet... De her succeser man fejrede med sine forældre, det kommer jeg ikke til med de børn, jeg ikke får

– det er jo klart. Men det er jo den del af det, hvis man skruer 10-20 år frem, som jeg vil komme til at savne.” (Nikolaj, 3).

Selvom Nikolaj fremhæver de positive aspekter af at være barnløs, i forhold til at have små børn, fylder barnløsheden og dens konsekvenser meget i hans fortælling om fremtiden. Hans syn på fremtiden synes dog ikke at være bundet op på spørgsmålet om børn i samme grad, som det ses hos Camilla:

”Jeg har det også sådan, at jeg behøver ikke at leve ret længe – hvis jeg bare lever ti år mere, så er det okay. Det er også lidt underligt, ikke? Men om ti år er det nok der, hvor jeg når maksgrænsen for, hvornår jeg biologisk kan få børn...” (Camilla, 8).

Camilla refererer her til sin fertile alder og sine muligheder for at få et barn i forbindelse med sine forestillinger om, hvor lang tid hun skal leve, hvilket er en indikation på, at hun har meget svært ved at forestille sig et liv uden børn, selvom at hun oplever, at hendes tilværelse, herunder hendes forhold til Nikolaj, er blevet markant forbedret efter de stoppede med fertilitetsbehandling. Hun fremhæver dog *”Og samtidig når jeg siger det (at hun ikke behøver at leve ret længe, red.), så skal det ikke være sådan, at det kun er børn, der skal være indholdet i ens liv...”* (Camilla, 9). Camilla befinder sig i spændingsfeltet mellem, at hun på den ene side gerne vil give slip på drømmen om at få et barn, og finde en ny mening med sit liv, som det er nu, men har på den anden side fortsat svært ved at revidere sin forestilling om fremtiden, hvilket også illustreres ved hendes ambivalens om de muligheder, hun og Nikolaj fortsat har for at modtage behandling igen. Camilla er den af informanterne, der har sværest ved at forestille sig et liv uden børn, ligesom behandlingsforløbet synes at have belastet hende psykisk i langt højere grad end de resterende informanter. At hendes fortælling i så høj grad er centreret om den belastning barnløsheden fortsat er på hendes tilværelse hænger givetvis sammen med, at det kun er et år siden, de stoppede i behandling, og at de fortsat at et æg på frys. Parret har valgt at sige stop én gang, men det, at de skal forholde dem til, at de fortsat har mulighed for at modtage behandling, gør at hun har svært ved fokusere på fremtiden. Med hensyn til muligheden for yderligere behandling fortæller Camilla:

”Det kan også godt være, at vi gør det engang, for der er stadigvæk muligheder, men nu er der jo gået et års tid, og jeg har stadig ikke særlig meget lyst til det. Men nogle gange kan jeg godt have lyst til det, simpelthen fordi jeg synes, det er for hårdt ikke at gøre det, og jeg synes nogle gange, det er for hårdt ikke at have børn. For den der begejstring og den der begivenhed, det er, når nogen bliver gravide (...) og det der naturligt følger med dåb, fødselsdage [og] så begynder baby at gå (...) det er jeg ikke en del af nogen som helst steder.” (Camilla, 8).

For Camilla er det vanskeligt at lægge fortiden bag sig, men på nuværende tidspunkt synes hun at være mest optaget af, at hun ikke ønsker at udsætte sig selv, sin krop og sit parforhold for endnu en behandling. Nikolaj fortæller på samme måde som Camilla, at der *"... ikke [er] trukket en klar streg i sandet endnu."* (Nikolaj, 12), men han har efterhånden vænnet sig til tanken om, at de ikke får et barn, ligesom han synes *"... det bliver svære at forestille sig at gå i gang igen."* (Nikolaj, 5). For Nikolaj hænger det blandt andet sammen med, at de har startet en ny fase, hvor de er flyttet fra det hus, de troede skulle danne rammen om et liv med børn. Han fortæller, at *"... det har hjulpet til, at tanken nu er tættere på endegyldigt – altså at man ikke længere sidder i det hus der, som sådan en uopfyldt drøm i virkeligheden..."* (Nikolaj, s. 12). Han synes mere afklaret med tanken om, at de ikke har fået et barn sammenlignet med Camilla, men de virker begge relativt klare i mæglet om, at de ikke ønsker mere behandling. Omvendt er et endegyldigt farvel til drømmen også vaskeligt, fordi deres livsprojekt var bygget op om at få et barn. De har til dels accepteret den nutid, de lever i, på trods af, at livsplanen oprindeligt var en anden, men de synes omvendt at trække deres forestillinger fra fortiden med ind i deres forestillinger om fremtiden, hvilket vidner om, at det er svært for dem at nå til en accept af, at de ikke får et barn. Deres fortælling illustrer netop, at der er tale om en proces, som går frem og tilbage, og at beslutningen om ikke længere at forfølge drømmen om at få et barn ved hjælp af fertilitetsbehandling ikke er en beslutning, der kan tages fra den ene dag til den anden.

4.5.5 At leve med en evig sorg

Som Cullberg fremhæver i sin kriseteori er der en tendens til, at det, som tiden går, bliver lettere for informanterne at leve med den sorg, det er ikke at have fået børn. Men det er også tydeligt, som Cullberg betoner, at sorgen aldrig forsvinder, men vedbliver at være en del af informanternes tilværelse. For eksempel udtrykker Henriette:

"Sorgen er der hele tiden. Sorgen over at have mistet det, man har kæmpet allerhårdest for, er gået igennem hvad som helst for og har brugt en formue på, at det ikke lykkes. Og så ser man folk omkring en, som bare får eller laver "ups'ere" og sådan noget. Det er selvfølgelig nogle ting, der minder en om det man har været igennem." (Henriette, 5).

For Henriette er sorgen tilstede sideløbende med, at hun har fundet en mening med tilværelsen ved at blive plejefamilie. Lotte og Martin fortæller, at sorgen over ikke at have fået et barn er med til at knytte dem sammen. Lotte siger: *"Det knytter en sammen, det man ikke har. Den sorg man egentlig har, er fælles, ikke? Fordi det (...) faktisk er en sorg, og det kan vi godt nikke genkendende til, at det er. Man har en sorg over noget, man aldrig nogensinde fik..."* (Lotte, 34). Camilla befinder sig også i sorgpro-

cessen, og oplever, at denne blev skudt i gang, da de stoppede behandlingen og flyttede fra det hus, hvor de havde forestillet dem, at de skulle have et liv med børn:

”Vi satte huset til salg, [og jeg startede i en deltidsstilling]. Det var på en måde rigtig, rigtig godt, men jeg tror at den sorgproces, som det jo er ikke at få børn, den endelig gik i gang der – det var her den proces gik i gang, jeg havde ligesom været i den fase hvor man græder og er ulykkelig, men nu kunne jeg starte med at bearbejde det, og åbne øjnene op for, hvad der ellers er i livet, der er værd at gå efter.” (Camilla, 6-7).

Camilla er opmærksom på, at hun er i gang med at bearbejde den sorg, som barnløsheden har medført. Flere informanter italesætter deres oplevelse af at være ufrivilligt barnløse som værende en sorg, de lever med. I forhold til det kriseforløb, der blev igangsat ved informanternes sidste behandling, synes informanternes fortællinger at indeholde elementer, der både kan henføre dem til bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen. Informanterne har i tiden efter behandlingsforløbet orienteret sig i mod fremtiden, og været optaget at skabe et liv og leve med de konsekvenser, barnløsheden har skabt for deres tilværelse. Informanterne er blevet i stand til at tage fat på nye udfordringer og kaste sig ud i nye oplevelser, som for eksempel at være pleje- og aflastningsfamilie, fordybe sig i arbejde og fokusere på at styrke parforholdet. Nyorienteringsfasen kommer til udtryk ved, at barnløsheden er blevet en del af deres fortællinger om dem selv, ligesom nogle informanter i dag ikke bliver slået ud af at høre om andres graviditeter. Nogle informanter har desuden opnået at skabe en hverdag, som ikke er domineret af sorgen og tabet over det barn, de ikke fik. Der er en markant forskel på informanterne på baggrund af, hvor længe det er siden, de modtog den sidste behandling. Hos Camilla og til dels Nikolaj ses der altså endnu elementer, der kan relateres til reaktionsfasen, blandt andet ved, at Nikolaj anvender forsvarsmekanismer i sin håndtering af barnløsheden, og ved at Camilla forsøger at skabe en mening i en kaotisk tilværelse. Hun funderer over, hvad hun har fundet meningsgivende, og fortæller: *”Jeg synes faktisk ikke, jeg har fundet noget. Jo, jeg har fundet mening i mit arbejde. Men jeg synes, at den der følelse af, at jeg ikke har noget at tage hjem til er svær...”* (Camilla, 8). På trods af at det vurderes, at de resterende informanter befinder sig i bearbejdningsfasen eller i nyorienteringsfasen betyder konfrontationen med barnløsheden, at de fortsat kan opleve en følelse af uretfærdighed over, at barnløsheden ramte netop dem, men dette slår dem dog ikke ud samme måde som tidligere.

Udover at tiden og det at hun har boet med et barn synes at være afgørende for Lisbeths bearbejdning af barnløsheden, oplevede hun et vendepunkt for en del år siden, efter de var stoppet i behandling, idet hun opdagede, at hun har et nedarvet gen, der øger risikoen for brystkræft og kræft i æggestokkene. Hun fandt i den forbindelse ud af, at en af bivirkningerne herved var barnløshed, og pludselig kunne hun finde

en form for mening i, at hun og hendes mand ikke fik et barn: ”Dengang vidste jeg det jo ikke, at jeg havde det gen. Og efterfølgende har jeg tænkt på, at det måske er naturens måde at regulere på – så kommer det gen i hvert fald ikke videre...” (Lisbeth, 4). Genet gør altså, at hun forholder sig til sin fortid på en anden måde end hidtil. Inden det blev klart for hende, at hun havde genet, var hun kommet overens med tanken om, at de ikke ville få et barn, men hendes fortælling viser, hvorledes informationerne om genet bliver et afgørende vendepunkt, fordi hun tænker sin fortid og barnløsheden i et helt nyt perspektiv.

4.5.6 Delkonklusion

I forbindelse med afslutningen af behandlingsforløbet nåede informanterne frem til erkendelsen af, at de måtte revidere deres livsplan og deres forventninger til fremtiden. Det er i tiden efter fertilitetsbehandlingen, at de har gennemlevet og fortsat gennemlever et kriseforløb forårsaget af barnløsheden og den sidste behandling. Nogle informanter er blevet enten aflastnings- eller plejefamilie, og har således en oplevelse af, hvad det vil sige at have et barn og være en familie, som de selv udtrykker det. Informanterne finder mening i elementer som var til stede i deres liv allerede inden barnløsheden, men disse elementer udgør i dag en større del af hverdagen på grund af barnløsheden. Særligt de kvindelige informanter oplever, at det er hårdt at blive konfronteret med barnløsheden gennem andres graviditeter og snakke om børn, og specielt en enkelt informant søger helt at undgå at komme i kredse, hvor børn fylder meget. Med tiden bliver det dog lettere for dem at glæde sig på andres vegne, ligesom det bliver lettere at leve med den sorg, det er, at de aldrig fik det, de drømte om. Enkelte informanter bekymrer sig om fremtiden på grund af barnløsheden. Denne bekymring er særligt tydeligt hos dem, der blot afsluttede behandling for et års tid siden.

Kapitel 5 – Konklusion

Formålet med specialet har været at undersøge, hvilke udfordringer ufrivillig barnløshed medfører for opretholdelsen af livsplanen før, under og efter fertilitetsbehandlingen, samt hvordan ufrivilligt barnløse efter endt behandling skaber en tilværelse uden det barn, de drømte om. Dette er gjort ved en analyse af fem biografisk narrative interviews med et par, tre kvinder og en enkelt mand, der alle har været i fertilitetsbehandling, men uden succesfuldt udfald. Dertil er der gjort brug af COMPI-datasættet, hvor studiepopulationen er fulgt, fra de i år 2000-2001 opsøgte fertilitetsbehandling og fem år frem. Det er samspillet mellem det kvalitative og kvantitative element, der har udgjort specialets empiriske grundlag, og på baggrund heraf vil problemformuleringen nu blive besvaret. Kapitlet indledes med en præsentation af analysens resultater, og efterfølgende reflekteres der over disse resultater.

5.1 Analysens resultater

Tiden før fertilitetsbehandlingen er ikke den periode, der fylder mest i de barnløses fortællinger. Denne del er hurtigt fortalt og er præget af handling og aktivitet for at finde ud af, hvorfor kvinden ikke bliver gravid. Det at få børn anses derfor fortsat som en naturlig del livsprogressionen og udgør et centralt element i livsplanen. Der kan her trækkes tråde til Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheims teoretiske synspunkter på børn og familie, og det kan derfor konkluderes, at drømmen om at få et barn fortsat er forankret i forestillingen om en meningsfuld tilværelse, på trods af samfundsmæssige forandringer, som blandt andet har medført, at individet er blevet mere refleksivt. Desuden viser analysen, at fortællingerne ikke er præget af kaos, og de barnløse udtrykker ikke en følelse af fortabthed, inden fertilitetsbehandlingen påbegyndes. Det kan på baggrund heraf konkluderes, at det at skulle i fertilitetsbehandling ikke udløser det, som Cullberg beskriver som værende en krisereaktion. De kvantitative re-

sultater illustrerer dog, at en tredjedel oplevede barnløsheden som en belastning for tilværelsen, umiddelbart inden behandlingsforløbet påbegyndtes.

I løbet af behandlingsforløbet formår de fleste at opretholde livsplanen, idet de gennem hele forløbet har et håb om, at de vil få et barn som følge af behandlingerne. I takt med at behandlingerne mislykkes, viser analysen dog, at forventningen til at behandlingerne vil lykkes, bliver mindre hos nogle, men samtidig håber de til det sidste. Det kan konkluderes, at det sidste behandlingsforsøg og beslutningen om at stoppe udgør et vendepunkt, og vendepunktet udløser en krisereaktion. De ufrivilligt barnløse befinder sig herefter i et kriseforløb, som har været længe undervejs grundet barnløsheden og fertilitetsbehandlingen. Krisereaktionen forårsages af, at de barnløse ikke længere kan opretholde ønsket, drømmen og troen på, at de får et barn, hvilket betyder, at den tilværelsestolkning, som de tidligere havde, ikke længere er mulig, hvorfor fortællingerne ved behandlingsforløbets ophør er præget af fortabthed og kaos. Det kan konkluderes, at det at stoppe behandlingsforløbet bliver et skæbnesvangert øjeblik, fordi de barnløse pludselig skal forholde sig til en ny virkelighed, hvor drømmen om et barn ikke kan opfyldes.

På trods af at barnløsheden udfordrer opretholdelsen af livsplanen, kan det konkluderes, at parforholdet ikke i samme grad udfordres, eftersom størstedelen i både de kvalitative og kvantitative analyser fortsat er sammen med den partner, de var i fertilitetsbehandling med efter behandlingens ophør. Dette er et tegn på, at selvom de barnløse må revidere deres livsplan, formår de at genforpligte sig over for deres partner, som Giddens beskriver det, og blive sammen, selvom de ikke får et barn. Giddens fremhæver, at for at det rene forhold kan bestå, er det en nødvendighed med gensidig tillid, som opretholdes gennem dialog, hvor der forhandles om en ny fælles fremtid. Analysen viser, at de barnløse har let ved at tale med deres partner om deres drømme og forventninger i forbindelse med barnløsheden, og de oplever også, at de kan dele den sorg og krise, de har været igennem og fortsat er i, med deres partner, hvilket bidrager til, at de bliver bekræftet i deres forhold, hvorfor de formår at genforhandle deres fremtid. Beck og Beck-Gernsheim understreger, at det tager tid og er hårdt arbejde at forhandle om en ny fælles fremtid, og fremhæver også vigtigheden af kommunikation et par imellem.

Måderne, hvorpå de barnløse finder en ny tilværelsestolkning, er forskellige. Analysen viser, at nogle vælger at have børn i deres liv på anden vis, hvilket giver dem følelsen af at være en familie og opleve, hvordan det er at have børn i hjemmet. Dette vidner om, at de barnløse ønsker at være noget for børn, fordi det er meningsgivende for den at kunne præge og være betydningsfulde for disse børn, som både Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheim betoner i deres teorier. Analysen viser desuden, at de barnløse fylder deres liv med elementer, som allerede var til stede, inden barnløsheden blev en realitet. Det er elementer som arbejde, fritidsinteresser og rejser, som på grund af barnløsheden optager

mere af tiden, end de havde forestillet sig, disse elementer skulle gøre. Det kan konkluderes, at de barnløse med tiden formår at skabe en meningsfuld tilværelse uden børn, men de lever alle med den sorg, det er, at de har mistet det, de aldrig fik. Denne sorg bliver særlig tydelig, viser analysen, når de barnløse gennem deres omgivelser bliver mindet om det, de har været igennem, og det tab de har lidt. De har en følelse af at være isoleret grundet barnløsheden, og det er særligt kvinderne, der beskriver denne følelse, fordi de oplever, at alt drejer sig om børn.

Det kan dog konkluderes, at jo længere tid siden det er, at behandling er afsluttet, jo bedre er de barnløse til at leve med barnløsheden. Analysen viser, at de barnløse med tiden formår at bevæge sig væk fra chokfasen og gennem reaktionsfasen, selvom fortællingerne stadig bærer præg af, at barnløsheden til tider findes uretfærdig, ligesom de barnløse spørger dem selv, hvorfor barnløsheden skulle overgå dem. Ved fortællingernes afslutning befinder de barnløse sig hovedsagligt i bearbejdnings- og nyorienteringsfasen, hvor de har fokus på fremtiden og lever med barnløsheden som en del af deres historie. Som Cullberg fremhæver, er det muligt for individet at leve med den sorg, som en krise medfører, og det er muligt, at livet ikke for altid skal domineres heraf, hvilket kommer til udtryk ved, at de barnløse skaber en ny tilværelse i en genforhandlet livsplan med partneren.

5.2 Refleksioner over analysens fund

Udgangspunktet for undersøgelsen har været en forestilling om, at der overordnet set eksisterer en proces, som er identisk for alle barnløse, der modtager behandling for barnløsheden, som kan inddeles i tiden inden, under og efter fertilitetsbehandling. Denne tidslighed har også været styrende i de biografiske fortællinger, og analysen viser, at den egentlige udfordring for opretholdelsen af livsplanen og det egentlige skæbnesvangre øjeblik opstår som følge af det sidste behandlingsforsøg og afslutningen på behandlingsforløbet. Derved er det at skulle, og til dels også være i fertilitetsbehandling, ikke en decideret udfordring for opretholdelsen af livsplanen, idet den forestilling, de barnløse har haft om deres fremtid, kan opretholdes undervejs i behandlingen, fordi de fortsat har udsigter til at få et barn. På trods af fertilitetsbehandling kan det konkluderes, at livsplanen kan opretholdes, fordi det er måden, hvorpå livsplanen bliver indfriet, der ændres. Det at starte og være i fertilitetsbehandling er uden tvivl en voldsom oplevelse for de barnløse og udgør en væsentlig del af deres livshistorie, men barnløsheden bliver særligt indgribende i tilværelsen, når den sidste behandling også mislykkes, og beslutningen om ikke at modtage mere behandling træffes. Det er undrende, at de kvalitative fortællinger bærer præg af, at det at skulle i fertilitetsbehandling ikke er mere skelsættende og forstyrrende for tilværelsen, idet resultaterne af de kvantitative analyser viser, at barnløsheden var belastende for en tredjedel ved behandlingens start. En forklaring her på synes at være, at de kvantitative analyser giver et øjebliksbillede, mens fortællingerne

fra den kvalitative del giver et retrospektivt billede af de barnløses samlede livshistorie. Fortællingerne er overskygget af, at fertilitetsbehandlingen ikke resulterede i ønskebarnet, hvorfor den belastning, barnløsheden muligvis medførte for tilværelsen ved behandlingsforløbets start, er overskygget heraf. I den samlede livshistorie vurderes det derfor at være mere indgribende for livsplanen, når det erkendes, at mulighederne for at få et barn er udtømte, sammenlignet med når måden, hvorpå barnet skal blive til, bliver ændret.

5.2.1 Når barnet ikke udgør det faste holdepunkt

Barnløshedens udfordringer for opretholdelsen af livsplanen forårsager som konkluderet et kriseforløb, og de barnløses fortællinger viser, at de formår at gennemleve dette kriseforløb for med tiden at nå frem til nyorienteringsfasen, hvor barnløsheden er en fast del af deres livshistorie uden at være altoverskyggende for tilværelsen. Nogle er kommet frem til nyorienteringsfasen ved at blive aflastning- eller plejefamilie eller ved at være en signifikant person for partnerens barn og har på den måde bearbejdet barnløsheden. Det er altså muligheden for at være tæt knyttet til et barn, og mærke hvordan hverdagen er med et barn, der gør dem i stand til at bearbejde sorgen over barnløsheden. De oplever derved, at disse børn bliver meningsgivende for deres tilværelse på den måde, som Bäck-Wiklund og Bergsten samt Beck og Beck-Gernsheim fremhæver barnets betydning for forældrenes liv. Bäck-Wiklund og Bergsten fremhæver, at barnet er en central del af livsplanen, fordi det skaber mening i livet og stabilitet i en omskiftelig verden, ligesom det giver forældrene en følelse af at have en betydning, idet forældrene har ansvaret for at skabe de bedste betingelser for barnet. I tråd hermed påpeger Beck og Beck-Gernsheim, at det tætte forhold til barnet skaber en vigtig emotionel støtte for forældrene. Disse teoretiske perspektiver har været særdeles relevante i forhold til at skabe en forståelse af, hvorfor ønsket om at få et barn fortsat er stort i en samtid præget af individualitet, og hvor et valg til enhver tid kan ændres. Barnet er altså ikke kun en udfordring eller en begrænsning, men tildeles en vigtig funktion i forældrenes tilværelse. De kvalitative resultater viser også, at pleje-, aflastning- eller bonusbarn opfylder denne funktion, da følgende blandt andet fremhæves: *”Man har jo et lille menneske, som man skal forsøge at få frem i verden, ikke? Så det gør stor forskel, om man slet ingen børn har (...) Da det blev klart, at det er sådan, det er, så levede jeg mig ind i, at så har vi jo Sebastian, og så er det ham, vi skal passe på.”* (Lisbeth, 18).

I kraft af at det er teoretikernes hensigt at beskrive og forstå, hvorfor individet ønsker et barn som en del af tilværelsen, har de netop entydigt fokus på den funktion, barnet besidder. De teoretiske perspektiver lægger derfor op til, at barnet er essentielt for individets tilværelse. Ud fra denne tolkning synes barnløse derfor at have nogle behov, de ikke får opfyldt, hvis ikke de på anden vis er knyttet til børn, som udgør en væsentlig del af deres liv. Beck og Beck-Gernsheim fremhæver i den forbindelse dog, at relationen til partneren opfylder nogle af de samme funktioner som barnet, idet de beskriver, at partneren bliver et fast

holdepunkt i en omskiftelig verden: *"More and more we tend to pin our hopes on another person, this man or that woman. He or she is supposed to hold us upright and steady in a world whirling round faster and faster."* (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 50), ligesom de påpeger, at *"The fundamental theme behind marriage is (...) increasingly a matter of identity."* (Beck og Beck-Gernsheim 1995, 51). Partneren kan på samme måde som barnet skabe en mening og et tilhørsforhold, hvilket netop kommer til udtryk ved, at de barnløse formår at genforhandle og opretholde deres parforhold trods barnløsheden. Med udgangspunkt i Giddens' teoretiseringer om det rene forhold kunne det dog forventes, at barnløse par ville bryde op på grund af den udfordring, som barnløsheden og den proces, parret gennemgår, medfører for livsplanen. Udover at partneren fungerer som et fast holdepunkt, synes en forklaring på, at de barnløse par forbliver sammen, at være, at de føler, det barn, de ikke fik, binder dem sammen. Så på samme måde som Bäck-Wiklund og Bergsten pointerer, at *"Valet att bilda familj och framför allt beslutet att skaffa barn är emellertid ett val som för all framtid binder samman den moderna människan med en ann..."* (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 107) oplever de barnløse, at sorgen over barnløsheden binder dem sammen med partneren for altid. Bäck-Wiklund og Bergsten er særligt opmærksomme på, at barnet for altid vil være en del af forældrenes historie, idet *"Det utökade ansvar som barnet medför innebär att det blir en ouplöslig del av föräldrarnas individualitet..."* (Bäck-Wiklund og Bergsten 1997, 107). I relation hertil oplever de barnløse også, at barnløsheden er en varig del af deres individuelle fortællinger og fælles historie med partneren. Lige såvel som barnet bliver en afgørende del af manden og kvindens fortællinger og binder dem sammen for altid, bliver barnløsheden det også.

5.2.2 Modernitetens knap så refleksive karakter

Som det blev konkluderet, var drømmen om at få et barn og blive forældre en naturlig forventning til fremtiden hos de barnløse. Med udgangspunkt i Giddens' modernitetsteori er beslutningen om at ville have børn et valg, individet selv træffer på baggrund af en reflektiv fundering herom. Denne antagelse har været gennemgående i specialet og er fremhævet ved, at børn og forældreskab i dag er noget, et par vælger til som en meningsgivende faktor i deres livsprojekt, hvorfor også børn i høj grad betragtes som værende ønske- eller projektbørn. Det har derfor været præmissen for specialet, at genstandsfeltet har betragtet kernefamilien som *"... en meningsfuld måde (...) at organisere og leve sit liv på."* (Dencik, Jørgensen og Sommer 2008, 107). Som det blev tydeligt i analysen, udtrykte de barnløse, at ønsket om at få et barn var højt, ligesom det var et valg, de selv traf: *"... vi var i hvert fald ret hurtigt, efter vi mødte hinanden, enige om, at vi gerne ville have et barn."* (Lisbeth, 1). Det synes at være et selvstændigt valg, at de gerne ville have et barn, men det fremhæves dog, at omverdenen også var meget opmærksom herpå:

”Altså, inden jeg lærte min mand at kende, så spurgte alle: ”Har du ikke fået en kæreste?” Altså hallo, er jeg ikke god nok uden en kæreste? Og efterfølgende er jeg ikke god nok uden et barn? Selvfølgelig er jeg det (...) Ligesom folk de spørger ”Har du ikke fået en kæreste endnu?” Så spørger de også: ”Skal I ikke have nogle børn?” eller ”Skal I ikke snart have nogle børn?” Hold nu kæft.” (Lisbeth, 4+6).

Fra omverdenens side var der en enorm forventning om at få en kæreste og efterfølgende et barn, hvilket også kommer til udtryk på denne måde:

”... vi er jo faktisk bare en generation af kvinder, som er rigtig godt opdraget, for vi gør det, vi har fået at vide, vi skal gøre: Få en uddannelse, få et arbejde, find manden, find så et godt sted at bo og bliv ordentlig etableret, og først derefter skal man tænke på børnene (...) i virkeligheden så gør vi jo bare det, som samfundet har sagt, vi skal gøre.” (Henriette, 8).

Der eksisterer en opfattelse af, at den måde, mange organiserer deres liv på i forhold til de forskellige livsfaser, er et resultat af samfundets forventninger, hvilket også kommer til udtryk ved, at man skal

”... passe ned i den kasse, som samfundet forventer af en – nu skal du have nogle børn, nu er det ved at være tid (...) det [at få et barn] var også sådan lidt skrevet, at det gør man åbenbart, når man rammer de der 30+.” (Nikolaj, 8), fordi ”... alle andre omkring en, de får jo også børn på det her tidspunkt, så der ligger et naturligt pres på en, selvom man gerne vil trække årene lidt ud, så er det bare ved at være nu.” (Nikolaj, 1).

Her bliver det endnu tydeligere, at når man når en bestemt alder og ellers har styr på tilværelsen, så er der en klar forventning om, at det næste mål i livet er at få børn. Drømmen om at få et barn er altså muligvis ikke kun skabt på baggrund af et personligt valg, men at det også er et resultat af samfundets indretning og forventninger. Den aftraditionalisering, som har skabt valgfrihed og fordret en refleksiv livsføring, ifølge Giddens, kan derfor diskuteres i forhold til familiedannelse og valget om at få børn.

De barnløses fortællinger adskiller sig på den ene side fra Giddens forestilling om refleksiv livsføring, og det faktum at individet ikke følger traditionelle forskrifter instinktivt, idet de barnløse oplever en forventning fra samfundet generelt og deres omgangskreds specifikt om, at de bør få et barn. Der eksisterer altså en forestilling om, at det at få børn er en naturlig del af livsprogressionen, hvorfor valget om at få et barn ikke synes at være helt så frit, som Giddens påpeger. På den anden side understreger Giddens dog,

at ”... man kan finde mange kombinationer af det moderne og det traditionelle i konkrete sociale sammenhænge.” (Giddens 1994a, 38), hvilket netop synes at være tilfældet i forbindelse med at få børn. Men som det også blev fremstillet i Kapitel 3, er en tradition ”... ikke fuldstændig statisk, idet den må genopdages af hver ny generation...” (Giddens 1994a, 38). Det at størstedelen søger at etablere sig i kernefamilien, vil Giddens sige er et udtryk for, at de følger traditionen, men kun fordi de har vurderet, at traditionen er værd at følge. De søger at leve efter traditionelle forskrifter som følge af et bevidst valg. Men netop fordi de barnløse oplever, at der eksisterer en ”standard familiepakke”, som en af dem udtrykker det, kan der stilles spørgsmålstegn ved Giddens’ pointering af, at traditioner kun kan retfærdiggøres på baggrund af refleksiviteten. Det vil sige, om det at få et barn virkelig bunder i et refleksivt valg.

Beslutningen om at få et barn og ønsket herom er altså ikke udelukkende præget af modernitetens refleksive karakter. Valget om at få børn synes at være refleksivt i den forstand, at barnet vælges til, når det passer ind i parrets livsplan, mens tankesættet om at ville have et barn er bundet op på traditionelle forestillinger om en naturlig livsprogression og en bestemt måde at etablere sig på, hvorfor beslutningen om at få et barn samlet set ikke udelukkende er et refleksivt valg. Omvendt kan der også argumenteres for, at der eksisterer en forventning om, hvornår individet er klar til at få børn, og hvornår det passer ind i tilværelsen. Der kan også drages paralleller til den medikaliseringsproces, ufrivillig barnløshed har gennemgået, som blev omtalt i afsnit 1.3.1. De medicinske behandlingsmuligheder for ufrivillig barnløshed understreger, at det er kutyme at få et barn, forstået på den måde, at et par, foruden deres eget ønske om at få et barn, behandles med henblik på at opfylde den sociale forventning, der eksisterer, om at de får et barn. Konsekvensen for de barnløse bliver derfor, at ud over de udfordringer, de oplever, at barnløsheden skaber for opretholdelsen af livsplanen, opstår der yderligere udfordringer som følge af de forestillinger, der eksisterer fra samfundets side om, hvordan man gør familie. Behandlingsmulighederne og samfundets forventninger bliver en ekstra dimension, de barnløse må forholde sig til, hvilket muligvis gør det endnu mere vanskeligt for dem at acceptere deres skæbne. Det er altså svært at være ufrivilligt barnløs, fordi det udfordrer de barnløses egne forestillinger om deres fremtidige liv. Med tiden formår de dog at skabe en tilværelse uden børn, men barnløsheden er en sorg, de lever med og bliver mindet om gennem den traditionelle forestilling om, hvordan man gør familie.

Kapitel 6 – Appendiks

I tillæg til de metodeovervejelser, der blev præsenteret i Kapitel 2, redegøres der i dette appendiks for de metodiske valg, der er taget i forbindelse med tilblivelsen af specialet. Indledningsvist gennemgås de valg, der er taget i forbindelse med specialets kvalitative element, og afslutningsvist præsenteres metodeovervejelserne i forbindelse med det kvantitative element.

6.1 Det kvalitative element

Følgende afsnit indeholder en beskrivelse af og begrundelse for de valg, der er taget i forbindelse med specialets kvalitative element, herunder en præsentation af den biografisk narrative tilgang, som interviewene er lavet ud fra, hvordan informanterne er blevet rekrutteret samt en gennemgang af interviewguiden.

6.1.1 Den biografisk narrative tilgang

Da specialet søger at belyse, hvilken betydning barnløsheden har for opretholdelsen af informanternes livsplan, og hvordan de har oplevet hele forløbet, fra de begyndte at undre sig over, at de ikke blev naturligt gravide og frem til tiden efter endt fertilitetsbehandling, blev det valgt at gøre brug den biografisk narrative tilgang i forbindelse med indsamlingen af kvalitativ empiri. Der blev brugt en tematisk tilgang i de biografiske interviews, hvor temaet var ufrivillig barnløshed, der gav indsigt i oplevelsen, samt hvordan informanterne havde håndteret hændelsen (Antoft og Thomsen 2005, 22). Informanterne er altså blevet bedt om at fortælle med udgangspunkt i de konkrete oplevelser, de har haft i forbindelse med barnløsheden. Den biografisk narrative metodes bidrag er et indblik i informanternes oplevelser og fortolkninger af de oplevelser, som de har været igennem. Dertil har denne tilgang givet mulighed for at

have et processuelt blik på de transformationer, der er tilstede i livsforløbet (Antoft, et al. 2011, 20). Det er altså gennem den biografisk narrative metode muligt ”... at indfange [informanternes] oplevelser af forandringer i sociale strukturer, da de fokuserer på personlige skæbner og kan demonstrere, hvordan disse skæbner er forbundet med større historiske forandringer og samfundsmæssige transformationer.” (Antoft, et al. 2011, 20).

I forbindelse med interviewene blev det valgt at tage udgangspunkt i den aktørorienterede tilgang, fordi tilgangen ser livet som værende præget af biografiske projekter, som løbende revideres. Det er disse revisioner, som er relevante, da de oftest bliver husket som værende afgørende i livet. Dertil er der fokus på, hvordan der skabes en ny biografisk fortælling gennem det biografiske arbejde, hvor individet forsøger at føre sin biografi i en bestemt retning (Antoft og Thomsen 2005, 160-161). Hvilket også stemmer overens med specialets teoretiske ramme, Giddens’ modernitetsanalyse, som er optaget af, hvordan individet opretholder, skaber og genfortolker sin refleksive livsplan i lyset af hændelser, som Giddens beskriver som værende skæbnesvangre øjeblikke. Ligesom i den aktørorienterede tilgang udgør disse øjeblikke i Giddens’ teori vendepunkter, der er af afgørende rolle i livsfortællingerne, fordi disse indfanger den transformation, som individet gennemgår.

Den biografisk narrative metode har været særlig anvendelig til empiriindsamlingen, fordi det har været muligt at indfange den tidslighed, der er til stede i den proces, informanterne har været igennem. Muligheden for at få indblik i det samlede fertilitetsforløb har været forbedret og ikke afgrænset til tre målindgange, som det ses i specialets kvantitative element. Interviewene har altså afdækket, hvordan informanterne har oplevet ufrivillig barnløshed som et indgreb i deres biografiske fortællinger og efterfølgende skabt mening i deres tilværelse på ny. Der har således været mulighed for, at informanterne kunne fortælle deres historie med fokus på det, som var vigtigt for dem, hvilket gav os adgang til deres oplevelser og håndtering af det, de har været igennem. Analysen af interviewene har ikke været en ren biografisk analyse, men begreber fra den biografiske metode er dog blevet anvendt. Særligt begrebet vendepunkt, der er kendetegnet ved at være hændelser, som betyder, at den tilværelsestolkning, der var til stede, ikke længere er holdbar, hvorfor der må søges efter en ny (Horsdal 1999, 124). Dertil blev der fokuseret på, hvilke temaer der fyldte i fortællingerne, samt hvilken orden der var i fortællingerne, herunder hvordan overgange i fortællingerne blev forklaret.

6.1.2 Rekruttering af informanter

Søgning efter enkeltpersoner eller par, som havde lyst til at dele deres historie, er foregået elektronisk gennem LFUB’s Facebook-side. Efter telefonisk kontakt med LFUB’s formand, blev vores forespørgsel delt på Facebook-siden, der har over 300 følgere. Formanden delte også forespørgslen i en lukket gruppe

for par og enlige, som er barnløse efter endt fertilitetsbehandling. Årsagen til, at det blev valgt at henvende sig til eventuelle informanter gennem LFUB, er grundet deres kontakthåndled til den gruppe af individer, som vi ønskede at komme i kontakt med. Dette resulterede i henvendelser fra Lotte og Martin, Henriette, Lisbeth og Camilla. Teksten, der blev delt på Facebook, kan ses i Bilag 10. Camilla formidlede kontakten til Nikolaj, idet hun i forbindelse med sit eget interview nævnte, at han muligvis også ville være interesseret i at deltage i et interview.

Informanten Lisbeth kender den ene af specialets forfattere privat, men historien om barnløsheden og fertilitetsbehandlingen har de to ikke tidligere delt. Interviewet med Lisbeth forløb på samme måde som med de andre informanter, men det var ikke naturligt at være så tilbagetrukket som interviewer grundet den personlige relation, hvorfor der i dette interview indgår mere dialog end i de andre. Det er vurderingen, at Lisbeth ikke holdte noget tilbage eller havde svært ved at fortælle sin historie grundet den personlige relation, hvorfor vi er overbeviste om, at det ville have været den samme fortælling, som var blevet fortalt, hvis der ikke havde været personligt kendskab til hende.

6.1.3 Interviewguide

Forud for interviewene blev der udarbejdet en interviewguide, som findes i Bilag 11, bestående af tre dele, en *indledende briefing del*, en *biografiske del* og en *semistruktureret del*. I den indledende briefing del blev informanterne informeret om specialets fokus, interviewenes rolle i forbindelse med hvad de skulle bruges til i specialet, og praktiske foranstaltninger blev afklaret. Yderligere blev informanterne opmuntret til at fortælle deres historie fra de besluttede, at de gerne ville have et barn. Ligeledes blev det fremhævet, at det var deres historie, vi var interesserede i, hvorfor vores rolle i interviewet ville være af lyttende karakter – det, der var vigtigt for dem i deres historie, var vigtigt for os.

Interviewets anden del bestod af et åbent biografisk narrativt interview. Her blev informanterne bedt om at præsentere sig selv og efterfølgende starte deres fortælling, fra de besluttede, at de gerne ville have et barn, men dette ikke lykkedes på naturlig vis. Ved at starte interviewet på denne måde fik informanterne mulighed for selv at udfolde deres historie ud fra egne præmisser og derved også selv selektede begivenhederne i historien (Horsdal 1999, 114). I denne del af interviewet var det afgørende, at informanterne fik tid og rum til at fortælle, hvorfor vores rolle som interviewer var af tilbagetrukket karakter. Dette betød, at vi undervejs i informanternes historier var empatiske og lyttende, og kun stillede opfølgende og uddybende spørgsmål i begrænset omfang for ikke at forstyrre fortællingen, hvorfor vi var opmærksomme på, at kunstpauser undervejs i fortællingen ikke betød, at vi skulle bryde ind, og samtidig var der fokus på igangsættende spørgsmål som: ”Hvad er det første du kan huske?” (Horsdal 1999, 106-108).

Interviewets sidste del var udformet som et semistruktureret interview og agerede tjekliste for det biografiske narrative interview. I denne del af interviewet blev der spurgt yderligere ind til de aspekter, som allerede var blevet berørt i interviewets anden del. Yderligere blev der også spurgt ind til emner, som muligvis ikke havde fyldt i fortællingerne, men som var relevante i forhold til at afdække problemformuleringen og temaerne. Spørgsmålene i denne del har været tænkt som en hjælp til at bore dybere i fortællingerne og skulle samtidig sikre, at specialets temaer, den proces og de udfordringer, som informanterne har været igennem, blev italesat. Derfor er det i denne del af interviewguiden blevet efterstræbt at udarbejde spørgsmål, som informanterne kunne relatere til deres konkrete erfaringer, da det på denne måde ville blive muligt at få en dybdegående fortælling herom. Yderligere var det vigtigt at bruge de ord og vendinger, som informanterne brugte undervejs i interviewene, når det blev forsøgt at få uddybet informanternes svar.

Som afslutning på interviewene blev informanterne spurgt ind til, hvorfor de havde valgt at deltage i interviewet og havde lyst til at fortælle deres historie. Hvorefter vi bad dem om at udfylde et faktaark omhandlende dem selv samt fakta om deres behandlingsforløb. Dette blev gjort for at kunne sammenligne informanterne med studiepopulationen, og derigennem få et grundlæggende kendskab til informanterne og deres behandlingsforløb. I Bilag 12 ses faktaarket.

Interviewene er blevet afholdt hjemme hos tre af informanterne, og de to øvrige er blevet afholdt på universitetet. Dette er blevet gjort efter informanternes ønske, for at informanterne ville føle sig trygge ved at fortælle deres historie. Det viste sig, at begge interviewlokationer skabte en naturlig og tryk stemning, hvilket blandt andet kom til udtryk ved længden på interviewene, disse har taget mellem 80 og 230 minutter. Samtidig er det indtrykket, at informanterne har kunnet opretholde deres fortælling uden for stor indblanding fra interviewerne, bortset fra de supplerende spørgsmål. Til alle fem interviews har begge forfattere været tilstede.

6.1.4 Transskriptioner

Interviewene er blevet optaget, hvorefter de er blevet transskriberet i deres fulde længde og form, hvorfor transskriptionerne består af talesprog. Når der i analysen er indsat citater, kan der dog være rettet i disse i forhold til ordstillingen, så de giver mening på skrift. Dog bruges der ikke andre ord end de ord, informanterne har anvendt i deres fortællinger, hvorfor ordlyden og betydningen i citaterne ikke ændres. Der er gjort brug af pseudonavne, og private oplysninger om informanterne er blevet sløret. Transskriptionerne er vedlagt som Bilag 13-17.

6.1.5 Informanternes forskellighed

Informanterne er forskellige på flere parameter, blandt andet hvor lang tid siden det er, de har været i behandling, og hvad årsagen er til deres barnløshed, men det fælles kendetegn for informanterne er, at de alle har gennemgået fertilitetsbehandling uden succesfuldt udfald. På trods af dette er denne sammensætning af informanter valgt, fordi disse har tilbudt at fortælle deres historie og lever op til kriteriet om at have været i fertilitetsbehandling med en partner, hvorefter de er stoppet uden det ønskede resultat. Det er også en fordel, at informanterne er forskellige, da det giver et mere nuanceret billede af, hvordan den proces, som informanterne har gennemgået, opleves, alt efter om det er et år siden, behandlingen blev stoppet, eller om det er fem eller over ti år siden, behandlingen blev stoppet. At der er forskel på tiden efter behandlingsforløbet blandt informanterne giver mulighed for at se på den proces, der er til stede i bearbejdningen over ikke at få det barn, der er blevet kæmpet for at få, samt hvordan og hvornår informanterne definerer nye meningsfulde elementer i deres tilværelse. Det bliver altså muligt at se, hvordan processen med at redefinere livsplanen ser ud kortere og længere tid efter, fertilitetsbehandlingen er stoppet. Den store forskel på disse informanter er altså, hvornår de tidsmæssigt i processen har fortalt deres historie, da en livsfortælling fortælles med udgangspunkt i det levede liv. Derfor fortæller de informanter, hvor det er flere år siden, de har været i behandling, muligvis deres historie anderledes, end de ville have gjort et år efter, behandlingen stoppede, og det samme med de, der lige er kommet ud af behandling, da deres fortælling muligvis vil se anderledes ud flere år frem.

Udover at informanterne er forskellige på en række parametre, adskiller interviewene sig ved, at ét interview er afholdt med et par, mens de resterende er afholdt med enkeltpersoner. Det har ikke været et kriterie, at interviewene skulle afholdes med enten par eller enkeltpersoner i rekrutteringen af informanter. Der har ikke været opstillet et kriterie herom, fordi specialets genstandsfelt er småt, hvorfor ingen informanter blev sorteret fra på baggrund af, om de havde lyst til deltage i interviewet alene eller sammen med deres partner. I interviewet med Lotte og Martin er det ikke deres individuelle livsfortælling, der er kommet frem, men en fælles fortælling om den oplevelse de har haft og fortsat har sammen som ufrivilligt barnløse. Parret var optaget af, at barnløsheden er en fælles sorg og noget der knytter dem sammen, hvorfor det var naturligt for dem at fortælle deres historie i fællesskab. De resterende informanter henvendte som enkeltpersoner, hvorfor interviewene er afholdt med dem alene uden deres partner.

6.2 Det kvantitative element

Følgende afsnit indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang, der er anvendt i forbindelse med de kvantitative analyser. Afsnittet indledes med en beskrivelse af COMPI-datasættet, som danner grundlag for de kvantitative analyser, hvorefter de etiske forholdsregler, der er taget, fremlægges. Derefter diskute-

res de fordele og ulemper, der har været forbundet med at anvende COMPI-datasættet, inden afsnittet afsluttes med en beskrivelse af databehandlingen og de statistiske analyser, der er gennemført.

6.2.1 COMPI-datasættet

De kvantitative analyser tager afsæt i The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme; et longitudinelt kohorte studie gennemført af projektleder Dr. Lone Schmidt, Københavns Universitet. I indeværende afsnit fremlægges Schmidts procedure for indsamlingen af datamaterialet på baggrund af rapporten *The Infertility Cohort – Population, variables and questionnaires* (Schmidt, et al. 2008).

COMPI-undersøgelsen inkluderer par, som påbegyndte fertilitetsbehandling i år 2000-2001 på fire offentlige fertilitetsklinikker og en privat klinik. Kendetegnende for disse par var, at de ikke tidligere havde modtaget fertilitetsbehandling eller ikke tidligere havde fået behandling på den klinik, de opsøgte i år 2000-2001. Parrene kunne således godt tidligere have modtaget fertilitetsbehandling på andre klinikker. De fire offentlige fertilitetsklinikker omfattede klinikkerne på Brødstrup Hospital (nu Hospitalenheden Horsens), Herlev Hospital, Rigshospitalet og Odense Universitetshospital, mens den private klinik var Fertilitetsklinikken Trianglen. De fire offentlige klinikker, der er inkluderet i COMPI-undersøgelsen, udførte på daværende tidspunkt 66,2 procent af alle ART-behandlinger i offentligt regi, mens Trianglen stod for 23,9 procent af alle ART-behandlinger gennemført på private fertilitetsklinikker. Samlet set udførte de fem klinikker næsten halvdelen (46,8 procent) af alle ART-behandlinger i Danmark i 2000-2001, hvilket synes at være et godt udgangspunkt i forhold til at afdække ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling.

COMPI-undersøgelsen er gennemført med tre dataindsamlinger: baseline (2000-2001), 1.-års follow-up (2001-2002) og 5.-års follow-up (2005-2006). Ved baseline fik parrene udleveret et spørgeskema¹³ af fertilitetsklinikkerne, da de første gang mødte op på klinikkerne, og spørgeskemaerne blev returneret til projektlederen. Ved både 1.-års og 5.-års follow-up blev spørgeskemaerne distribueret til alle, som havde besvaret spørgeskemaet ved baseline, og som fortsat var mulige at kontakte¹⁴. Ved alle tre dataindsamlinger blev der udsendt en reminder ti dage efter modtagelsen af spørgeskemaet, og endnu en reminder med et nyt spørgeskema blev udsendt ti dage efter første reminder.

¹³ Hvert par fik udleveret to identiske spørgeskemaer; et til manden og et til kvinden.

¹⁴ Ved 1.-års follow-up var der 44 personer (22 mænd og 22 kvinder), som ikke modtog et spørgeskema, grundet ukendt identitet, ukendt adresse, alvorlig sygdom eller død. Ved 5.-års follow-up var det 72 personer (35 kvinder og 37 mænd).

Spørgeskemaet blev ved baseline uddelt til 2812 personer, hvoraf 2.250 personer (80 procent) besvarede spørgeskemaet. Nedenstående tabel viser en samlet oversigt over svarfordelingerne for personer og par ved de tre målinger.

Tabel 12: Svarfordeling for personer og par angivet i antal fordelt på de tre målinger

	Personer			Par		
	<i>I alt</i>	<i>Mænd</i>	<i>Kvinder</i>	<i>Par i alt</i>	<i>Kun mænd</i>	<i>Kun kvinder</i>
Baseline	2250 (80 %)	1081	1169	1069	12	100
1.-års follow-up	1933 (88 %)	909	1024	889	20	135
5.- års follow-up	1481 (69 %)	647	834	623	24	211

Som det fremgik af afsnit 2.4.2, bestod studiepopulationen i indeværende undersøgelse af 98 personer ved baseline. Det svarer til lidt mere end fire procent af de i alt 2.250 personer, der oprindeligt besvarede spørgeskemaet. De kvantitative analyser i specialet er således baseret på en lille andel af den samlede infertilitetskohorte.

6.2.1.1 Acknowledgements

Efter aftale med projektleder Lone Schmidt er COMPI-datasættet anvendt i indeværende speciale, og om datasættet gælder:

The Infertility Cohort is part of The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme initiated by Dr. Lone Schmidt, University of Copenhagen, 2000. The programme is a collaboration between the public Fertility Clinics at Braedstrup Hospital; Herlev University Hospital; The Juliane Marie Centre, Rigshospitalet; Odense University Hospital. This study has received support from the Danish Health Insurance Found (J.nr. 11/097-97), the Else and Mogens Wedell-Wedellsborgs Fund, the manager E. Danielsens and Wife's Fund, the merchant L.F. Foghts Fund, The Jacob Madsen and Wife Olga Madsen's Fund, and the Engineer K.A. Rohde and Wife's Fund.

6.2.2 Etiske overvejelser

COMPI-datasættet synes at være indsamlet under etisk korrekte forhold, eftersom det har været frivilligt at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Desuden har en række etiske regler for udførelsen af videnskabelige studier været overholdt: ”*The COMPI Infertility Cohort (...) followed the usual ethical rules for medical scientific studies (Declaration of Helsinki) [and the study was] assessed by the Scientific Ethical Committee of Copenhagen and Frederiksberg Municipalities who had no objections. [The study was also] approved by the Danish Data Protection Agency.*” (Schmidt 2006, 410).

Foruden disse overordnede etiske overvejelser har vi i vores anvendelse af datamaterialet haft en intention om at være tro mod respondenternes besvarelser, hvorfor også databehandlingen er udført med sigte på ikke at fordreje respondenternes oprindelige besvarelser via rekodning, som beskrevet nedenfor.

6.2.3 Anvendelsen af sekundært datamateriale

Det har på nogle områder skabt udfordringer at benytte et sekundært datamateriale. Blandt andet det, at den sidste måling er foretaget for ti år siden, gør, at datamaterialet ikke synes at være tidssvarende. Det er dog svært at forestille sig, at den samfundsmæssige kontekst og de værdier, der er knyttet til familien, i løbet af ti år er ændret så markant, da det vurderes at tage længere tid at transformere en så væsentlig institution som familien. De udfordringer, studiepopulationen dengang mødte som følge af, at deres liv udformede sig anderledes end forventet, forventes derfor ikke at være markant anderledes i dag.

En mere væsentlig udfordring har været, at de kvantitative analyser naturligvis har været begrænset til de variable og målingstidspunkter, der har været tilgængelige. For at kortlægge en udvikling hos studiepopulation med hensyn til, hvilke udfordringer barnløsheden har medført, havde det været en fordel, hvis bestemte spørgsmål havde gået igen ved de tre målinger. Det gælder de spørgsmål, der blev anvendt til at lave den skala, der måler intensiteten i ønsket om et barn, som udelukkende er stillet ved baseline. Desuden spørgsmålene om, hvad studiepopulationen ønskede at gøre fremover for at få et barn, og ligeledes om barnløsheden har betydet, at de har svært ved at føle sig som en rigtig mand/kvinde, som begge blot er stillet ved 1.-års follow-up. Var disse spørgsmål gået igen, havde det i et større omfang været muligt at anvende datamaterialet til at indfange det tidsmæssige aspekt.

Udfordringerne synes dog at være overskygget af de mange fordele, der har været ved at anvende COMPI-datasættet. For det første har det med udgangspunkt i COMPI-datamaterialet været muligt at foretage et studie med et longitudinalt design, som ikke havde været muligt, hvis datamaterialet først skulle indsamles i forbindelse med udformningen af dette speciale. Det har således været muligt at undersøge en udvikling over tid med hensyn til barnløshedens betydning for parforholdet og desuden barnløshedens belastning for tilværelsen hos den enkelte. For det andet har det med COMPI-datasættet været muligt at slå ned på tre tidspunkter og måle et øjebliksbillede. Dette har fungeret som et godt supplement til de biografiske narrative interviews, hvor informanterne har fortalt deres livshistorier som et tilbageblik i lyset af nutiden. For det tredje er COMPI-datasættet enestående i den henseende, at det følger par – det vil sige både manden og kvinden – der modtager fertilitetsbehandling. Det har således været muligt at fokusere på parret og undersøge, hvorvidt der er konsensus mellem parterne, hvilket synes særdeles relevant som følge af, at ufrivillig barnløshed er noget, parret oplever i kraft af deres relation til hinanden. Denne mu-

lighed for at sætte fokus på parret har også været et væsentligt supplement til de biografisk narrative interviews, idet nogle interviews blot er udført med kvinder.

6.2.4 Variable og databehandling

I dette afsnit defineres først studiepopulationen på baggrund af den information, der allerede er givet her om i afsnit 2.4.2, hvorefter de retningslinjer, der er fulgt i forbindelse med databehandlingen, gengives.

6.2.4.1 Studiepopulation

Efter tilskæringen af datasættet endte studiepopulationen på 98 personer, svarende til lidt over fire procent af det samlede antal besvarelser ved baseline. Studiepopulationen blev defineret på baggrund af følgende fem variable:

- Har du og din partner fælles barn eller børn i forvejen? (Baseline – 34 missings)
- Har fået mindst et levendefødt barn i løbet af de fem år, undersøgelsen har forløbet – enten efter behandling eller grundet spontan graviditet (Konstrueret variabel – 0 missings)
- Har du i de seneste fem år siden det første spørgeskema adopteret barn eller børn? (5.-års follow-up – 148 missings)
- Er du gravid nu efter behandling? (5.-års follow-up – 542 missings)
- Er du i gang med at adoptere nu? (5.-års follow-up – 689 missings)

De 98 personer, der udgør studiepopulationen, har svaret *nej* til alle fem ovenstående spørgsmål. I forhold til afgrænsningen af genstandsfeltet, både kvalitativt og kvantitativt, er det derfor underordnet, om de barnløse har modtaget inseminationsbehandlinger, mere avancerede former for behandlinger eller begge dele. Denne fremgangsmåde er baseret på, at formålet med specialet er at undersøge den proces, de gennemgår, når det går op får dem, at de er ufrivilligt barnløse og efterfølgende påbegynder fertilitetsbehandling, og desuden hvordan deres liv udformer sig, når behandlingen ophører, og de fortsat er barnløse. Hensigten har derfor som udgangspunkt *ikke* været at skelne mellem, om der er forskel på, hvilke udfordringer barnløsheden medfører afhængig af behandlingstype.

Hvis en person har figureret som missing, indgår denne ikke i studiepopulationen. Ved at frasortere de personer, der figurerer som missings, etableres et præcist billede af studiepopulationens karakteristika, hvorfor også validiteten af indeværende undersøgelse bliver bedre. Omvendt giver det muligvis en skævhed i forhold til studiepopulationen og som følge heraf konklusionen, at der er mange missings, og at de

sorteres fra, da disse respondenter muligvis adskiller sig signifikant på de spørgsmål, der indgår i analysen, sammenlignet med studiepopulationen.

6.2.4.2 Databehandling

Databehandlingen har særligt bestået af at rekode de anvendte variable med henblik på at præsentere mønstrene i datamaterialet på en tydelig måde i analysen. Først og fremmest har det været hensigten at sammenlægge svarkategorier, der synes at have noget til fælles. Sammenlægningen er sket med udgangspunkt i formålet for anvendelsen af en konkret variabel i analysen, som for eksempel på spørgsmålet om, hvad respondenter fremover ville gøre for at få et barn, hvor de oprindelige svarkategorier *Ja*, *bestemt* og *Måske* er slået sammen, fordi hensigten var at illustrere, hvilke overvejelser studiepopulationen havde gjort sig fremadrettet med hensyn til at få et barn. Derudover har sammenlægningen af svarkategorierne også i høj grad været betinget af et ønske om at undgå svarkategorier med meget få frekvenser, fordi det kan skabe misledende resultater i forbindelse med udarbejdelsen af krydstabeller og gennemførelsen af statistiske tests (de Vaus 2002, 164).

Databehandlingen har også bestået af at konstruere nye variable med afsæt i flere eksisterende variable. Det var tilfælde, da skalaerne *Intensiteten i ønsket om et barn* og *Barnløshedens belastning for tilværelsen* blev konstrueret. For at indfange kompleksiteten i målene om intensiteten i ønsket om et barn og barnløshedens belastning for tilværelsen anvendes flere spørgsmål. Målene er operationaliseret med udgangspunkt i de variable, der er tilgængelige i COMPI-datasættet, og der er i den forbindelse udvalgt spørgsmål, der tilsammen synes at kunne indfange kompleksiteten. Skalaerne er konstrueret ved at summere de udvalgte spørgsmål, og forinden er der foretaget tests for unidimensionalitet og reliabilitet for at sikre skalaernes anvendelighed. En skala er unidimensional, hvis hvert spørgsmål måler det samme underliggende fænomen. For at undersøge om en skala er unidimensional, beregnes korrelationskoefficienten mellem hvert enkelt spørgsmål og den samlede skala, også kaldet *item-to-scale* koefficienten (de Vaus 2002, 184). Som det fremgår af Bilag 1, har *item-to-scale* koefficienten i alle tilfælde været større end 0,3, og konklusionen er derfor, at begge skalaer er unidimensionale. Skalaernes pålidelighed er målt på baggrund af Cronbach's alpha koefficienterne, som er et udtryk for den andel af variansen, der kan henføres til det samme underliggende fænomen. Cronbach's alpha koefficienten skal være større end 0,7, førend der er tale om en pålidelig skala (de Vaus 2002, 184). Af Bilag 1 fremgår det, at den samlede Cronbach's alpha koefficient for begge skalaer er større end 0,7, ligesom denne værdi ikke bliver væsentlig bedre, hvis ét af spørgsmålene fjernes. De to skalaer vurderes derfor at være pålidelige og måler hver deres underliggende fænomen, hvorfor de spørgsmål, der udgør skalaerne, blev summeret, og efterfølgende blev skalaernes svarkategorier reduceret med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse for rekodning af svarkategorier.

Problemet med missing data er håndteret anderledes i forbindelse med databehandlingen end med tilskæringen af studiepopulationen, hvor respondenter, der figurerede som missings, blev slettet. Figurerede en respondent som missing på en given variabel, for eksempel på spørgsmålet om, hvorvidt det var svært at tale med partneren om barnløsheden, blev respondenteren fastholdt som missing i forbindelse med rekodningen. Det samme gjorde sig gældende ved skalakonstruktionerne, idet skalaerne kun er konstrueret for respondenter, der har svaret på alle de spørgsmål, der udgør skalaerne. Pointen med at bevare respondenter, der figurerer som missings på en given variabel i datasættet, er, at de kan indgå i analyserne af de variable, de har svaret på. På den måde udnyttes informationen fra det samlede datasæt på bedst mulige måde (de Vaus 2002, 176).

I Bilag 1 præsenteres de variable, der er anvendt i analysen, med hensyn til spørgsmålsformuleringen og svarkategorierne efter databehandlingen.

6.2.5 Statistiske analyser

De statistiske analyser er alle gennemført i statistikprogrammet SAS, og SAS-programmeringerne findes i Bilag 18. Procentsatserne er afrundet, hvorfor de i alle tilfælde ikke nødvendigvis summerer til 100 procent. Grundet den lille studiepopulation er der gennemført relativt simple, deskriptive analyser med særligt fokus på dels at illustrere, hvorvidt der er sket en udvikling i respondenternes besvarelser ved de tre målinger, dels at undersøge, hvorvidt der har været en konsensus mellem kvinden og mandens besvarelser i de tilfælde, hvor det har været meningsgivende at se på parterne i forhold til hinanden. I alle tilfælde er der foretaget bivariate analyser, hvor enten den pågældende variabel er fordelt på køn, eller hvor mandens besvarelse på et givent spørgsmål er krydset med kvindens besvarelse på selvsamme spørgsmål. I analyserne, hvor fokus er rettet mod fordelingen mellem kønnene, er der foretaget beregninger, som illustrerer, om der er signifikant forskel på mænd og kvinder. Er p-værdien i disse tilfælde mindre end 0,05, er der med 95 procentsikkerhed forskel mellem mænd og kvinder (Moore og Notz 2006, 456). Om der er en sammenhæng mellem køn og en given variabel, er beregnet på baggrund af det statistiske mål χ^2 , som er et mål for, om to variable er statistisk uafhængige (Agresti og Finlay 2014, 225). Desuden anvendes det statistiske mål λ , som et udtryk for, hvor stærk korrelationen mellem to variable er. Er λ -værdien mindre end 0,15, er korrelationen *svag*, mens den betragtes som *moderat*, når den er mellem 0,15-0,3, og som *stærk*, hvis den er større end 0,3. (Kreiner 2007, 211).

For at indfange om der er sket en udvikling mellem baseline og 1.-års follow-up, 1.-års follow-up og 5.-års follow-up og/eller mellem baseline og 5.-års follow-up er der målt først på et aggregeret niveau og efterfølgende på individniveau. I to tilfælde, nemlig i forbindelse med analyse af barnløshedens belast-

ning for tilværelsen og betydning for parforholdet, er der målt en udvikling over tid. På aggregeret niveau er udviklingen målt på baggrund af en *paired t-test*, hvormed formålet har været at undersøge, om gennemsnittet ved tid1 var signifikant forskellig fra gennemsnittet ved tid2 (UCLA: Statistical Consulting Group 2016), altså om der for eksempel var forskel på, hvordan respondenterne oplevede barnløshedens betydning ved baseline og ved 1.-års follow-up. En forudsætning for anvendelsen af denne test er, at de to variable, der sammenlignes, er intervallskaleret og normalfordelt (UCLA: Statistical Consulting Group 2016). Udviklingen har på individniveau været målt ved at undersøge, hvor mange respondenter der fra den ene måling til den anden rykker sig i enten en positiv eller negativ retning. Det vil for eksempel sige, om den enkelte respondent er mere eller mindre enig i, at barnløsheden har styrket parforholdet og bragt dem tættere sammen ved baseline sammenlignet med 1.-års follow-up. Dermed var det muligt at undersøge udviklingen hos den enkelte respondent, selvom der ikke nødvendigvis var signifikant forskel imellem tiderne på et aggregeret niveau.

Litteraturliste

- Agresti**, Alan og Barbara Finlay. *Statistical Methods for the Social Sciences*. Harlow: Pearson Education Limited, 2014.
- Andersen**, Svend Aage. *Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde*. Aarhus: Den Sociale Højskole i Aarhus, 2007.
- Antoft**, Rasmus, Michael Hviid Jacobsen, Trond Beldo Klausen, Anders Petersen og Louise Lund Simuyemba. *Afstandardisering som samfundsanalytik - livsforløb, livsform, livsførsel og livsstil under forandring*. Forskningsgruppen SAGA, 2011.
- Antoft**, Rasmus og Heidi H. Salomonsen. »Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi.« I *Håndværk og horisonter - tradition og nytænkning i kvalitativ metode*, af Rasmus Antoft, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen og Søren Kristiansen. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2007.
- Antoft**, Rasmus og Trine Lund Thomsen. »Når livsfortællinger bliver en sociologisk metode - en introduktion til det biografiske narrative interview.« I *Liv, fortælling, tekst - Strejftog i kvalitativ sociologi*, af Michael Hviid Jacobsen, Søren Kristiansen og Annick Prieur. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 2005.
- Bäck-Wiklund**, Margareta. »Senmoderne familieliv og børns hverdag.« I *Børns hverdag i det senmoderne*, af Margareta Bäck-Wiklund og Tommy Lundström. København: Hans Reitzels Forlag, 2003.
- Bäck-Wiklund**, Margareta og Birgitta Bergsten. »Moderna fäder mellan tradition och relation.« *Sociologisk Forskning*, 33, nr. 1, 1996.
- Bäck-Wiklund**, Margareta og Birgitta Bergsten. *Det moderna föräldraskapet. En studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Natur och Kultur, 1997.
- Beck**, Ulrich og Elisabeth Beck-Gernsheim. *Individualization*. SAGE Publications, 2002.
- Beck**, Ulrich og Elisabeth Beck-Gernsheim. *The Normal Chaos of Love*. Polity Press, 1995.
- Becker**, Gay. »Metaphors in Disrupted Lives: Infertility and Cultural Constructions of Continuity.« *Medical Anthropology Quarterly*, 8, nr. 4, 1994.
- Bryman**, Alan. 2008. *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Buch-Hansen**, Hubert og Peter Nielsen. *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag, 2008.
- Cederberg**, Nina Rikke. *Barnløshed og parforhold - at passe på sig selv og hinanden*. København: Frydenlund, 2006.
- Christensen**, Else og Maj Heide Ottosen. *Børn og Familier. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om børn og familie*. København: Socialforskningsinstituttet, 2002.

- Christoffersen**, Mogens Nygaard. *Familiens udvikling i det 20. århundrede. Demografiske strukturer og processer*. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.
- Cullberg**, Johan. *Dynamisk psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag, 1999.
- Cullberg**, Johan. *Krise og Udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.
- Danermark**, Berth, Mats Ekström, Liselotte Jakobsen og Jan Ch. Karlsson. *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
- Danmarks Statistik**. *Befolkningens udvikling 2014*. København: Danmarks Statistik, 2015.
- de Vaus**, David. *Research Design in Social Research*. SAGE Publications, 2001.
- de Vaus**, David. *Surveys in Social Research*. Routledge, 2002.
- Dencik**, Lars. *Mennesket i postmoderniseringen - om barndom, familie og identiteter i opbrud*. Værløse: Billesø & Baltzer, 2005.
- Dencik**, Lars, Per Schultz Jørgensen og Dion Sommer. *Familie og børn i en opbrudstid*. København: Hans Reitzels Forlag, 2008.
- Giddens**, Anthony. *Modernitetens konsekvenser*. København: Hans Reitzels Forlag, 1994a.
- Giddens**, Anthony. *Intimitetens forandring. Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag, 1994b.
- Giddens**, Anthony. *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag, 1996.
- Greil**, Arthur L., Kathleen Slauson-Blevins og Julia McQuillan. »The experience of infertility: a review of recent literature.« *Sociology of Health & Illness*, 32, nr. 1, 2010.
- Helman**, Cecil G. »Disease versus illness in general practice.« *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1981.
- Horsdal**, Marianne. *Livets fortællinger - en bog om livshistorier og identitet*. Valby: Borgens Forlag, 1999.
- Hyldal**, Christine. »Danmarks første reagensglasbarn fylder 30 år i dag.« *DR*. 18. oktober 2013. Senest hentet eller vist den 11. marts 2016. <http://www.dr.dk/nyheder/indland/danmarks-foerste-reagensglasbarn-fylder-30-aar-i-dag>.
- Knudsen**, Lisbeth B. *Introduktion til demografisk metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2012.
- Koch**, Lene. *Ønskebørn. Kvinder & reagensglasbefrugtning*. Charlottenlund: Rosinante, 1989.
- Kreiner**, Svend. *Statistisk problemløsning. Præmisses, teknik og analyse*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2007.
- Kristensen**, Tage Søndergård. »Sygdom og årsager til sygdom.« I *Medicinsk Sociologi - samfund, sundhed og sygdom*, af Lars Iversen, Tage Søndergård Kristensen, Bjørn Evald Holstein og Pernille Due. København: Munksgaard Danmark, 2004.

- LBK** nr. 93 af 19/01/2015: *Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.*
- Lemmen**, Fieneke og Karin Erb. *Samlede dansk ART og IUI behandlinger. En opgørelse fra Dansk Fertilitetsselskab*. Dansk Fertilitetsselskab, 2015a.
- Lemmen**, Fieneke og Karin Erb. *Årsrapport 2014*. Dansk Fertilitetsselskab, 2015b.
- LFUBa**. »Pjece til barnløse og pårørende om sorg og omsorg.« *Ufrivilligt barnløs? Om sorg og omsorg*.
- LFUBb**. *Kaffeklubber*. Senest hentet eller vist den 12. Juli 2016. <http://www.lfub.dk/for-medlemmer/kaffeklubber/>.
- Madsen**, Karina Søby. *Kunstig befrugtning*, 2005. Senest hentet eller vist den 11. marts 2016. <http://www.faktalink.dk/titelliste/kube/kubehele>.
- Marsh**, Margaret og Wanda Ronner. *The Empty Cradle. Infertility in America from Colonial Times to the Present*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996.
- Matsuo**, Hideko. *The transition to motherhood in Japan. A comparison with the Netherlands*. Amsterdam: Pozenberg Publishers, 2003.
- Matthews**, Ralph og Martin Matthews. »Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood.« *Journal of Marriage and Family*, 48, nr. 3, 1986.
- Mikkelsen**, Morten. »Sundhedsstyrelsen skal vurdere, om kritiseret metode til kunstig befrugtning skal standses.« *Kristelig Dagblad*. 4. august 2000.. Senest hentet eller vist den 16. februar 2016. <http://www.kristeligt-dagblad.dk/kirke-tro/minister-overvejer-stop-mikro-insemination>.
- Moore**, David S., og William I. Notz. *Statistics. Concepts and Controversies*. New York: W. H. Freeman and Company, 2006.
- Nielsen**, Henriette Svarre. »Kvindelige kønsorganer.« *sundhed.dk*. 12. september 2014a. Senest hentet eller vist den 14. marts 2016. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/kvindesygdomme/om-kvindesygdomme/kvindelige-koensorganer/>.
- Nielsen**, Henriette Svarre. *Polycystisk ovariesyndrom*. 22. September 2014b. Senest hentet eller vist den 21. Juni 2016. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/kvindesygdomme/sygdomme/svulster-og-cyster/polycystisk-ovariesyndrom/>.
- Ottosen**, Mai Heine. »Familien.« I *Sociologi - en grundbog til et fag*, af Heine Andersen. København: Hans Reitzels Forlag, 2011.
- Peterson**, Brennan D., Christopher R. Newton og Karen H. Rosen. »Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples.« *Family Process*, 42, nr. 1, 2003.
- Peterson**, Brennan D., Matthew Pirritano, Ulla Christensen, og Lone Schmidt. »The impact of partner coping in couples experiencing infertility.« *Human Reproduction*, 23, nr. 5, 2008.

Peterson, Brennan D., Matthew Pirritano, Ulla Christensen, Jacky Boivin, Jessica B. Block og Lone Schmidt. »The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments.« *Human Reproduction*, 24, nr. 7, 2009.

Peterson, Brennan D., Matthew Pirritano, Block M. Jessica og Lone Schmidt. »Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period.« *Fertility and Sterility*, 95, nr. 5, 2011.

Pilgaard, Helle. *Projekt ønskebørn - en bog om ufrivillig barnløshed*. Brønderslev: Forlaget Stork, 2010.

Pinborg, Anja, Anna-Karina Aaris Henningsen og Anne Loft. »Assisteret befrugtning.« I *Fertilitet og sundhed*, af Lone Schmidt og Anja Pinborg. København: Munksgaard, 2012.

Risager, Laura og Marekka Staal Jensen. *Når fertilitetsbehandlingen afbrydes. Et kvantitativ studie af et pars beslutning om at stoppe i fertilitetsbehandling*. Aalborg: Aalborg Universitet, 2015.

Schmidt, Lone. »Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences.« *Danish Medical Bulletin*, 53, nr. 4, 2006.

Schmidt, Lone, Bjørn Holstein, Ulla Christensen og Jacky Boivin. »Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment.« *Patient Education and Counseling*, 59, nr. 3, 2005.

Schmidt, Lone, Bjørn E. Holstein, Charlotte O. Hougaard, Thomas Watt og Rikke Lund. »The Infertility Cohort. Population, variables and questionnaires.« København, 2008.

SFI Campbell. *På jagt efter det hele. En guide til systematisk litteratursøgning*, 2011.

Sobotka, Tomáš. »Overview Chapter 6: The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe.« *Demographic Research*, 19, nr. 8, 2008.

Statistikbanken. »Danmarks Statistik.« www.Statistikbanken.dk.

Sundhedsstyrelsen. »IVF-behandlinger i Danmark 1998-2005.« *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 11, nr. 14, 2007.

Sundhedsstyrelsen. *Klassifikation af sygdomme*. 20. juni 2014. Senest hentet eller vist den 11. marts 2016. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/1996/klassifikation-af-sygdomme>.

Tjørnhøj-Thomsen, Tine. »Det føles ikke-mandigt på en måde. Mænd og infertilitet.« *Kvinder, Køn og Forskning*, 3, 1999.

Tjørnhøj-Thomsen, Tine. »Børns sociale og kulturelle betydninger: Et barnløst perspektiv på børn.« *Norsk senter for barneforskning*, 1, 2003.

Tjørnhøj-Thomsen, Tine. »Barnløses billeder af rigtige familier.« I *En rigtig familie. Mellem nye og gamle idealer*, af Lene Andersen og Palle Ove Christiansen. København: C. A. Reitzels Forlag, 2007.

UCLA: Statistical Consulting Group. *What statistical analysis should I use? Statistical analyses using SAS*, 2016. Senest hentet eller vist den 7. juli 2016. <http://www.ats.ucla.edu/stat/sas/whatstat/whatstat.htm>.

van de Kaa, Dirk J. »Europe's Second Demographic Transition.« *Population Bulletin*, 42, nr. 1, 1987.

White, Kevin. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. SAGE Publications, 2009.

Zegers-Hochschild, F., G. D. Adamson, J. de Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour, K. Nygren, E. Sullivan, og S. Vanderpoel. »International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology.« *Fertility and Sterility*, 92, nr. 5, 2009.

Bilag

Nedenfor følger en bilagsoversigt. Bilag 1-7 er placeret efter nedenstående oversigt, mens bilag 8-18 findes på den vedlagte CD.

Bilag 1: Variabeloversigt

Bilag 2: Modtaget behandling tidligere og årsag til barnløsheden

Bilag 3: Stoppet i behandling

Bilag 4: Barnløshedens betydning for parforholdet

Bilag 5: Kommunikation om barnløsheden og fertilitetsbehandling

Bilag 6: Samme partner efter fem år

Bilag 7: Barnløshedens belastning for tilværelsen

Bilag 8: Behandlingsmuligheder

Bilag 9: Litteraturstudie

Bilag 10: Facebookopslag

Bilag 11: Interviewguide

Bilag 12: Faktaark

Bilag 13: Transskription Camilla

Bilag 14: Transskription Henriette

Bilag 15: Transskription Lisbeth

Bilag 16: Transskription Lotte og Martin

Bilag 17: Transskription Nikolaj

Bilag 18: SAS-program

Bilag 1: Variabeloversigt

Nedenfor er de variable, der er anvendt i analysen, præsenteret med hensyn til spørgsmålsformuleringen og svarkategorierne efter databehandlingen. Oplysningerne er inddelt efter analysedelene.

Baggrundsinformation

Hvilket år er du født?

Rekodet til alderskategorier: (1) 30 år eller derunder, (2) 31-35 år, (3) 36-40 år, (4) 41 år eller derover.

Hvor mange år har du og din mand/partner været sammen?

Svarkategorier: (1) Under 4 år, (2) 4-5 år, (3) 6-10 år, (4) Over 10 år

Hvor mange år har I prøvet at få et barn?

Rekodet til kategorier: (1) 2 år eller derunder, (2) 3 år, (3) 4-5 år, (4) Over 5 år.

Antal år i fertilitetsbehandling

Konstrueret variabel på baggrund af oplysninger om, hvilket år det første behandlingsforsøg blev påbegyndt og datoen for det sidste behandlingsforsøg.

Hvor mange behandlingsforsøg i alt har du været igennem siden det første spørgeskema for 5 år siden?

Rekodet til kategorier: (1) 3 behandlinger eller derunder, (2) 4-6 behandlinger, (3) 7-9 behandlinger, (4) 10 behandlinger eller derover.

Før fertilitetsbehandling

Intensiteten i ønsket om et barn

Skala konstrueret på baggrund af nedenstående tre variable. Skalaen angiver intensiteten i ønsket om et barn, og har tre kategorier, hvor 1 angiver, at respondenterne er enige i at ønsket er højt og 3 angiver, at respondenterne er uenige i at ønsket er højt.

- Det er vigtigt for mig at få et barn (A16A)
- Det er svært for mig at forestille mig et liv uden børn (A16B)
- At være forældre er noget af det mest betydningsfulde, et menneske kan være (A16C)

Cronbach's Alpha koefficienten for den konstruerede skala er 0,78. Nedenfor ses de enkelte spørgsmåls korrelation med skalaen og Cronbach's Alpha koefficienten, hvis et enkelt spørgsmål ikke indgår i skalaen.

Baseline		
Variabel	Korrelation med skala	Cronbach's Alpha
A16A	0,57	0,75
A16B	0,64	0,68
A17C	0,64	0,68

Barnløshedens belastning for tilværelsen

Skala konstrueret på baggrund af nedenstående tre variable. Skalaen angiver barnløshedens betydning for respondentens tilværelse, og har tre kategorier, hvor 1 angiver, at respondenter er enig i at tilværelsen er påvirket af barnløsheden og 3 angiver, at respondenter er uenig dette.

- Mit liv er ændret meget på grund af barnløsheden
- Mit liv er væsentligt forstyrret på grund af barnløsheden
- Det er meget stressende for mig at beskæftige mig med barnløsheden

Cronbach's Alpha koefficienten for den konstruerede skala er 0,83 (baseline), 0,84 (1.-års follow-up) og 0,85 (5.-års follow-up). Nedenfor ses de enkelte spørgsmåls korrelation med skalaen og Cronbach's Alpha koefficienten, hvis et enkelt spørgsmål ikke indgår i skalaen.

Baseline		
<i>Variabel</i>	<i>Korrelation med skala</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
<i>A17A</i>	0,61	0,85
<i>A17B</i>	0,78	0,69
<i>A17C</i>	0,70	0,76

1.-års follow-up		
<i>Variabel</i>	<i>Korrelation med skala</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
<i>B17A</i>	0,66	0,82
<i>B17B</i>	0,75	0,75
<i>B17C</i>	0,72	0,77

5.-års follow-up		
<i>Variabel</i>	<i>Korrelation med skala</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
<i>C17A</i>	0,65	0,86
<i>C17B</i>	0,80	0,72
<i>C17C</i>	0,72	0,79

Under fertilitetsbehandling

Hvilke typer af behandlinger har I prøvet i de seneste 12 måneder?

(Respondenten har haft mulighed at sætte flere krydser)

- Operation af min partner
- Operation af mig
- Insemination med min/min partners sæd
- Insemination med donorsæd
- Reagensglasbefrugtning (IVF) med min/min partners sæd
- Reagensglasbefrugtning (IVF) med donorsæd
- Mikroinsemination (ICSI)
- Ægdonation
- Andet

Dine forestillinger om, hvad du fremover vil gøre for at få barn

Jeg vil gerne...

- fortsætte med den behandling, vi er i nu
- prøve en anden slags lægelig behandling
- prøve alternativ behandling
- fortsætte behandling ved en offentlig fertilitetsklinik
- fortsætte behandling ved en privat fertilitetsklinik
- holde pause med behandling
- stoppe helt med behandling
- adoptere et dansk barn
- adoptere et udenlandsk barn
- andet

Efter rekodning er svarkategorierne: (1) Ja, (2) Nej.

Vores barnløshed betyder, at jeg har svært ved at føle mig som en rigtig mand/kvinde (Skala fra 1-10)

Rekodet til tre svarkategorier, hvor 1 angiver, at respondenter er enig i udsagnet og 3 angiver, at respondenter er uenig i udsagnet.

Nogle par stopper selv deres fertilitetsbehandling. Har I selv stoppe behandlingen, selvom I havde mulighed for yderligere behandling?

Svarkategorier (1) Ja, (2) Nej.

Begrundelserne for at stoppe (5.-års follow-up)

Nogle begrundelser er slået sammen med en betingelse på, at respondenter skal have svaret ja til minimum én af begrundelserne.

- Jeg trængte til en pause
- Min partner ønskede ikke længere, at vi blev behandlet
- Jeg har prøvet alt den behandling, som jeg ville være med til
- Jeg/min partner var blevet for gammel
 - o Jeg syntes, at jeg var blevet for gammel
 - o Min partner syntes, at han/hun var blevet for gammel
- Jeg ville hellere foretage mig noget andet end at prøve at få barn
- Det var ikke længere så vigtigt for mig at blive mor
- Jeg mistede troen på at behandlingen ville lykkes

- Jeg ville hellere adoptere
- Jeg havde problemer i mit parforhold (på grund af behandlingen)
 - o Jeg havde problemer i mit parforhold
 - o Behandlingen gav for mange problemer i vores parforhold
- Jeg syntes, at behandlingerne var for belastende psykisk
- Jeg syntes, at behandlingerne var for belastende fysisk
 - o Jeg syntes, at behandlingerne var for belastende fysisk
 - o Jeg syntes, at de daglige indsprøjtninger var for belastende
 - o Jeg syntes, at selve ægudtagningen var for belastende
 - o Jeg syntes, at selve ægoplægningen var for belastende
- Fordi lægen sagde, at vi ikke havde så gode chancer for at få et barn med fertilitetsbehandling
- Fordi behandling blev for dyrt
- Andet
 - o Det var ikke længere muligt at forene mit arbejdsliv med at blive mor/far
 - o Jeg var utilfreds med den måde fertilitetsbehandlingen foregik på
 - o Jeg syntes, personalet havde for lidt forståelse for vores situation
 - o Jeg/min partner blev alvorlig syg
 - o Jeg havde haft for mange sygedage

Hvad har barnløsheden betydet for Jeres ægteskab/parforhold?

Der er konstrueret en dummyvariabel, og betingelsen for at respondenterne er placeret i kategori 1 er, at denne har svaret enten *Helt enig* eller *Delvis enig* på det ene af de to nedenstående spørgsmål og *Helt enig* eller *Delvis Enig* på det andet spørgsmål.

- Barnløsheden har bragt os tættere sammen
- Barnløsheden har styrket vores forhold

Når de to variable anvendes til at måle en udvikling over de tre målinger, er variablerne summeret. De oprindelige svarkategorier til begge variable var en 5-punkt Likert-skala fra (1) *Helt enig* til (5) *Helt uenig*.

Har du haft svært ved at tale med din partner om Jeres barnløshed?

Rekodet til kategorierne: (1) Ja, (2) Nej.

Bilag 2: Modtaget behandling tidligere og årsag til barnløsheden

Tabel 2A: Modtaget behandling tidligere, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
Mænd	25 (61 %)	16 (39 %)
Kvinder	42 (74 %)	15 (26 %)
I alt	67 (68 %)	31 (32 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline.

Tabel 2B: Årsag til barnløsheden, år 2000-2001, fordelt på køn, antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt
<i>Aflukning af en eller begge æggeledere</i>	18 (45 %)	20 (36 %)	38 (40 %)
<i>Uregelmæssige eller manglende ægløsninger</i>	7 (18 %)	11 (20 %)	18 (19 %)
<i>Nedsat sædkvalitet</i>	10 (25 %)	12 (21 %)	22 (23 %)
<i>Der blev ikke fundet nogen årsag til barnløsheden</i>	11 (28 %)	17 (30 %)	28 (29 %)
<i>Andet</i>	7 (18 %)	12 (21 %)	19 (20 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline.

Bilag 3: Stoppet i behandling

Tabel 3A: Stoppet i behandling, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

1.-års follow-up			5.-års follow-up		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
Mænd	6 (18 %)	28 (82 %)	Mænd	29 (73 %)	11 (28 %)
Kvinder	17 (31 %)	38 (69 %)	Kvinder	41 (72 %)	16 (28 %)
I alt	23 (26 %)	66 (74 %)	I alt	70 (72 %)	27 (28 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 90 personer ved 1.-års follow-up og 98 personer ved 5.-års follow-up.

Tabel 3B: Begrundelser for at være stoppet i behandling, år 2001-2002, fordelt på køn, antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt
<i>Behandlingerne er for belastende psykisk**</i>	3 (50 %)	15 (88 %)	18 (78 %)
<i>Trængte til en pause</i>	3 (50 %)	14 (82 %)	17 (74 %)
<i>Behandlingerne er for belastende fysisk*</i>	2 (33 %)	12 (71 %)	14 (61 %)
<i>Min partner ønsker ikke længere, at vi behandles**</i>	4 (67 %)	3 (19 %)	7 (32 %)
<i>Har prøvet al den behandling, jeg vil være med til</i>	1 (17 %)	6 (35 %)	7 (30 %)
<i>Det er ikke vigtigt for mig at blive far/mor</i>	2 (33 %)	5 (29 %)	7 (30 %)
<i>Vil hellere foretage mig noget andet end at prøve at få barn</i>	2 (33 %)	3 (18 %)	5 (22 %)
<i>Vil hellere adoptere*</i>	1 (17 %)	0 (0 %)	1 (5 %)
<i>Andet</i>	1 (17 %)	6 (35 %)	7 (30 %)

*p<0,10 **p<0,05

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 23 personer, som havde stoppet behandlingen i perioden fra baseline til 1.-års follow-up.

Tabel 3C: Fortsat i behandling, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
Mænd	1 (3 %)	38 (97 %)
Kvinder	0 (0 %)	57 (100 %)
I alt	1 (1 %)	95 (99 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved 5.-års follow-up.

Bilag 4: Barnløshedens betydning for parforholdet

Tabel 4A: Barnløsheden har bragt os tættere sammen og styrket parforholdet, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

Baseline		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	20 (49 %)	41 (51 %)
<i>Kvinder</i>	31 (54 %)	26 (46 %)
<i>I alt</i>	51 (52 %)	47 (48 %)

1.-års follow-up		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	16 (39 %)	25 (61 %)
<i>Kvinder</i>	31 (54 %)	26 (46 %)
<i>I alt</i>	47 (48 %)	51 (52 %)

5.-års follow-up		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	19 (46 %)	22 (54 %)
<i>Kvinder</i>	35 (61 %)	22 (39 %)
<i>I alt</i>	54 (55 %)	44 (45 %)

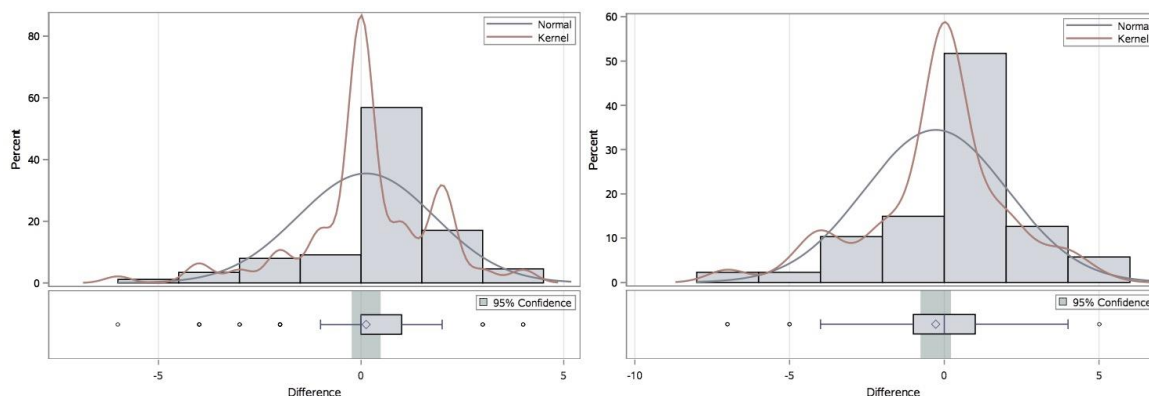
Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline og 5.-års follow-up samt 90 personer ved 1.-års follow-up.

Tabel 4B: Udviklingen i barnløshedens betydning for parforholdet mellem år 2000-2001 og 2001-2002 samt år 2001-2002 og 2005-2006

Udvikling baseline til 1.-års follow-up									
<i>N</i>	<i>DF</i>	<i>t Value</i>	<i>Pr > t </i>	<i>Mean</i>	<i>95 % CL mean</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
88	87	0,7	0,4889	0,1250	-0,2325 0,4825	1,6871	0,1798	-6,0000	4,0000

Udvikling fra 1.-års follow-up til 5.-års follow-up									
<i>N</i>	<i>DF</i>	<i>t Value</i>	<i>Pr > t </i>	<i>Mean</i>	<i>95 % CL mean</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
87	86	-1,11	0,2697	-0,2759	-0,7695 0,2178	2,3162	0,2483	-7,0000	5,0000

**Fordeling af forskel baseline-1.-års follow-up og
fordeling af forskel 1.-års follow-up-5.-års follow-up**



Bilag 5: Kommunikation om barnløsheden og fertilitetsbehandling

Tabel 5A: Det har været svært at tale med min partner om barnløsheden, år 2000-2001, år 2001-2002 og år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

Baseline		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	8 (21 %)	31 (79 %)
<i>Kvinder</i>	16 (28 %)	41 (72 %)
<i>I alt</i>	24 (25 %)	72 (75 %)

1.-års follow-up		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	8 (24 %)	26 (76 %)
<i>Kvinder</i>	8 (15 %)	47 (85 %)
<i>I alt</i>	16 (18 %)	73 (82 %)

5.-års follow-up		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
<i>Mænd</i>	8 (21 %)	31 (79 %)
<i>Kvinder</i>	14 (25 %)	42 (75 %)
<i>I alt</i>	22 (23 %)	73 (77 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved baseline og 5.-års follow-up samt 90 personer ved 1.-års follow-up.

Bilag 6: Samme partner efter fem år

Tabel 6A: Forsat sammen med den partner du var i behandling med, år 2005-2006, fordelt på køn, antal og procent

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
Mænd	35 (85 %)	6 (15 %)
Kvinder	49 (86 %)	8 (14 %)
I alt	84 (86 %)	14 (14 %)

Note: Tabellen er baseret på besvarelser fra 98 personer ved 5.-års follow-up.

Bilag 7: Barnløshedens belastning for tilværelsen

Tabel 7A: Udviklingen i barnløshedens belastning for tilværelsen mellem år 2000-2001 og 2005-2006

Udvikling baseline til 5.-års follow-up										
<i>N</i>	<i>DF</i>	<i>t Value</i>	<i>Pr > t </i>	<i>Mean</i>	<i>95 % CL mean</i>		<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
92	91	-3,74	0,0003	-1,4022	-2,1467	-0,6577	3,5951	0,3748	-12,0000	9,0000

Fordeling af forskel baseline-5.-års follow-up

