

## Abstract

In this thesis I explore the ways in which men experience infertility and assisted reproduction, and what this can tell us about changing masculinities in Norway. We live in a time where assisted reproductive technologies (ARTs) create new possibilities to become a parent. At the same time the meanings of fatherhood are changing in the Norwegian society. These developments can influence how men experience infertility. Inspired by the PhD thesis of Kristin Spilker (2008), I use the term *assisted fatherhood*, to describe new ways in which men can become fathers through using ARTs. Based on *multi-sited ethnography* I conducted in-depth interviews with five infertile men, and fieldwork consisting of expert interviews, guided clinical tours, and public documents on infertility.

Important findings include an understanding of assisted fatherhood as a *biographical process*. Infertility was experienced as a *biographical disruption*, in which expectations towards fatherhood were put on hold. By embracing ARTs the men experienced a *biographical continuity*, because they could continue on an alternative route to fatherhood. In this process, masculinity was at stake. Fatherhood was both a desired life goal and an important part of being a man. When confronted with infertility, their masculinity was *fragile*, and did not match up to *hegemonic masculinity*. By embracing ARTs the men (re)constructed their masculine identities, to confirm themselves as men and fathers. In this (re)construction process they used masculine strategies as “project managers” and “supportive partners,” characterized by *caring*. I also found that men talked a lot about their feelings, using metaphors such as a “mountain trip” and an “emotional roller coaster,” to describe how they felt about the treatment process. Another finding was a split understanding of their sexual lives. As infertile their sexual lives were *mechanical*, while ARTs led to a *liberating sexuality*. All together, the findings in this study reflect a broader picture of how masculinities are changing in contemporary Norway.

Social research on infertility is far more likely to be focused on the understandings and experiences of women than those of men. As a consequence of this, men are viewed as the second sex in reproduction. This study shows that there is a need for more research on the reproductive lives of men.



*Har du ein draum som du ikkje kan nå  
kan du vegen som føre derifrå  
har ein sang som gjer sjele di varm  
som når du kvile ved ein jentebarm*

RØTA, HELLBILLIES



## Forord

Med en blanding av lykke og vemod er masteroppgaven endelig i boks. Det er godt å være i mål, men samtidig føles det rart å sende oppgaven til trykk. Det har vært en intens og lærerik prosess, og nå venter nye utfordringer. Å skrive masteroppgave var ikke en ensom prosess, fordi jeg har fått hjelp fra en rekke mennesker. Dere fortjener takk og applaus.

Først og fremst rettes en spesiell takk til veileder Elin Kvande og biveileder Ingvill Stuvøy. Veiledningene med dere får toppkarakter av meg! Tusen takk for kreativ brainstorming og konstruktive diskusjoner, og ikke minst for detaljrike tilbakemeldinger. Elin, ditt engasjement er smittende. Du er dyktig, mye av det jeg har lært av deg skal jeg ta med meg videre. Ingvill, du inspirerte meg til å skrive om dette. Jeg var på sosiologisk villspor før jeg tok faget SOS3505, men etter dette var jeg skråsikker på hva jeg ville skrive mer om. Takk skal dere ha!

Takk til Medicus, Spiren Fertilitetsklinikk og Fertilitetsklinikken ved St. Olavs Hospital for omvisninger og øvrige besøk, samt hjelp til å rekruttere informanter. Ønskebarn hjalp også til med rekruttering. Takk! Ønskebarn, terapeutene og klinikkansatte takkes også for informative intervju.

Jeg vil rette en stor takk til mennene i min studie, som fortalte meg fascinerende historier ikke mange får høre. Uten dere hadde ikke denne oppgaven eksistert. Jeg er svært takknemlig, og kan ikke takke dere mange nok ganger. Mitt håp er at funnene mine skal komme dere og fertilitetsklinikkene til nytte, blant annet ved å si noe om hvor viktig det er å høre menns stemmer i assistert reproduksjon. Dere er viktige og fortjener å bli hørt!

Til slutt vil jeg takke for alle heiarop. Takk til innebandyjentene, som har vært motivatorer fra start til slutt, og ikke minst for seriegull og sluttspillseier i vår. Takk til alle medstudenter på masterkull 2014 og de flotte menneskene på lesesal 10548 B, både for faglige diskusjoner og pauser med mye latter, #liveteretlære. Takk til Erling Landet og Cathrine Sundbø Delp for godt samarbeid i forbindelse med en dokumentanalyse om mannlig infertilitet. Jeg vil også takke Eli Smeplass og Ida Marie Henriksen for gode innspill, og Ingvill Firman Fjellså, Lisbeth Elvira Levang og Marianne Skaar for språkvask.

En stor takk går til min fantastiske familie for all støtte og de motiverende telefonsamtalene, og for at dere betaler regninga. Takk for gode innspill, språkvask og for at dere stadig vekk

inntok en rolle som synonymordbok. Dere hadde nok aldri trodd at hele familien skulle sitte og diskutere sædkvalitet klokka ett på natta, men ser man det. Der satt vi. Dere er fantastiske!

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer Vegard Johnsrud, du veit alltid hvilke spørsmål du skal og ikke skal stille. Takk for de oppmuntrende samtalene, og for at du alltid var våken da jeg kom hjem fra lesesalen midt på natta.

---

Nina Helen Aas Røkkum

Trondheim, juni 2014

## INNHALDSFORTEGNELSE

ABSTRACT .....	I
FORORD .....	V
<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1 OVERORDNET PROBLEMSTILLING .....	3
1.2 OPPGAVENS STRUKTUR .....	4
<b>2. TIDLIGERE FORSKNING PÅ DET REPRODUKTIVE FELTET .....</b>	<b>7</b>
2.1 NORDISK FORSKNING PÅ FEDRE OG FERTILITET .....	7
<i>Færre menn blir fedre</i> .....	9
<i>Menn og fertilitet</i> .....	11
2.2 ASSISTERT REPRODUKSJON.....	12
2.3 INTERNASJONAL FORSKNING PÅ INFERTILITET OG ASSISTERT REPRODUKSJON .....	14
<b>3. TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>17</b>
3.1 BIOGRAFISK AVBRYTELSE, BIOGRAFISK FORTSETTELSE.....	17
3.2 ONTOLOGISK KOREOGRAFI.....	19
3.3 Å GJØRE KJØNN .....	20
3.4 HEGEMONISK MASKULINITET.....	21
3.5 FREMVOKSENDE MASKULINITETER.....	22
3.6 TEORETISK INSPIRERTE ANALYSESPØRSMÅL .....	23
<i>Modell for å analysere assistert farskap</i> .....	23
<b>4. FORSKNINGSPROSESS: FRA START TIL SLUTT .....</b>	<b>25</b>
4.1 INTERAKSJONISTISK FORSKNINGSDESIGN .....	25
4.2 UTVALG OG REKRUTTERING .....	27
4.3 INTERVJU MED INFERTILE MENN .....	30
<i>Intervjuguide</i> .....	30
<i>Gjennomføring</i> .....	32
<i>Forskerrolle</i> .....	34
4.4 FELTARBEID SOM KONTEKST.....	36
<i>Dokumenter</i> .....	36
<i>Ekspertintervju</i> .....	38
<i>Omvisninger</i> .....	39
4.5 ANALYSESTRATEGI: MENNENES STEMME.....	40
<i>Intervju med infertile menn</i> .....	40
<i>Ekspertintervju</i> .....	41
4.6 PRESENTASJON AV MENNENE.....	42

<b>5. FARSKAP PÅ VENT .....</b>	<b>43</b>
5.1 AVBRYTELSE AV FORVENTET BIOGRAFI .....	43
<i>Felles barneønske, felles avgjørelse</i> .....	45
<i>Drøm om farskap</i> .....	47
<i>Fra grunnmur til hus</i> .....	49
5.2 HVA BESTOD EN SLIK AVBRYTELSE AV?.....	51
<i>Plankekjøring eller slag i trynet?</i> .....	52
<i>Fra limbo til rekonstruksjon</i> .....	53
5.3 INFERTILITET SOM SOSIAL HINDRING.....	55
5.4 OPPSUMMERING AV FUNN.....	58
<b>6. FRA KROPP I USTAND TIL ASSISTERT KROPP .....</b>	<b>61</b>
6.1 FRA AVBRYTELSE TIL FORTSETTELSE .....	61
<i>Sannhetens øyeblikk</i> .....	62
<i>Assistanse som håp</i> .....	63
<i>Diagnose som lettelse</i> .....	65
6.2 MELLOM KROPP OG REPRODUKSJONSTEKNOLOGI.....	66
<i>Sædprøve som enkel oppgave, eller?</i> .....	67
<i>Fra mekanisk sexliv til befriende seksualitet</i> .....	70
6.3 OPPSUMMERING AV FUNN.....	73
<b>7. (RE)KONSTRUKSJON AV MASKULINITETER .....</b>	<b>75</b>
7.1 Å KOMME TIL KORT SOM MANN .....	75
<i>Mengde sæd, mann nok?</i> .....	76
7.2 FØLELSESPRÅK.....	78
<i>Følsom mann på fjelltur</i> .....	80
<i>Emosjonell berg- og dalbane</i> .....	81
7.3 MASKULINE STRATEGIER .....	84
<i>Passiv, men handlende kropp</i> .....	84
<i>Prosjektledere</i> .....	86
<i>Støttespillere</i> .....	87
<i>Steril, punktum finale</i> .....	88
7.4. OPPSUMMERING AV FUNN.....	89
<b>8. AVSLUTNING.....</b>	<b>91</b>
8.1 ASSISTERT FARSKAP OG MASKULINITET I ENDRING.....	91
8.2 OPPSUMERENDE KONKLUSJON.....	94
APPENDIKS 1: GODKJENNING FRA REK .....	B



APPENDIKS 2: GODKJENNING FRA NSD .....	D
APPENDIKS 3: INFORMASJONSSKRIV OG SKJEMA FOR SAMTYKKEERKLÆRING TIL MENN .....	F
APPENDIKS 4: INFORMASJONSSKRIV OG SKJEMA FOR SAMTYKKEERKLÆRING TIL EKSPERTER .....	H
APPENDIKS 5: INTERVJUGUIDE FOR INTERVJU MED MENN .....	J
APPENDIKS 6: INTERVJUGUIDE FOR INTERVJU MED KLINIKKANSATTE .....	P
APPENDIKS 7: INTERVJUGUIDE FOR INTERVJU MED TERAPEUTER .....	T
APPENDIKS 8: INTERVJUGUIDE FOR INTERVJU MED ØNSKEBARN .....	V





## 1. Introduksjon

I denne oppgaven skal jeg utforske infertilitet og assistert reproduksjon slik det blir erfart og forstått av menn. De siste tiårene har utviklingen innen reproduksjonsteknologi gjort at flere par kan bli foreldre, både i Norge og globalt. Gjennom dette har forståelsene og konsekvensene av infertilitet endret seg (Melhuus 2012). Reproduksjonsteknologi har også hatt betydning for hva det vil si å være mann og kvinne i reproduksjon, fordi "the logics of IVF both model and transform the structures of gender and kinship – thus potentially enabling us to think differently about their future manifestations" (Franklin 2013: 25). I samme periode har forventningene og betydningen til farskap gått gjennom omfattende endringer i Norge, hvor omsorg for barn og familie i dag står sentralt. Disse utviklingstrekkene utgjør en ramme rundt hva dagens menn erfarer som infertile.

For å lage barn må en sædcelle befrukte en eggcelle, fulgt av et ni måneders svangerskap. Unnfangelse krever menn og deres sæd, men et økende antall menn har nedsatt sædkvalitet, og er ikke i stand til å produsere sæd for å gjøre en kvinne gravid. En rekke forskere omtaler dette som en *fertilitetskrise* (se for eksempel Carlsen, Giwercman, Keiding & Skakkebæk 1992; Carlsen, Swan, Petersen & Skakkebæk 2005). Videre hevdes det at stadig flere menn vil konfronteres med dette i fremtiden (Tjørnhøj-Thompsen 2009: 226). Jeg skal ikke diskutere hvorvidt norske menns sædkvalitet er avtagende, men heller forholde meg til at dette er noe som berører mange menn og potensielt vil bekymre enda flere på sikt. Det er derfor sosiologisk relevant å se nærmere på hvordan menn erfarer og forstår infertilitet.

Åtte av ti par som prøver å få barn, oppnår graviditet i løpet av ett år (Bioteknologirådet 2016). De resterende parene regnes som infertile. Årsakene til infertilitet forklares av kvinnens fertilitet i rundt 30 prosent av tilfellene, mens 30 prosent har å gjøre med mannens fertilitet. I de resterende tilfellene er infertilitet uforklarlig, hvor man ikke finner en spesifikk årsak til at paret sliter med å unnfange. Selv om årsakene til infertilitet kan være mange, er reproduksjon ofte assosiert med kvinner alene. Dette bidrar til manglende offentlig bevissthet på infertilitet blant menn. I denne sammenheng har noen forskere tatt utgangspunkt i Simone de Beauvoirs kjente verk *Le deuxième Sexe* fra 1949, snudd om på hennes fokus og omtalt menn som *det annet kjønn* (Inhorn, Tjørnhøj-Thompsen, Goldberg & Mosegaard 2009). I denne oppgaven er jeg interessert i infertilitet blant menn, hvor *infertilitet* brukes om menn i par som strever med å bli gravide, helt eller delvis på grunn av nedsatt sædkvalitet. Dette

omfatter blant annet at antall sædceller er for lite, at sædcellene har nedsatt bevegelighet, samt tette sædledere (Almås 2009).

Infertilitet oppfattes ofte som en medisinsk tilstand med psykologiske konsekvenser (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan 2010). I denne oppgaven forstås infertilitet som *biografisk avbrytelse*, hvor et par først oppdager at de ikke kan bli gravide gjennom samleie og kan ane at de er infertile. Videre kan dette føre til at paret prøver andre måter å få barn på. I dag er reproduksjon noe flertydig, fordi ulike metoder og teknologier gjør at befruktning kan skje utenfor kroppen (Lie, Ravn & Spilker 2011). *Assistert reproduksjon* har åpnet opp for at flere par kan bli foreldre, også at menn med nedsatt sædkvalitet kan bli fedre. De kan bli assisterte fedre, noe som i denne oppgaven forstås som en *biografisk fortsettelse*. Paret kan oppsøke en fertilitetsklinikk, som er en spesifikk institusjon hvor man får teknologisk hjelp til å lage barn. De tre teknologiske løsningene som menn med nedsatt sædkvalitet kan benytte er a) inseminasjon med sæd fra donor, b) IVF og c) ICSI, som i økende grad også blir brukt i tilfeller av uforklarlig infertilitet (Bioteknologirådet 2016). I tillegg til dette er det også mulig å bli far ved å adoptere eller bli fosterforelder.

I dagens Norge pågår en omfattende diskusjon rundt hva en far er, og hvordan farskap utføres i praksis (Aarseth 2011; Brandth & Kvande 2013, 2016; Lorentzen 2012). Dette vil si at infertile menn befinner seg i en utfordrende situasjon, hvor infertilitet bryter med de normative forventningene til farskap. I tillegg til dette finnes mye forskning på fedre, både med hensyn til politikk, kultur og hverdagsliv (Eydal & Rostgaard 2015). De siste tiårene har farskap fått en ny betydning, hvor menn prøver å balansere det å være aktive og involverte fedre parallelt med krav fra arbeidslivet. Vi lever også i en såkalt *farsvennlig velferdsstat*, hvor menn kan ta ut fedrekvote for å tilbringe tid sammen med sine barn (Brandth & Kvande 2013). De fleste menn forventer å bli fedre, noe de også anser som en viktig del av å være mann (Rostgaard & Møberg 2015). I Norge og andre nordiske land oppfattes det som ”naturlig” og ”normalt” å ønske seg barn, noe som skaper et press på infertile – og barnfrie par (Engwall & Peterson 2010; Fjell 2008; Ravn 2005). Dette forsterkes gjennom norsk offentlighet. Vi lever i et *fedreland*, bokstavelig talt. Fedrene er synlige, de er aktive og lett å få øye på. De leker med barna og triller rundt på barnevogner. ”Verdens beste pappa”<sup>1</sup> og

---

<sup>1</sup> Norsk livsstilserie på NRK, som følger seks norske fedre og utforsker hva som skal til for å bli verdens beste pappa for sine egne barn.

andre TV-programmer om fedre vises i beste sendetid, og det skrives om fedre i aviser, hvor de ofte avbildes med barna. Videre utforsker jeg hva dette har å si for infertile menn som ønsker å bli fedre, især i kapittel 5. Hvordan erfares det å være infertil i et samfunn med økt fokus på fedre?

Reproduksjon har tradisjonelt sett vært et forskningsfelt med medisinske røtter, hvor man har fokusert på kvinnene og deres kropp (Lie, Ravn & Spilker 2011). Dette gjelder både i norsk og internasjonal kontekst. Dette tyder på at det er behov for mer forskning på menn i reproduksjon. Reproduksjon er ikke bare noe som angår kvinner, men også menn. Selv om kvinner bidrar mer kroppslig gjennom graviditet og fødsel, har menn en betydningsfull rolle. I assistert reproduksjon har menn en viktig oppgave, som består av å avlegge en sædprøve. Uten sæd, ingen barn.

Samtidig tar kvalitativ forskning på infertilitet mer utgangspunkt i, og fremhever fortellinger av og om kvinner (Bloch 2013; Hinton & Miller 2013; Mikkelsen, Madsen & Humaidan 2013). I internasjonal forskning rettes fokus mot menn som del av et par, noe som ofte fører til at de oppfattes som et vedheng til kvinnene, selv om de på klinikkene behandles som infertile par (Culley, Hudson & Lohan 2013; Hanna & Gough 2015). Infertilitet blant menn er sånn sett et aktuelt, men underbelyst tema. Som en konsekvens av dette kan stemmene til menn oppfattes som *tause*. Meg bekjent finnes det ikke sosiologisk forskning på infertile menn og deres rolle i assistert reproduksjon i norsk kontekst. Jeg ønsker derfor at min studie skal representere et friskt – og nødvendig – pust i forskning på infertile menn i Norge.

### **1.1 Overordnet problemstilling**

Med denne studien vil jeg fremheve stemmene til infertile menn som viktige. Dette er hensiktsmessig for å forstå mannlig infertilitet i dagens samfunn, hvor infertilitet er tilsynelatende økende, og farskap er sentralt for menns identitet. I en tid hvor reproduksjonsteknologi gjør at flere menn kan bli fedre og farskap er noe som ønskes av menn, kan min studie også si noe om hva kjønn betyr. Følgende overordnede problemstilling besvares:

*Hvordan erfarer menn infertilitet og assistert farskap i Norge, og hva kan dette fortelle om maskulinitet i endring?*

Inspirert av Kristin Spilker (2008) sin avhandling, brukes *assistert farskap* som begrep for å beskrive måtene infertile menn kan bli fedre på via behandling med assistert befruktning. Hennes begrep er imidlertid *assistert slektskap*. Videre hevder hun at ”assistert reproduksjon er et strategisk felt for å studere hvordan kulturelle forståelser av genetiske relasjoner henger sammen med forståelser av foreldreskap,” hvor hun fokuserer på hvordan de medisinske prosedyrene ”skaper grunnlag for (re)forhandlinger om hva som er viktige bestanddeler av foreldreskap” (Spilker 2008: 17). I denne oppgaven forstås assistert farskap som en *biografisk prosess* bestående av to faser, som senere vil representere hvert sitt analysekapittel. Første fase omhandler hvordan infertilitet kan oppleves som *biografisk avbrytelse*, mens andre fase tar for seg møtene mellom menn og assistanse, samt hvordan dette kan oppleves som *biografisk fortsettelse*. Siste analysekapittel bygger på disse to fasene, og handler om hvordan menn (re)konstruerer maskulinitet i forbindelse med assistert farskap. Dette omfatter både hva menn erfarer som menn i møte med infertilitet, samt hva de gjør som menn for å bli assisterte fedre. I oppgavens avslutning diskuteres konsekvensene dette har for hvordan maskulinitet blir forstått i dagens samfunn.

For å besvare oppgavens overordnede problemstilling, brukes et forskningsdesign inspirert av *flerstedsetnografi* (Marcus 1995). Mitt empiriske materiale består av dybdeintervju med fem infertile menn og feltarbeid, bestående av ekspertintervju og omvisninger på fertilitetsklinikkene Medicus, Spiren Fertilitetsklinikk og Fertilitetsseksjonen på St. Olavs Hospital. Jeg har også brukt offentlig tilgjengelig dokumenter om infertilitet for å a) få oversikt over feltet jeg skulle studere, samt b) inkludert deler av dette i intervjuguiden til mennene som hjelp til å spørre om sårbare tema. Dybdeintervjuene står sentralt, mens de andre metodene tjener som kontekst rundt disse. Ved å sammenstille disse metodene, vil jeg få en dypere forståelse av mannlig infertilitet som fenomen.

## **1.2 Oppgavens struktur**

Denne oppgaven består av til sammen sju kapitler. Hittil har jeg introdusert og aktualisert hva oppgaven handler om. Jeg har også presentert oppgavens problemstilling og gjort rede for hva som menes med *assistert farskap*.

Kapittel 2 tar for seg tidligere forskning, hvor jeg først gjør rede for nordisk forskning på fedre og fertilitet, samt internasjonal forskning på infertilitet og assistert reproduksjon. Jeg utdyper også om assistert reproduksjon i Norge, fordi dette er viktig for å forstå feltet som

denne studien bygger på, og senere hva mennene i min studie opplevde.

I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket, hvor fokus er på de teoriene som er mest relevant i forhold til oppgavens tema og problemstilling. Med utgangspunkt i utvalgt teori, formuleres tre analyse spørsmål, ett til hvert analysekapittel. Dette for å avgrense oppgavens fokus.

I kapittel 4 gjør jeg rede for metodevalgene i min studie, som blant annet omfatter studiens forskningsdesign, samt utvalg og rekruttering. Mitt empirisk materiale beskrives også, før jeg redegjør for analysestrategi og presenterer mennene i min studie. Jeg gjør også gjennomgående rede for etikk og kvalitet.

Opgavens analyse består av kapitlene 5, 6 og 7. Kapittel 5 og 6 tar for seg første og andre fase av assistert farskap, hvor fokus er på narrativene til mennene. Ekspertintervju, omvisningene og stimulimateriale brukes som kontekst i forbindelse med noe mennene i min studie uttalte seg om. I kapittel 5 tar jeg utgangspunkt i første analyse spørsmål og diskuterer hvordan mennene erfarte infertilitet som *biografisk avbrytelse*. Kapittel 6 tar for seg assistanse som *biografisk fortsettelse*, hvor møtene mellom menn og teknologi spiller en sentral rolle. Fokus i kapittel 7 er hva infertilitet og assistanse har å si for hvordan mennene (re)konstruerer maskuliniteter. Alle analysekapitlene er empirinære, dette for å få frem stemmene til mennene.

I kapittel 8 diskuteres hva sentrale funn kan fortelle om maskulinitet i endring, samt hva som kan være interessant å forske videre på. Til slutt oppsummeres oppgaven i en konklusjon.







## 2. Tidligere forskning på det reproduktive feltet

I dette kapitlet presenteres tidligere forskning på det reproduktive feltet. Her tar jeg for meg nordisk forskning på fedre og fertilitet, samt internasjonal forskning på infertilitet og assistert reproduksjon. Jeg fremhever også noen utvalgte studier som ligger tettest på det jeg gjør i min studie. Assistert reproduksjon i Norge gjøres også rede for, noe som er viktig for å forstå mulighetene infertile menn har og hva de må gå gjennom for å få barn. Samlet sett kan dette illustrere et bilde av de sosiale og kulturelle forholdene som ligger til grunn for erfaringene til mennene i min studie.

### 2.1 Nordisk forskning på fedre og fertilitet

I denne oppgaven rettes fokus mot menn som forsøker å bli fedre via assistert reproduksjon, noe som gjør forskning på fedre relevant for min studie. For det første kan forskningen si noe om hva dagens farskap består av. For det andre har forskere i stor grad fokusert på menn som allerede er fedre. Da Brandth & Kvande (2003: 16) utførte sin studie på de første mennene som tok ut fedrekvote, hadde ikke forskning på fedre tatt tilstrekkelig hensyn til de subjektive stemmene til fedre. De omtalte stemmene som *tause*. Dette er ikke like gjeldene i dag (Brandth & Kvande 2013, 2016). De forskes på og er synlige i norsk offentlighet, mens infertilitet blant menn fortsatt er underbelyst. Stemmene til infertile menn er *tause*, i hvert fall i Norge, og det er derfor viktig å fremheve disse.

De siste tiårene har en rekke forskere satt fedre i fokus, hvor temaene familie og velferdsstat, samt arbeidsliv og likestilling er fremtredende (se for eksempel Aarseth 2011; Ellingsæter & Widerberg 2012; Eydal & Rostgaard 2015). Temaene omsorg og maskulinitet er også sentrale i forskning på fedre, hvor oppmerksomhet rettes mot hvordan fedre konstruerer maskulin identitet gjennom hvordan de gjør *omsorg* i hjemmet (Brandth & Kvande 2003, 2013; Elliott 2015; Lorentzen 2012). Det kan virke som at dagens farskap i større grad enn tidligere åpner opp for en maskulinitet som preges av omsorg og følelsesmessig forpliktelse, noe som igjen kan påvirke forestillingene om maskulin identitet (Lorentzen 2012). I forlengelse av dette snakker Elliott (2015) om *caring masculinities*, hvor maskulinitet assosieres med omsorg og følelser. Ved å foreslå en praksisbasert modell for å gjøre maskulinitet, ønsker hun å utforske hvordan omsorg integreres i maskulin identitet gjennom hva menn gjør som menn.

I Norge pågår en omfattende diskusjon rundt hva en far er og hvordan farskap utføres i praksis. Dagens fedre forventes å være aktive deltakere i familien, og de gjør farskap på en

annen måte enn sine egne fedre, hvor de verdsetter likestilling mellom kjønnene (Aarseth 2011). Tidligere hadde menn en tradisjonell forsørgerrolle, mens de nå utøver en mer *nærværende farsmodell*. Både mor og far har omsorgsansvar og lønnsarbeid. Omsorg har fått en større plass i dagens farskap, hvor menn ønsker å tilbringe tid med familie og barn. Samtidig bruker kvinner mindre tid på familiearbeid og er mer yrkesaktive (Kitterød & Rønsen 2013).

Eydal og Rostgaard (2015) utforsker hva fedre gjør i praksis, noe som formes av de normative forventningene til farskap i nordiske land, som igjen knyttes til politikk og andre strukturelle forhold. Farskap er sosialt konstruert, og består av mer enn hva fedre gjør innad i en familie. Dette vil si at farskap er "cultural coding of men as fathers. Here, we are dealing with the rights, duties, responsibilities and statuses that are attached to fathers, as well as the discursive terrain around good and bad fathers" (Hobson og Morgan 2002: 9).

Videre finnes det ikke én bestemt form for farskap, fordi "given the variety of contexts for fatherhood it may not seem paradoxical to attempt to characterize contemporary fatherhood as anything but a collection of fatherhood" (Collier & Sheldon 2008: 20). Farskap er noe flertydig, fordi hva fedre gjør avhenger av de sosiale kontekstene de befinner seg i (Eydal & Rostgaard 2015). Farskap skapes kontinuerlig i hverdagslivet og formes av normative, juridiske og politiske retningslinjer. Som resultat av dette kan vi snakke om farskap i flertall, hvor en mann eller en gruppe menn kan være enig eller uenig om hva far er. I tråd med dette hevder Cabrera (2000) at det ikke finnes en universell farsrolle. Enhver mann må skape sitt eget farskap, noe som bygger på David Morgan (2011: 163) sin definisjon av familiepraksiser: "Family practices are reflective practice, in being enacted they simultaneously construct, reproduce family boundaries, family relationships and possibly more discursive notions of the family in general." Selv om en familie kan oppfattes som trygg og konstant er dette noe som stadig endres. Hva vi forstår og fortolker som familie påvirkes av historie, samt sosiale og kulturelle forhold. Som konsekvens av dette er ikke en familie noe man *er*, men heller noe man *gjør*. Ifølge Carol Smart (2007) har dette bidratt til å "frigjøre" alternative måter å tenke familie på. I denne oppgaven brukes farskap om noe menn gjør.

Gjennom et omfattende forskningsmateriale om fedre og fedrekvote, utdyper Brandth og Kvande (2003) mer om hva som kjennetegner dagens farskap. I boka *Fleksible Fedre* tar de for seg hvordan de første fedrene erfarte å ta ut fedrekvote i Norge, hvor fedrene fortalte om mulighetene de hadde som fedre og hva farskap betydde for dem. I lys av dagens

familiemodell, skal ikke fedre bare være forsørgere. De skal også vise omsorg, og utvikle sine egne forhold til barna. Innføring av fedrekvoten gjorde dette mulig. Særlig relevant for min studie er skillet mellom *nærværende* og *fraværende* fedre (Brandth & Kvande 2003).

*Nærværende* fedre bruker kvantitetstid med barn, som vil si at de er engasjerte og inkluderende i samvær med barnet. De er både mentalt og fysisk til stede og bruker mye tid på barnet. De gir barnet oppmerksomhet, oppdrar og leker med dem. Far utøver ofte omsorg på en lekende måte, noe som er viktig for å knytte bånd mellom far og barn (Aarseth 2011; Brandth & Kvande 2003). *Fraværende* fedre bruker kvalitetstid med barna, hvor de er mindre med dem. Når de først er med barnet, så holder de ingenting tilbake og er fullstendig til stede.

### *Færre menn blir fedre*

I Norge har forskning på fertilitet lenge fokusert på kvinner, men skiftende kjønnsroller og økt fokus på fedre i norsk offentlighet har ført til at forskere har rettet søkelyset mot menns fertilitet (Lappegård & Rønsen 2013). Ifølge Lappegård og Rønsen (2013) er det særlig tre trender som utmerker seg som relevante for analyser av menns fertilitetsmønstre. For det første er det flere barnløse menn enn kvinner, og færre menn rundt 40 år som bor sammen med og forsørger barn senere i livet (Jensen & Østby 2014; Lappegård, Rønsen & Skrede 2011). 1 av 4 menn er barnløse, og ifølge Skrede (2004: 65) kan man fra tidlig i 1990-årene snakke om et *krympende farskap*.

En annen trend innebærer at menn har barn med flere partnere (Carlson & Furstenberg 2006; Guzzo & Furstenberg 2007; Lappegård & Rønsen 2013). Skrede (2004: 60) hevder at en viktig grunn til dette omhandler en markant økning i antall *flerkullsfedre*, et begrep som viser til menn som har registrert felles foreldreskap med mer enn én kvinne. Økningen i andelen flerkullsfedre tilsier at mange kvinner velger menn som allerede er fedre, noe som fører til at andre menn forblir barnløse. At færre menn blir valgt som partnere, betyr at en voksende gruppe menn ikke får mulighet til å bli fedre og det skjer en *resirkulering* av menn som allerede er fedre. Skrede (2004: 60) sier at

Satt litt på spissen kan vi si at utviklingen [...] signaliserer en økt resirkulering av 'pent brukte' menn i de yngre fødselskohortene, med konsekvens at andelen 'ubrukte' og barnløse også øker i de samme årsklassene.

For det tredje øker de sosioøkonomiske ulikhetene rundt fertilitet blant menn, mens ulikhetene blant kvinner viskes bort (Andersson, Rønsen, Knudsen, Lappegård, Neyer,

Skrede, Teschner & Vikat 2008; Rønsen & Skrede 2010). Lappegård og Rønsen (2013) har forsket på hva som kjennetegner menn som får barn med flere partnere, og fant at en viss type menn skiller seg ut. Skilte menn med barn fra første ekteskap og høy sosioøkonomisk status<sup>2</sup> er oftere flerkullsfedre. Det kan tenkes at menn som etablerer seg på nytt i nye forhold etter samlivsbrudd, kan og vil få et barn sammen med ny partner (Lappegård et al. 2011). Skrede (2004) påpeker at kvinners økte autonomi ser ut til å medføre at unge menn med relativt kort utdanning og lav inntekt blir sortert bort til fordel for menn med lengre utdanning og høyere inntekt. Dette tyder på at kvinner velger bort menn som vurderes som dårligere forsørgere. Som en konsekvens av dette, forblir flere menn barnløse. Dermed blir det såkalte ”bruktmarkedet” mer aktuelt som partnermarked. På dette markedet kan en ”pent” brukt mann med gode ressurser være mer interessant som partner enn en ”ubrukt” mann med dårligere ressurser, noe som bidrar til sterk sosial seleksjon i yngre fødselskohorter (ibid.:2004).

I tillegg til disse trendene velger noen menn bort farskap. Enkelte menn ønsker å være såkalt *barnfrie*, hvor de med eller uten partner velger et liv uten barn (Engwall & Peterson 2010; Fjell 2008). Rostgaard og Møberg (2015) fant at selv om de fleste menn blir fedre på et eller annet tidspunkt i løpet av livet, er det utbredt og økt aksept for å forbli barnfrie, særlig i nordiske land. I tillegg til dette har nordiske menn en mer fleksibel holdning til når man skal bli far og hvor mange barn man skal få, enn menn i andre europeiske land. Slike avslappende holdninger assosieres ofte med lav fertilitet blant menn.

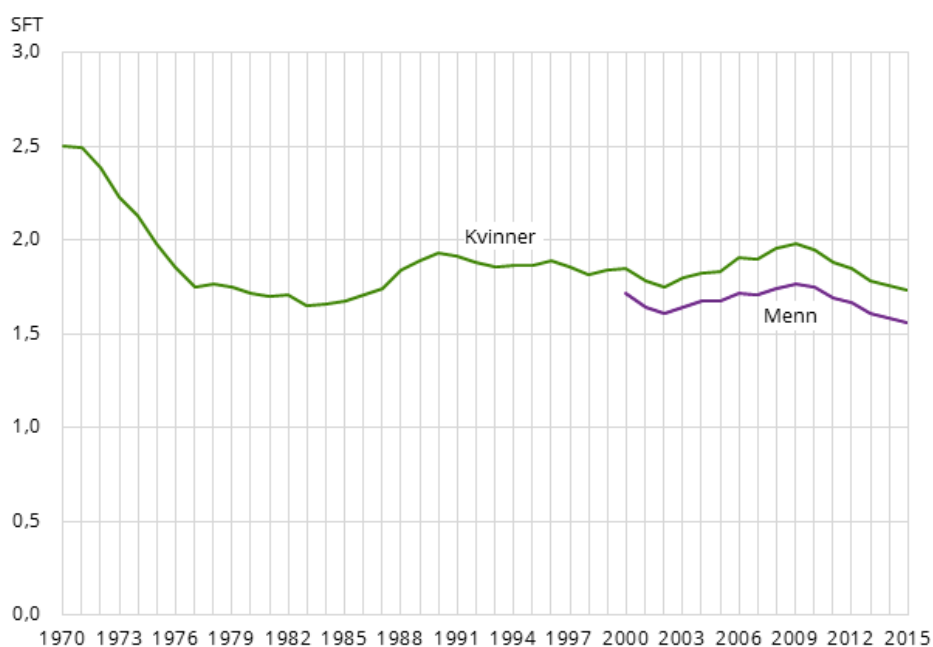
Andre menn *kan ikke* få barn på grunn av infertilitet, noe som er mest relevant for min studie. Infertile menn må forholde seg til andre typer valg enn menn som *ikke blir valgt* som partnere eller menn som *velger bort* barn. De har blitt valgt som partnere og forsøker å bli fedre, men deres infertilitet hindrer dem i å realisere farskap. De er ikke i stand til å få barn gjennom samleie, noe som gjør at de befinner seg i en situasjon hvor de kan velge mellom å *forbli barnløse* eller *gjøre noe med det*. Reproduksjonsteknologi har hatt stor betydning i forbindelse med dette, noe som omfatter både prevensjon for å begrense fertilitet, i tillegg til assistert reproduksjon som gjør det mulig for flere menn å bli fedre.

---

<sup>2</sup> Sosioøkonomisk status ble målt ved høy inntekt og/eller utdanning.

## Menn og fertilitet

De siste tiårene har mønstrene i norsk fertilitet endret seg betraktelig. I 2015 ble det født 59 058 barn i Norge, hvor samlet fruktbarhetstall<sup>3</sup> (SFT) var 1.73 for kvinner og 1.56 for menn (SSB 2016). Disse fruktbarhetstallene er lavere enn de tidligere har vært. Både kvinner og menns fertilitet har hatt en jevn nedgang siden 2009, hvor tallene var 1.98 for kvinner og 1.77 for menn. Selv om færre barn fødes, er norske fertilitetsrater fremdeles høyere enn i de fleste andre europeiske land (Dommermuth, Hart, Lappegård, Rønsen & Wiik 2015). I figur 2.3 ser vi at SFT for kvinner har blitt estimert fra 1970, mens man relativt nylig begynte å estimere menns SFT. Dette tyder på at det reproduktive feltet knyttes til kvinner, men også at de som utformer denne type statistikk er mer opptatt av mennenes rolle. I tillegg til dette illustrerer figuren at menns SFT er lavere enn for kvinnene.



Figur 2.3: SFT 1970-2015 for kvinner og 2000-2015 for menn (SSB 2016).

Det er ikke tall og statistikk i seg selv som er relevant for min studie, men de sosiale konsekvensene dette fører med seg. Noen land har innført strategier for å øke lave fødselstall,

---

<sup>3</sup> Samlet fruktbarhetstall viser til gjennomsnittlig levendefødte barn per kvinne i løpet av livet, under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden gjelder i hele kvinnens fødedyktige periode (15-49 år) og at dødsfall ikke forekommer. SFT for menn ble første gang estimert i 2000, og beregnes for aldersgruppen 15-54 år. Antall fødte er avhengig av tallet på kvinner i fødedyktig alder og deres fruktbarhet (Dommermuth et al. 2015: 9).

mens andre ønsker å redusere høye fødselsrater (Lie, Ravn & Spilker 2011). Begge disse trendene avspeiler flere utviklingstrekk ved dagens samfunn. For det første er barn et *hot topic*. Ifølge Ellingsæter, Jensen og Lie (2013) er barn viktige i etablering av familieliv og oppfattes som en essensiell del av livsløpet. I tillegg til dette finnes det sterke normer og forventninger knyttet til reproduksjon, samt når og i hvilke situasjoner det passer å få barn (ibid.). Normene sier også at det er ”naturlig” og ”normalt” å ønske seg barn, og ”unaturlig” og ”unormalt” hvis man ikke ønsker seg dette (Engwall & Peterson 2010; Fjell 2008; Ravn 2005). Disse normative forventningene forsterkes gjennom media og norsk offentlighet mer generelt, og skaper et sosialt press på barnløse par.

Til tross for dette, er det ikke en selvfølge å få barn. Spørsmål om man skal få barn eller ikke og på hvilket tidspunkt i livet det passer, handler dels om individuelle valg og dels om hva livet har å by på. Valget om å få barn avhenger blant annet av om man er fertil eller infertil, har en partner eller ikke, samt en god balanse mellom arbeidsliv og familiedannelse (Lappegård, Rønsen & Skrede 2011). Noen par prioriterer å danne en familie fremfor arbeidslivet, andre satser på karriere og utsetter foreldreskap (Frejka & Sobotka 2008). Dette er en konsekvens av en overgang fra tradisjonelle til mer likestilte familieliv (Ellingsæter & Leira 2006). For det første er mødre mer delaktige i arbeidslivet enn tidligere, og for å fremme fedres deltakelse i familien ble fedrekvoten innført (Brandth & Kvande 2003, 2013).

## **2.2 Assistert reproduksjon**

Verdens første prøverørsbarn, britiske Louise Brown, kom til verden i 1978. Året etter ble Norges første prøverørsbarn født ved hjelp av behandling med IVF (Bioteknologirådet 2016). *Assistert befruktning* er en samlebetegnelse på de medisinske prosedyrene som brukes for å unnfange barn på en annen måte enn ved samleie (Bioteknologirådet 2016). I dag er dette et vanlig og akseptert medisinsk behandlingstilbud i Norge, og har hatt stor betydning for hvordan vi forstår infertilitet (Melhuus 2012). Mens assistert befruktning viser til medisinske prosedyrer, brukes *assistert reproduksjon* i denne oppgaven som beskrivelse på et større felt. Dette innbefatter også de psykologiske og sosiale konsekvensene av de medisinske prosedyrene. Assistert reproduksjon er et felt med en rekke tekniske begreper, som det er nødvendig å forklare for å forstå hva mennene i min studie har gått gjennom.

Antall behandlinger med assistert befruktning har økt betydelig de siste tiårene. Oversikt fra Medisinsk fødselsregister (2015) viser at det fra 1984 til og med 2014 ble født over 32 000

barn gjennom befruktning utenfor kroppen. I 2014 kom det 1999 barn til verden gjennom assistert befruktning, og tallet har holdt seg stabilt på rundt 2000 barn siden 2009. I tillegg til dette har antall sædprøver økt blant menn, noe som kan skyldes både bedre diagnostisering og at infertile menn som ønsker å bli fedre, oftere søker om assistanse (Rønning 2009).

I Norge reguleres assistert befruktning i §2 i *Lov for humanetisk bruk av bioteknologi*, også kalt bioteknologiloven (Lovdata 2016), som definerer hvilke metoder man kan ta i bruk for å få barn. Assistert befruktning blir vanligvis tilbudt som en serie behandlinger, hvor par gis offentlig støtte til tre fullførte behandlinger inkludert tilbakeføring av nedfryste embryoer (ibid.). Hvis et par ønsker å benytte dette i Norge, stilles det krav til samlivsform. Assistert befruktning var til og begynne med kun lov til å utføre på kvinner som var gift eller samboer med menn i ekteskapslignende forhold (Bioteknologirådet 2016; Lovdata 2016). Fra 2009 og 2013 har assistert befruktning også blitt et tilbud til par som ikke nødvendigvis er infertile, henholdsvis kvinner som er gift eller samboer med en annen kvinne og par hvor en av partene er smittet av hiv eller en annen kronisk og alvorlig kjønns sykdom. Verken enslige kvinner, enslige menn eller homofile par kan bruke assistert befruktning i Norge. Mens loven retter seg mot kvinner, og forskere er opptatt av å utforske hvordan kvinner opplever disse prosedyrene, vil jeg bygge videre på dette ved å snakke om mennene og deres erfaringer. I tabell 2.4 beskrives de mest brukte metodene for assistert befruktning som er tillatt i Norge.

Metode	Kort beskrivelse
Inseminasjon med sæd	Innføring av sæd i en kvinne med sæd fra partner.
IVF, også kalt prøverørsbefruktning	En eggcelle og en sædcelle blandes sammen i en laboratorieskål, for så å føre befruktet egg inn i kvinnens livmor. Kan brukes ved nedsatt sædkvalitet.
ICSI, også kalt mikroinjeksjon	En sædcelle sprøytes direkte inn i en eggcelle, før befruktet egg føres inn i kvinnens livmor. Brukes ved nedsatt sædkvalitet.
TESA/PESA	Uthenting av sædceller fra testiklene eller bitestiklene. begge utføres med lokalbedøvelse. Deretter brukes ICSI.
Sæddonasjon	Mannens sædceller erstattes med sædceller fra donor, heller enn assisteres.

Tabell 2.4: De mest brukte metodene for assistert befruktning i Norge (Bioteknologirådet 2016).

### 2.3 Internasjonal forskning på infertilitet og assistert reproduksjon

Infertilitetsforskning har røtter i det medisinske feltet, og er først og fremst basert på kvantitative og kliniske studier, men også kvalitative forskere har skrevet om infertilitet. Som nevnt innledningsvis har kvalitativ forskning på infertilitet tatt mest utgangspunkt i og fremhevet fortellinger om kvinner og deres reproduktive rolle (Hanna & Gough 2015; Herrera 2013; Hinton & Miller 2013; Schmidt 2009). Dette utdypes av Culley, Hudson og Lohan (2013: 226) på følgende måte:

The fact that, whatever the diagnosis, current clinical practice of assisted reproduction largely works on the female body to improve the woman's chance of becoming pregnant and sustaining a pregnancy has also guided social scientists to read this as a woman's medical story to tell. Similarly in clinical practice, while the couple may be present in the clinical encounter, the primary clinical relationship is developed with the woman and the clinical file is usually her clinical file.

Med andre ord settes kvinner i fokus, både i forskning og i praksis. De medisinske prosedyrene utføres på og i kvinnekroppen. I noen tilfeller rettes fokus mot menn, men da som del av et par (Adrian 2006; Tjørnhøj-Thomsen 1999). Å løfte frem stemmene til menn kan gi ny kunnskap om hva de tenker om sin reproduktive rolle, noe jeg gjør i min studie.

Det er lite fokus på følelsene til menn i forbindelse med infertilitet og assistert reproduksjon (Throsby & Gill 2004; Dudgeon & Inhorn 2009). De fleste studiene tar for seg følelsene til kvinnene, hvor noen konkluderer med at kvinner lider mer enn menn, og at det er forskjeller i hvordan menn og kvinner mestrer det å være infertil (Chachamovich, Chachamovich, Ezer, Fleck, Knaut & Passos 2010; Schmidt 2009). Andre studier viser at menn også lider, både mentalt og sosialt (Dooley, Nolan & Sarma 2011; Wischmann & Thorn 2013; Fischer, Baker & Hammarberg 2010). De psykologiske studiene bruker ofte standardiserte spørreskjema, og baseres ofte på utvalg fra klinikkene (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan 2010). Dette kan gjøre det vanskelig å sortere ut hvilke følelser som omhandler infertilitet i seg selv og hvilke som handler om assistanse.

Maskulinitet er et utbredt tema i kvalitativ forskning på mannlig infertilitet (se for eksempel Barnes 2014; Gannon, Glover & Abel 2004; Inhorn 2012; Inhorn & Wentzell 2011; Tjørnhøj-Thomsen 2009; Wu 2011). Antologien *Reconceiving the Second Sex. Men, Masculinity, and Reproduction* (Inhorn et al. 2009) tar eksklusivt for seg menn i reproduksjon, og har et eget



kapittel om infertilitet blant menn. Forfatterne ønsker å få stemmene til menn inn på det reproduktive feltet, både som partnere, elskere og fedre (se også Hadley & Hanley 2011; Malik & Coulson 2008; Marsiglio, Lohan & Culley 2013). Inhorn et al. (2009) hevder at menn er involvert i de fleste aspekter ved reproduksjon. Menn har egne reproduktive bekymringer og utfordringer, noe som ikke nødvendigvis trenger å være knyttet til kvinnens reproduktive helse og velvære. Med dette som bakgrunn, bør reproduktiv forskning fokusere mer på menn. Videre hevder Inhorn et al. (2009: 11) at infertilitet virker inn på menns oppfattelse av egen kropp og seksualitet, fordi

In the context of male infertility, sexual intercourse is symbolically attached to sperm, and male infertility raises cultural notions of dysfunctional sperm, failed masculinity, and sexual impotence. Although male infertility and impotence are usually separate conditions, their conflation contributes to the silence surrounding the former.

Selv om infertilitet og impotens ikke er det samme, assosieres de med hverandre, fordi en infertil mann ikke kan gjøre en kvinne gravid uten å få hjelp til dette. Videre kan dette gå utover deres virilitet, som viser til tradisjonelt maskuline egenskaper ved menn, eksempelvis en sterk kropp som kan produsere barn. En slik kobling mellom fertilitet og virilitet kan føre til at man feilaktig antar at infertile menn er impotente, noe som igjen kan bidra til at stemmene til mennene er *tause* (Goldberg 2009; van Balen & Inhorn 2002).

For at infertile par skal bli foreldre via assistert reproduksjon, må de besøke en fertilitetsklinikk en eller flere ganger. Det er slående hvor få studier som har rettet blikket mot hvordan menn erfarer klinikkene – heller ikke når det gjelder sædprøve og kirurgiske inngrep, som er metoder direkte relatert til noe mennene må gjøre. Studiene som tar for seg disse klinikkmøtene fokuserer på kvinner eller par, og mannen som del av dette (se for eksempel Adrian 2006; Franklin 1997, 1998, 2013; Moore 2007; Thompson 2005; Tjørnhøj-Thomsen 1999). Liberty W. Barnes (2014) har satt menn i fokus, og hennes bok *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine, and Identity* er relevant for min studie. Hun bruker to analytiske innganger til å forstå mannlig infertilitet. For det første utforsker hun historisk utvikling og medisinsk praksis, og for det andre intervjuer hun menn. Hensikten med dette er å fortelle en sosiologisk historie om hvordan vår forståelse av mannlig infertilitet påvirkes av hva det vil si å være mann og kvinne, og dermed forestillingene om maskulinitet og femininitet. Barnes (2014: 54) hevder at alle individer deltar i sosial konstruksjon av kjønn, og sier videre at

Semen collection is a clear example of how assumptions about men and masculinity are built into institutional practices and medical technology. Men are handed a cup with no instructions beyond 'Be sure to fasten the lid tightly when you're done' [...] Medical institutions assume that (1) men are well experienced when it comes to masturbation, (2) men can masturbate under any conditions, (3) men will enjoy providing the sample, and (4) men will be able to catch the sample in the cup.

Barnes (2014) foretok også intervju med leger, og fant at de hadde en tendens til å støtte seg til stereotypiske forestillinger om kjønn, og at dette kan påvirke hvordan dagens infertile par behandles. Når leger praktiserer medisin, gjør de kjønn. Dette omtaler hun som "doctors doing gender" (Barnes 2014: 51).



### 3. Teoretisk rammeverk

Oppgaven tar utgangspunkt i en sosialkonstruktivistisk virkelighetsforståelse. I boka *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge* argumenterer Peter L. Berger og Thomas Luckmann (1966: 13) for at "reality is socially constructed and that the sociology of knowledge must analyse the process in which this occurs," hvor virkelighet defineres som "a quality appertaining to phenomena that we recognize as having a being independent of our own volition" og kunnskap viser til "the certainty that phenomena are real and that they possess specific characteristics." Ved å analysere disse prosessene, kan man få ny kunnskap om sosiale fenomener og kontekstene de befinner seg i.

Videre presenteres teori og begrepene jeg har latt meg inspirere av. Oppgavens problemstilling lyder: *Hvordan erfarer menn infertilitet og assistert farenskap, og hva kan dette fortelle om maskulinitet i endring?* For å belyse dette, gjør jeg først rede for teori om *biografisk avbrytelse* og *biografisk fortsettelse*. Jeg er også interessert i hva som foregår på klinikkene, og inkluderer derfor *ontologisk koreografi* som et relevant begrep. Til slutt presenteres *doing gender* og *maskulinitetsteori* som brukes til å si noe om (re)konstruksjon av maskuliniteter og for å besvare del to av problemstillingen. Avslutningsvis formuleres tre teoretisk inspirerte analyse spørsmål som styrer analysens fokus og struktur.

#### 3.1 Biografisk avbrytelse, biografisk fortsettelse

Michael R. Bury (1982: 169) argumenterer for at individer som lider av kronisk sykdom kan oppleve en såkalt *biographical disruption*, noe som kan oversettes til *biografisk forstyrrelse*. Kronisk sykdom defineres som en langvarig og permanent hendelse, som vil fungere som en forstyrrelse i de sykes livsløp (Bury 1982, 1991). Inspirert av Bury bruker jeg *biografisk avbrytelse* til å si noe om hvordan infertilitet kan oppleves. Infertilitet bryter med en forventet biografi. Biografien blir midlertidig avbrutt heller enn forstyrret, fordi individenes fremtid blir satt på vent og hva som skjer videre er usikkert. Dette fører til at hverdagslige rutiner begrenses og individene må på nytt planlegge hvordan livet skal se ut.

Bury (1982) beskriver tre faser ved biografisk avbrytelse som utfolder seg ved kronisk sykdom. For det første avbrytes atferd og antakelser som man tidligere tok for gitt, noe som fører til at man blir usikker og lurer på hva som kommer til å skje videre. I tråd med dette hevder Gay Becker (1997: 4) at

In all societies, the course of life is structured by expectations about each phase of life, and meaning is assigned to specific life events and the roles that accompany them. When expectations about the course of life are not met, people experience inner chaos and disruption. Such disruptions represent loss of the future.

Ulike ting forventes avhengig av hvilken livsfase man befinner seg i, og når disse forventningene avbrytes får man behov for å gjenskape kontinuitet (Becker 1997). Man blir også usikker på hvorvidt man skal fortelle andre om hva som skjer, samt eventuelt hvem og hvor mange som skal få vite det. Bury (1982: 170) hevder at "one of the most important features of chronic illness is its insidious onset. Non-communicable diseases do not 'break-out' they 'creep-up'." Dette vil si at kronisk sykdom inntreffer relativt ubemerket og sniker seg inn i de sykes liv. Infertile par kan ane at noe er galt, fordi kroppene deres ikke fungerer slik som de skal, men de vet ikke noe helt sikkert før en diagnose settes.

I neste fase avbrytes de fundamentale forklaringsystemene som individer bruker til å forstå hva som foregår rundt dem, og som konsekvens av dette begynner de å revurdere biografi og selvbilde (Bury 1982). Individene blir mer usikre på når deres biografi vil fortsette, samt hva de kan gjøre for at dette skal skje. De lever i *limbo* (Becker 1997: 129). Dette er en fase mellom fortid og fremtid, hvor elementer fra individenes fortid hindrer dem i å komme seg videre. Kronisk sykdom kan føre med seg både fysiske og psykiske konsekvenser i møte med medisinske prosedyrer (Charmaz 1983, 1991). Når en kronisk sykdom oppstår, angriper den ikke bare individenes fysiske selv, men også deres identitet og selvfølelse. Dette kaller Charmaz (1983: 168) for *loss of self* eller *tap av selv*, som viser til at kronisk syke individer kan oppleve at deres selvbilde svekkes. Noen opplever at det er vanskelig å oppsøke medisinsk hjelp, men når sykdommen vedvarer er dette nødvendig (Bury 1982). Hvis helsepersonell tar individene på alvor, oppleves dette som en lettelse, og markerer en overgang til siste fase.

Siste fase krever at individene bruker tilgjengelig ressurser for å komme seg videre (Bury 1982). De vil bort fra det ukjente og usikre, og dette gjør de ved å rekonstruere sine biografier. Dette kaller Williams (1984: 177) for *narrativ rekonstruksjon*, som vil si at individer omformer kaos til orden. De iverksetter ulike tiltak for å rekonstruere sine biografier, noe som kan ta flere former. Dette går utover individenes sosiale liv, og hvorvidt de har et støttende sosialt nettverk kan være avgjørende for deres opplevelse av sykdommens utvikling (Bury 1982).

Ingeborg Grønning (2014:229) snakker om *biografiske opprykk* som det motsatte av biografisk avbrytelse. Mens biografisk avbrytelse setter noe på vent og potensielt også bryter noe ned, viser biografiske opprykk til en fortsettelse og at det avbrutte bygges opp igjen. Hun bruker dette som begrep for å forstå hvordan overvektige personer opplevde vektnedgang via behandling som ”opprykk.” Til tross for fortsatt overvekt, opplevde hennes informanter økt helsegevinst, samt mestring og glede over behandlingens positive effekter. For at biografiske opprykk skal være relevant i min studie, trengs en omformulering. Jeg er nysgjerrig på hvordan assistanse kan oppleves som noe positivt. Dette handler ikke direkte om ”opprykk” til noe, men heller om en mer omfattende fortsettelse. *Biografisk fortsettelse* brukes derfor som begrep på hvordan assistanse kan oppleves, til tross for infertilitet.

### **3.2 Ontologisk koreografi**

Inspirert av Science and Technology Studies (STS) og feministisk teori, foretar Charis Thompson (2005) etnografiske analyser av fertilitetsklinikker og konkluderte med at assistert reproduksjon ikke bare skaper barn, men også foreldre. *Ontologisk koreografi* brukes for å beskrive hvordan foreldre skapes på klinikkene, og defineres som ”the dynamic coordination of the technical, scientific, kinship, gender, emotional, legal, political, and financial aspects of ART clinics” (Thompson 2005: 8). Dette vil si at assistert reproduksjon inngår i større, komplekse meningssystemer omkring reproduksjon og seksualitet. Ontologi viser til noe eksistensielt og grunnleggende, mens koreografi viser til noe som gjøres. Klinikken legger opp til en koreografi for hva som kreves og forventes av de ansatte og pasientene (Thompson 2005). Denne koreografien skapes i interaksjonene mellom menneskene på klinikkene, den er sosialt konstruert. I denne oppgaven brukes ontologisk koreografi som et begrep for å fange inn det sosiale som foregår på klinikkene, og tolkes som en slags oppskrift for hva menn og kvinner forventes å gjøre. De må handle på en strategisk måte for å innfri disse forventningene og for å nærme seg foreldreskap, noe som igjen kan føre til at koreografien endres.

Stine Adrian (2006: 103) utvikler begrepet *følelseskoreografi*, som ”skaber rum til at forstå de følelser, der er koblet til de eksisterende diskurser, der skaber normer for, hvordan en familie bør se ud”. Følelser som koreografi er både inspirert av Thompsons (2005) begrep ontologisk koreografi og Arlie R. Hochschilds (2003: 94) begrep *følelsesarbeid*. Hochschild (2003: 17) definerer følelser på følgende måte

[...] a sense, like the sense of hearing or sight. In a general way, we experience it when bodily sensations are joined with what we see or imagine. Like the sense of hearing, emotion communicates information. It has, as Freud said of anxiety, a 'signal function'. From feeling we discover our own viewpoint of the world. We often say that we try to feel. But how can we do this? Feelings, I suggest, are not stored 'inside' us, and they are not independent of acts of management. Both the act of 'getting in touch with' feeling and the act of 'trying to' feel may become part of the process that makes the thing we get in touch with, or the thing we manage, into a feeling or emotion. In managing feeling, we contribute to the creation of it.

Følelser er ikke noe som lagres og hentes frem, men heller noe som utvikles og bearbeides i samspill med andre individer (Adrian 2006; Hochschild 2003). Følelsesarbeid kan dermed forstås som performative praksiser som legger opp til en bestemt koreografi, hvor noen følelser blir ansett som "riktige" å føle. Dette kommer til uttrykk i praksis, for eksempel når ansatte møter pasienter i klinikkens lokaler. Adrian (2006: 105) hevder at følelsesarbeid er "en av de former for følelseskoreografering, der kan finne sted under skabelsene af æg, sæd og embryoer på sædbanker og inseminations- og fertilitetsklinikker." Dette er relevant for min studie, fordi klinikkansatte kan bevisst eller ubevisst oppføre seg på bestemte måter i møte med par. Med andre ord kan klinikkansatte *koreografere* maskulinitet eller femininitet, både via hva de gjør og sier. I min studie kan følelseskoreografi benyttes for si noe om hvordan man forventer at menn skal føle eller ikke føle seg (Adrian 2006).

### 3.3 Å gjøre kjønn

Inspirert av West og Zimmerman (1987) sin forståelse av kjønn som *doing gender*, tar jeg i denne oppgaven utgangspunkt i kjønn som noe man *gjør*, ikke noe man *er*. De hevder at "gender is not a set of traits, nor a variable, nor a role, but the product of social doings of some sort" og at "gender itself is constituted through interaction" (West & Zimmerman 1987: 129). Dette vil si at kjønn forstås som mer enn biologiske forskjeller mellom en mann og en kvinne. Kjønn konstrueres i sosial interaksjon, og er avhengig av kontekstene disse individene befinner seg i. West og Zimmermans (1987) forståelse av kjønn bygger på tre konsepter, som til sammen kan bidra til å forstå hva det vil si å være kjønnete individer i et samfunn. *Sex* eller *biologisk kjønn*, vil si at individer klassifiseres som mann og kvinne på bakgrunn av biologiske kriterier, for eksempel hva slags kjønnsorgan de ble født med. Kjønn som *sex category* eller *kjønnskategori* tilskrives ved fødselen og gjennom oppveksten, og som man senere kan identifisere seg med. Hvis man føler seg som gutt, er mann gutt. Dette er ikke

nødvendigvis knyttet til biologiske kriterier, og slik er sex og sex category uavhengig av hverandre (West & Zimmerman 1987). *Gender* eller *sosialt kjønn*, vil si at man handler i samsvar med de normative forventningene for hva som er ”riktig” å gjøre som mann eller kvinne. Hvis handlingene strider mot disse, vil de bryte med normene for maskulinitet og femininitet.

### 3.4 Hegemonisk maskulinitet

Teorien om hegemonisk maskulinitet brukes i denne oppgaven til å forstå dominante former for maskulinitet som infertile menn må forholde seg til i møte med assistert reproduksjon. Raewyn Connell (2005) er en sentral teoretiker innenfor maskulinitetsteori. *Hegemonisk maskulinitet* brukes om en bestemt gruppe menn som representerer en idealistisk forståelse av en hva en mann skal være, noe som opprinnelig springer ut fra en patriarkalsk forståelse av menn som dominerende over kvinner (Connell 2005). Det er ofte en sammenheng mellom hegemonisk maskulinitet og hva som regnes som maskulint i et bestemt samfunn, men det kan også finnes flere former for hegemonisk maskulinitet. I stedet for å snakke om maskulinitet som en statisk egenskap som er lik for alle menn, snakker hun om maskuliniteter i flertall.

Videre sier hun at “we must recognize the *relations* between different kinds of masculinity: Relations of alliance, dominance, and subordination” (Connell 2005: 37). Inspirert av Antonio Gramsci sitt begrep om *hegemoni*, utvikler Connell (2005) en hierarkisk modell og identifiserer fire former for maskuliniteter som forholder seg til hverandre. Øverst står *hegemonisk* maskulinitet, som dominerer over de andre maskulinitetene. Hegemonisk maskulinitet skiller seg fra de disse ved at den er normativ og stadfester et ideal for alle menn. Selv om idealene kan variere på tvers av kulturer, har de noen fellestrekk som blant annet omfatter selvkontroll og dominans, fysisk styrke og virilitet, samt emosjonell løsrivelse (Connell 2000; Gannon, Glover & Abel 2004; Millington & Wilson 2010). Mange menn respekterer de hegemoniske idealene og vil leve opp til disse, men slike idealer kan være vanskelig å forholde seg til hvis man for eksempel er infertil. Infertile menn befinner seg i en ny kontekst, hvor idealene kan virke urealistiske og uopnåelige, som videre kan utfordre deres maskuline identitet (Barnes 2014).

I denne oppgaven brukes *maskulinitet* som analytisk begrep for å forstå hva infertile *gjør* som menn for å bli assisterte fedre. Det være seg hva de gjør som menn på klinikkene og hjemme,

samt hvordan de snakker om hva det vil si å være mann. Hva menn gjør som menn kan ta flere former avhengig av kontekstene, noe hentyder at maskulinitet er et flertydig begrep. Hva som regnes som maskulint kan variere på tvers av tid og rom, samt mellom sosiale grupper og over individuelle livsløp (Barnes 2014).

### 3.5 Fremvoksende maskuliniteter

Flere forskere kritiserer hegemonisk maskulinitet for å være en statisk teori (Barnes 2014; Elliott 2015; Inhorn 2012; Lorentzen 2012), også Connell og Messerschmidt (2005: 830), som påpeker at ”if the concept proves still useful, it must be formulated in contemporary terms.” Selv om Connells (2005) teori om hegemonisk maskulinitet kan brukes til å sammenligne menn og deres sosiale posisjoner i en bestemt historisk kontekst, sier den ikke noe om endringene i maskulinitet som kan oppstå i individuelle livsløp. Eksempelvis kan teknologiske endringer utfordre menn til å gjøre maskulinitet på en annen måte. Inhorn (2012) utvikler en teori som både tar for seg hierarkiske forhold blant menn og mellom menn og kvinner, samt forholdene mellom de ulike maskulinitetene som kan gjøres i et livsløp. Dette er viktig fordi ”men enact manhood in different ways from moment to moment, as they move through the different social contexts that form their daily lives” (Inhorn 2012: 31). I boka *The New Arab Man* retter hun fokus mot infertile menn i Midtøsten, og utforsker stereotypiene som finnes blant arabiske menn, samt ser nærmere på måtene de gjør maskulinitet. Mennene i hennes studie var infertile og befant seg i en ny, teknologisk kontekst.

Inspirert av Connells (2005) teori om hegemonisk maskulinitet og Raymond Williams (1978) begrep *emergence*, utvikles begrepet *emergent masculinities*, som jeg foretrekker å oversette til *fremvoksende maskuliniteter* (Inhorn 2012; Inhorn & Wentzell 2011). Emergence viser til noe som endres eller vokser frem, og mer spesifikt omhandler dette at ”new meanings and values, new practices, new relationships and kinds of relationships are continually being created” (Williams 1978: 123). Hegemonisk maskulinitet fanger ikke måtene infertile menn gjør maskulinitet, fordi hegemoni tar for seg det dominante og idealistiske, mens det fremvoksende retter fokus mot det nye og transformative. Fremvoksende maskuliniteter tar for seg ”new understandings and practices of manhood, involving change over the male life course, generations, and social history, and involving men in a variety of transformative social processes” (Inhorn, Chavkin & Navarro 2014: 9). Dagens infertile menn har flere muligheter til å bli fedre, noe som gjør at de befinner seg på nye steder og her gjøres maskulinitet på nye



måter. En fremvoksende maskulinitet gjøres i møte med nye medisinske teknologier (Inhorn 2012; Inhorn & Wentzell 2011).

### 3.6 Teoretisk inspirerte analyse spørsmål

Så langt i dette kapitlet har jeg presentert teori. Dette har jeg tatt utgangspunkt i for å formulere tre analyse spørsmål, ett til hvert analysekapittel. Dette presenteres i en modell, hvor jeg også redegjør for hvordan analysekapitlene bygges opp. Mitt empiriske materiale styrer hva analysekapitlene handler om, mens analyse spørsmålene avgrensner oppgavens fokus. I analysekapitlene presenteres funn, som så diskuteres i lys av oppgavens teoretiske rammeverk. De to første analysekapitlene tar for seg assistert farskap som *biografisk prosess*, før jeg sier noe om hvilke konsekvenser dette har for (re)konstruksjon av maskulinitet.

#### *Modell for å analysere assistert farskap*

##### Fase 1: Infertilitet som biografisk avbrytelse

---

De fleste menn forventer å bli fedre, noe som kan være en konsekvens av de normative forventningene i samfunnet, som sier at barn er noe man bør ønske seg. I tillegg til dette finnes det en flora av forskningslitteratur om fedre, og de er i stor grad synlige i det norske samfunnet. Fokus i denne oppgaven er på infertile menn, som ønsker å leve opp til disse normative forventningene, men utfordres av infertilitet. I første analysekapittel utforsker jeg hva som skjer eller ikke skjer når infertilitet sniker seg inn i livene til mennene, og hvordan de opplever dette. Inspirert av Bury (1982) utforsker jeg infertilitet som biografisk avbrytelse, og følgende analyse spørsmål stilles:

#### *Hvordan kan infertilitet oppleves som biografisk avbrytelse?*

*Biografisk avbrytelse* brukes aktivt gjennom hele kapitlet for å si noe om infertilitet som prosess. Først tar jeg for meg a) hvordan infertilitet oppleves som en avbrytelse i mennenes liv. Deretter gjør jeg rede for b) hva en slik avbrytelse består av, samt c) hvilke sosiale konsekvenser dette fører med seg.

Menn er underbelyste i kvalitativ forskning som tar for seg møtene mellom pasient og klinikk. I kapittel 6 utforsker jeg hva mennene opplevde i møte med klinikkene, hvor sentrale stikkord er assistanse, teknologi og kropp. Med utgangspunkt i Ingeborg Grønnings (2014) begrep *biografiske opprykk*, er jeg nysgjerrig på hvordan mennene opplever assistanse i møte med klinikkene, og stiller følgende spørsmål:

*Hvordan kan assistanse oppleves som biografisk fortsettelse?*

*Biografisk fortsettelse* brukes som begrep for å si noe om a) et skift fra avbrytelse til fortsettelse, hvor klinikkene er viktige pådrivere. På klinikkene introduseres menn for reproduksjonsteknologi og får hjelp til å bli fedre. Her er jeg interessert i b) møtene mellom teknologi og kropp, som eksempelvis består av å avlegge og levere sædprøve, samt fremvisning av resultatet på en skjerm i klinikkens lokaler. Til slutt redegjør jeg for konsekvensene av en slik fortsettelse for mennenes sexliv.

Konsekvensene av fase 1 og 2: (Re)konstruksjon av maskuliniteter

---

Som vist i dette kapitlet er maskulinitet og farskap sosialt konstruert. Dette betyr at det å være mann og far er noe man *gjør* i interaksjon med andre. Når livene til menn avbrytes av infertilitet, tvinges menn til å rekonstruere sin maskuline identitet. I min studie forstås maskulinitet som en gjennomgående konstruksjon fra menn er infertile til de blir assisterte fedre. Inspirert av maskulinitetsteori (Connell 2000, 2005; Inhorn 2012) og doing gender (West & Zimmerman 1987), ønsker jeg å besvare følgende analyse spørsmål:

*Hvordan (re)konstrueres maskulinitet i forbindelse med assistert farskap?*

Her er jeg både interessert i hvordan kjønn og maskulinitet forstås av klinikkansatte og hvordan mennene gjør maskulinitet i assistert reproduksjon. Først a) diskuteres hvordan mennene kom til kort som menn, før jeg gjør rede for b) følelsene som oppstod under behandlingsprosessene. Til slutt c) beskriver jeg hva mennene gjorde som menn for å bli assisterte fedre. I dette kapitlet brukes ekspertintervjuene til å påpeke at klinikkansatte legger opp til en koreografi for hvordan menn forventes å gjøre kjønn.



## 4. Forskningsprosess: Fra start til slutt

I dette kapitlet diskuteres metodevalgene jeg har foretatt, samt konsekvensene av disse for oppgavens struktur. Først presenteres studiens forskningsdesign og hvilke valg jeg har tatt for å komme fram til dette. Disse valgene kobles direkte til oppgavens problemstilling, noe som gjør min studie metodologisk harmonisk. Deretter redegjør jeg for utvalg og rekruttering, før jeg presenterer mitt empiriske materiale i detalj. Dette består av dybdeintervju med infertile menn og feltarbeid. I tillegg til dette inkluderes dokumenter både i intervju og feltarbeid på to forskjellige måter. Vurderinger rundt etikk og kvalitet er noe jeg måtte ta stilling til fra start til slutt, og derfor er dette hensiktsmessig å diskutere og eksemplifisere gjennomgående i kapitlet. Avslutningsvis redegjør jeg for min analysestrategi, før jeg til slutt presenterer mennene i min studie.

### 4.1 Interaksjonistisk forskningsdesign

Formålet med min studie har vært å utforske menns erfaringer med infertilitet og assistert reproduksjon, og på grunn av dette valgte jeg et kvalitativt design. For å besvare oppgavens problemstilling, ville jeg snakke med menn som kunne uttale seg om temaet. Hvordan erfarer de å være infertile? Hva har assistert reproduksjon å si for erfaringene? Jeg brukte derfor dybdeintervju som forskningsmetode for å få frem stemmene til mennene, noe som ga meg en dypere forståelse av erfaringene deres. En fordel med dybdeintervju er at man kan gå grundigere til verks, og gjennom både tale og kroppsspråk kan man få innblikk i tankene og følelsene til informantene (Turner 2010). Dette er i mindre grad mulig i kvantitativ forskning (Silverman 2011).

Videre tok jeg hensyn til at mennenes erfaringer er knyttet til og formes av omgivelsene de befinner seg i, og jeg ville derfor bli kjent med feltet som skulle studeres, deriblant steder og mennesker som de møter i assistert reproduksjon. I 1995 lanserte sosialantropolog George E. Marcus et nytt begrep, *multi-sited ethnography* eller *flerstedsetnografi*, som viser til hvordan etnografisk feltarbeid kan gjøres på flere *sites* eller *steder*. Marcus (1995: 105) påpeker at

Multi-sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions, or juxtapositions of locations in which the ethnographer establishes some form of literal, physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of the ethnography.

Inspirert av *flerstedsetnografi*, ble jeg nysgjerrig på hvilke kontekstuelle rammer som var gjeldende og potensielt kunne påvirke mennene, samt hva dette hadde å si for erfaringene deres. Et *sted* trenger ikke nødvendigvis å defineres geografisk, men som forsker må man være fysisk til stede. Man ser etter mønstre eller en sammenheng mellom de forskjellige *stedene*, som støtter en overgripende strategi. Slik bygger min studie på et *interaksjonistisk forskningsdesign* (Mik-Meyer & Järvinen 2005), hvor jeg tok for meg fire steder for å si noe om ett fenomen – mannlig infertilitet. Intervjuene med menn utgjør et *hovedsted* i min studie, og blir mest vektlagt i oppgavens analyse. I tillegg til dette inkluderte jeg ekspertintervju, omvisninger på klinikker og dokumenter.

Fertilitetsklinikken er et sted som infertile menn må forholde seg til for å bli assisterte fedre, noe som gjorde intervju med eksperter<sup>4</sup> på feltet relevant, som viser til et annet *sted* i min studie. For å få en bedre forståelse av hva infertile menn må gå gjennom i et behandlingsforløp, tok jeg kontakt med fertilitetsklinikkene i Trondheim, både for å høre om noen ansatte var interesserte i å stille til intervju, samt for å hjelpe meg med å rekruttere menn. Før jeg besøkte klinikkene spurte jeg om å få en omvisning i lokalene, noe som svarer til et tredje *sted* i min studie. Dette var nyttig for å forstå hva klinikkansatte arbeider med og hva menn møter når de går rundt på klinikkene. Før mitt feltarbeid på klinikkene, tok jeg kontakt med Ønskebarn<sup>5</sup> for å få kunnskap om deres arbeid med og for ufrivillig barnløse. Av Ønskebarn fikk jeg tips om å snakke med andre som kunne uttale seg om dette, eksempelvis terapeuter som ofte arbeider tettere på infertile par. Jeg ringte til en rekke terapeuter, og endte opp med å intervju to av disse.

Informasjon om infertilitet er noe mennene kan møte på klinikkene, både via samtaler med klinikkansatte og brosjyrer på venterom. Som et fjerde *sted*, leste jeg en rekke offentlig tilgjengelige dokumenter om infertilitet for å få et overblikk over feltet. Deler av dette ble

---

<sup>4</sup> Med eksperter mener jeg personer som arbeider med og har kunnskap om assistert befruktning, og som i sin arbeidshverdag har kontakt med infertile menn.

<sup>5</sup> Ønskebarn, også kalt Norsk forening for fertilitet og barnløshet, er eneste interesseorganisasjon for og med mennesker som strever med å få barn i Norge. Formålet til organisasjonen er å være talerør og støttespiller for ufrivillig barnløse. De arbeider også for å fremme opplysning og forskning innenfor området barnløshet, samt at alle ufrivillig barnløse skal tilbys mest optimal behandling i offentlig regi.

brukt mer aktivt under intervjuene med menn. Dette kommer jeg tilbake til senere i dette kapitlet.

Å forske på forskjellige steder inviterer til å se et fenomen fra flere perspektiv, noe som fører til bedre oversikt og gjør at man kan forstå dette bedre. Inspirert av Kristin H. Spilker (2008) sin avhandling ville jeg ikke sammenligne alle stedene, men heller sammenstille dem for å få en dypere forståelse av mennenes erfaringer. Ved å gjøre dette kan ett sted tjene som en kontekst for et annet, som gjort i min studie. Selv om mitt forskningsdesign består av flere *steder*, endte jeg opp med å fokusere på hva menn erfarer, hvor feltarbeid bestående av ekspertintervju, omvisninger og dokumenter tjener som en kontekst rundt dette.

## 4.2 Utvalg og rekruttering

Som nevnt tidligere, foretok jeg intervju med både menn og eksperter, hvor mennene utgjør hovedinformantene i min studie. For å avgrense disse to informantgruppene, gjorde jeg *strategiske utvalg* (Tjora 2012: 145). Jeg satte flere kriterier som de måtte oppfylle for å kunne stille til intervju, og slik sikret jeg at informantene var relevante for å besvare oppgavens problemstilling. For hovedinformantene var kriteriene a) at de skulle være menn, som b) opplevde infertilitet og c) hadde til hensikt, var i gang med eller hadde tatt i bruk assistert befruktning i Norge. Jeg satte ikke strenge krav til infertilitet, fordi dette er et omfattende og vandrende fenomen, som kan oppleves forskjellig avhengig av kontekst. Så lenge mennene hadde nedsatt sædkvalitet, kunne de delta i min studie. Dette inkluderer både a) menn i et parforhold hvor han har nedsatt sædkvalitet og hun er fertil, b) menn i parforhold hvor begge har fertilitetsproblemer, samt c) menn i parforhold hvor han har nedsatt sædkvalitet, mens andre årsaker er uvisst.

Til slutt endte jeg opp med fem menn fra 27 til 51 år. Alle mennene har fått pseudonymer, for ikke å bli gjenkjent i datafiler eller håndskrevne notater, og valgte å kalle mennene *Aksel*, *Daniel*, *Gard*, *Johan* og *Martin*. I tillegg til dette sier jeg ikke noe om deres bakgrunn, bosted eller andre opplysninger som kan gjøre dem gjenkjennelige. Jeg nevner heller ikke hvilken klinikk de har blitt behandlet på. Klinikkerne i Trondheim brukes som forskningssted, men mennene har erfaringer fra klinikker både i og utenfor Trondheim. I mange sitater nevnes andre personer, som også har fått pseudonymer. Med hensyn til oppgavens problemstilling, forsvant ikke viktig informasjon ved anonymisering av mennene, og dermed svekkes heller ikke oppgavens pålitelighet.

Selv om mennene måtte oppfylle bestemte kriterier for å delta i studien, er de unike og variasjon i utvalget er viktig å diskutere. Alle mennene hadde tatt i bruk assistert befruktning i Norge, men antall forsøk og om disse var vellykkede varierte. De hadde ulike grader av nedsatt sædkvalitet, både med hensyn til antall sædceller og hvordan de beveget seg. Noen av mennene visste at partneren også hadde fertilitetsproblemer, mens andre kun var klar over sin egen infertilitet. I tillegg til dette befant mennene seg på forskjellige steder i et behandlingsforløp på intervju tidspunktene, noe som kan avvike fra hvor de befinner seg i dag. Jeg anser alle disse variasjonene som en styrke ved min studie, fordi oppgavens formål ikke er en statistisk form for generalisering som i kvantitativ forskning (Tjora 2012). Mennene vil først og fremst representere seg selv, men kan samlet sett si noe mer generelt om mannlig infertilitet som fenomen.

Jeg satte også kriterier for ekspertene, som inkluderte at de a) måtte arbeide med og ha kunnskap om assistert befruktning og b) ha kontakt med par og/eller menn som opplever infertilitet. Med andre ord var de mennesker med ekspertkunnskap, som mennene kunne møte på og påvirkes av. Jeg inkluderte par som kriterium, fordi menn sjelden behandles alene, men som del av et par. Til slutt endte jeg opp med ni eksperter, bestående av seks klinikkansatte, to terapeuter og Ønskebarn. De klinikkansatte var henholdsvis én gynekolog, to bioingeniører og tre sykepleiere.

Rekruttering av informantene begynte etter at studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)<sup>6</sup>, og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD)<sup>7</sup>. For å få tak i mennene tok jeg kontakt med klinikkene og spurte om de ville plassere informasjonsskriv<sup>8</sup> på venterom, noe alle gjorde. I tillegg til dette ville en av klinikkene dele ut skriv til aktuelle kandidater ansikt-til-ansikt. Etter å ha besøkt en av de andre klinikkene, fikk jeg inntrykk av at de også delte ut til aktuelle kandidater. Dette hadde jeg ikke full kontroll over, men jeg påpekte at menn måtte ta direkte kontakt med meg hvis de var interesserte i å delta.

I tillegg til klinikkene brukte jeg andre kanaler for å rekruttere menn, eksempelvis via Ønskebarns medlemsblad og Internettforum, samt i det mailbaserte nyhetsbrevet til Medicus.

---

<sup>6</sup> Se appendiks 1.

<sup>7</sup> Se appendiks 2.

<sup>8</sup> Se appendiks 3.

Jeg har også fortalt om masteroppgavens tema og behovet for informanter i uformelle settinger. Dette førte i enkelte tilfeller til at jeg kom i kontakt med flere potensielle informanter, enten ved at mine kontakter kjente noen, eller kjente noen som videre kjente noen. I disse tilfellene ga jeg mine bekjente informasjonsskriv og spurte om de ville videreformidle disse. Også her var jeg tydelig på at mennene skulle ta direkte kontakt med meg hvis de ville delta. Mennene i min studie ble rekruttert via ulike kanaler, hvorav to gjennom klinikkene og tre gjennom bekjente.

Av tidligere forskning jeg har lest, har de fleste rekruttert gjennom klinikker og lignende. Ifølge Liberty W. Barnes (2014: 119) er infertile menn vanskelig å rekruttere, fordi de befinner seg i en sårbar situasjon. Infertilitet handler om noe intimt og privat som kan være vanskelig å snakke om, særlig for de som har fått negative tilbakemeldinger. Kanskje hadde jeg fått flere informanter hvis jeg aktivt hadde spurt menn inne på klinikkene, slik Barnes (2014) gjorde i sin studie, men det er flere etiske utfordringer med slik *venteromsrekruttering*. For det første kan mennene føle et press til å delta, hvis de konfronteres med dette uten forvarsel. For det andre kan de få en vanskelig beskjed, og vil komme seg bort fra klinikken så raskt som mulig. Mennene jeg intervjuet ga uttrykk for at de ville forlate klinikken så fort som mulig etter levering av sædprøve. Det kan derfor tenkes at rekruttering gjennom klinikkene ikke er den beste måten å rekruttere på, og at man heller burde oppsøke mennene andre steder. Kanskje hadde jeg fått flere informanter ved å rekruttere via sosiale medier, men dette unngikk jeg, fordi det er snakk om et sensitivt og privat tema.

For å rekruttere ekspertene, ringte jeg til Ønskebarn og en rekke terapeuter, for å høre om de var interesserte i å delta i min studie. Deretter ringte jeg til klinikkene for å høre om noen ansatte ville snakke med meg. To av klinikkene ville at jeg skulle komme og presentere studien min, noe jeg gledelig gjorde. Da hadde klinikkansatte mulighet til å stille meg spørsmål og vi avtalte at jeg skulle komme tilbake på et senere tidspunkt. En tredje klinikk sa at de ville sende ut mail til alle ansatte med mitt informasjonsskriv<sup>9</sup>, slik at de ansatte selv kunne ta kontakt hvis de ønsket å delta. Ingen av de klinikkansatte i min studie tok direkte kontakt med meg, men ble spurt av kontaktpersonene for hver klinikk, noe som potensielt kunne føre til at de ansatte følte press på å delta i studien. Da jeg intervjuet ansatte la jeg merke til at noen var mer forberedte på intervju enn andre. Altså, at enkelte hadde akseptert

---

<sup>9</sup> Se appendiks 4.

intervjuforespørselen i god tid, mens andre kort tid før intervjutidspunktet. De sistnevnte informantene ville høre mer om prosjektet før intervjustart, så jeg foretok en grundigere presentasjon av meg selv og prosjektet og fortalte at det var frivillig å delta og deres identitet ble anonymisert. Dette måtte være på plass før de skrev under på samtykkeerklæring. Jeg opplevde at liten tid mellom forespørsel og intervjutidspunkt var fordelaktig med tanke på at de klinikkansatte ikke på forhånd hadde gjort seg noen tanker om hvordan intervjuet ville bli og hva de skulle svare på.

### **4.3 Intervju med infertile menn**

Her vil jeg ta for meg intervjuene med infertile menn fra forberedelse til gjennomføring. Først beskrives hva jeg gjorde før intervjuene fant sted, inkludert utforming av intervjuguide og bruk av stimulumateriale. Deretter forklarer jeg hvordan intervjuene foregikk i praksis, samt om min rolle som intervjuer.

#### *Intervjuguide*

*Narrativ metode* var en inspirasjonskilde i forbindelse med utforming av intervjuguide og analyse av intervjuene, noe som senere fikk konsekvenser for oppbygging av analysekapitlene. Jeg forstår narrativ som synonymt med fortelling eller historie, som har en helhet og må forstås i lys av dette (Riessman 2008).

I intervjuets første del ville jeg fange opp narrative til mennene. Det er noe performativt ved narrativ, fordi man ofte iscenesetter seg selv gjennom disse. Narrative til mennene var strategiske, fordi de inviterte meg til å se infertilitet fra deres perspektiv. Ifølge Catherine K. Riessman (2008: 193) er narrative studier kontekstavhengige, som vil si at de ikke kan generere universelle resultater. Nye narrativ produseres i nye kontekster. Som nevnt tidligere er ikke dette et formål med min studie. Mine funn kan på ingen måte forventes å være dekkende for alle infertile menn, men er et bidrag til reproduktiv forskning i Norge.

I det som følger vil jeg gå gjennom hva jeg la vekt på i oppbygging av intervjuguiden<sup>10</sup> som ble brukt under intervjuene med infertile menn. Jeg forsøkte å finne en god balanse mellom fleksibilitet og struktur. Ifølge Bill Gilham (2005: 70) gir fleksibilitet større plass til hver enkelt informant og deres perspektiv, mens struktur hindrer at jeg som intervjuer ender opp

---

<sup>10</sup> Se appendiks 5.



med totalt forskjellige intervju. Intervjuguiden var todelt, hvor første del var mer fleksibel. Her formulerte jeg åpne spørsmål for å unngå å styre informantenes svar, men noterte også oppfølgingsspørsmål og noen spørsmål om tema jeg var nysgjerrig på. Jeg ønsket å vite noe om a) deres livssituasjon, samt hvordan de b) erfarte infertilitet og c) opplevde assistert reproduksjon. Andre del var mer strukturert, hvor jeg presenterte såkalt stimulumateriale for å bringe frem minner og assosiasjoner hos mennene.

For å få frem narrativene til mennene var det viktig at spørsmålene var åpne (Kvale & Brinkmann 2015). Selv om jeg ikke har spurt direkte etter narrativ, har jeg stilt spørsmål for å fange opp disse, eksempelvis ”kan du fortelle om dine erfaringer med infertilitet?” Ved å stille åpne spørsmål fikk informantene mye spillerom til å bestemme hva de ville si og hvor i narrativene de ville begynne.

Inspirert av Pernille Faxe (2012) inkluderte jeg offentlig tilgjengelige dokumenter om infertilitet i intervjuguiden for mennene, som en måte å spørre inn til sårbare tema. På et senere tidspunkt inkluderte jeg nettsidene til klinikkene, fordi mennene nevnte at de ikke bare hadde lest brosjyrer og bøker, men de hadde også søkt mye på Internett. Som stimulumateriale<sup>11</sup> valgte jeg ut fem metaforer, fire bilder og to tekstutdrag som alle sa noe om hvordan assistert reproduksjon kan oppleves. Metaforene brukes ikke eksplisitt i alle brosjyrene, men uttrykkes på andre måter. For eksempel nevnes *emosjonell berg- og dalbane* eksplisitt i to av dokumentene, mens ett av bildene i boka viser et par som sitter i en berg- og dalbane. Flere kvalitative forskere beskriver metaforer som en nyttig strategi for å forstå fenomener i nytt lys (Carpenter 2008; Coffey & Atkinson 1996; Lakoff & Johnsen 1980). Tre av bildene illustrerer menn som skal avlegge sædprøve, og jeg var interessert i hvordan dette stemte overens med eller avvek fra deres erfaringer. Et annet bilde skulle få mennene til å snakke om sæddonasjon og biologisk opphav, men ingen av mennene hadde tatt stilling til dette. Dette ga likevel interessant informasjon om deres forståelse av farskap. Tekstutdragene sa også noe om hvordan assistert reproduksjon kan oppleves, hvor ett var skrevet av helsepersonell og det andre av en frustrert mann som selv hadde opplevd dette.

---

<sup>11</sup> Se tabell 4.4. i delkapittel 4.4.

## *Gjennomføring*

Før intervjuene kunne starte måtte jeg få samtykke fra samtlige av mennene, samt tillatelse til å bruke diktafon, slik at det skulle bli lettere for meg å analysere intervjuene (Dalen 2011).

Dette ga meg ordrette sitater, som bidro til å gjøre studien mer pålitelig. John W. Creswell (2014: 98) advarer mot å lure eller utnytte informantene til å delta på noe de ikke vet hva er, noe jeg unngikk ved å presentere meg selv og min studie. Her vektla jeg at det var frivillig å delta og at de ville få pseudonymer, slik at de ikke kunne gjenkjennes. De fikk også mulighet til å lese gjennom informasjonsskrivet på nytt før intervjuene. Jeg hadde skrevet en mal for hva jeg skulle si før intervjuene, denne ble tilpasset hver enkelt informant. Noen menn begynte å småprate før intervjuene, mens andre stilte spørsmål rundt hvem jeg var og hva jeg studerte.

Intervjuene ble gjennomført fra november 2015 til januar 2016. Valg av sted har stor betydning for hvor trygge informantene føler seg (Tjora 2012). Mennene fikk selv lov til å velge hvor intervjuene skulle foregå, slik at de skulle være mest mulig komfortable under intervjuene. I min studie var det snakk om intime tema, noe som kunne føre til at informantene hadde et ekstra behov for å føle seg trygg. To av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene, hvor vi fikk sitte og snakke uavbrutt i et privat rom. To andre intervju fant sted på kafé, noe mennene selv foreslo. Vi fant en rolig sitteplass, både for å hindre støy fra andre kafébesøkende og for å kunne sitte mer privat. Disse mennene så ikke ut til å bry seg om at vi satt på en kafé, med unntak av ett tilfelle hvor en kaféansatt kom bort for å vaske bordene rundt oss. Da tok vi en liten pause, før han fortsatte å snakke med en gang vi var ”alene” igjen. Bortsett fra dette, følte jeg at mennene hadde mye å si uavhengig av hvor intervjuene foregikk.

Av praktiske grunner foregikk et siste intervju hjemme hos meg, hvor jeg kunne skape en trygg ramme rundt intervjuet. Her oppstod det imidlertid et uforutsett problem, fordi mannens partner var tilstede. Jeg forsøkte å håndtere dette på best mulig måte, og forklarte at fokus i min studie var på menn, slik at jeg derfor ville snakke med han. Dette var de klar over, men han ville at hun skulle være tilstede i tilfelle hans hukommelse kom til kort. Man kan tenke seg at dette førte til at han skjulte noen ting for sin partner, men senere i intervjuet kom det frem at de ”*snakker jo om det stort sett hver dag*”, noe som kan tyde på at han følte at hun kunne få vite alt han sa. I tillegg til dette foreslo jeg at intervjuet kunne foregå ved spisebordet, mens hun kunne sitte i sofaen i samme rom. Dette synes de var greit. Jeg kan

telle på en hånd hvor mange ganger han henvendte seg til henne for å høre om alt han sa var riktig, noe som var i forbindelse med hvor mange forsøk de hadde gått gjennom og hvilken metode de hadde benyttet.

Under intervjuene ville jeg legge til rette for en relativt fri samtale, som berørte noen spesifikke tema som jeg hadde satt på forhånd. Noen av mennene hadde mye på hjertet fra start, mens andre var fāmælte til og begynne med. Jeg stilte åpne spørsmål og lot informantene snakke fritt, noe som førte til mange gode og lange svar. Som en konsekvens av at jeg stilte åpne spørsmål, ble intervjuguiden en slags *fleksibel huskelapp*, heller enn en fast oppskrift. Den ble utgangspunkt for en samtale, og fungerte som en påminnelse om noen punkter jeg ville at samtalen skulle ta for seg. Det viste seg imidlertid at mennene ofte begynte å snakke om disse punktene før jeg i det hele tatt rakk å stille dem spørsmål, eksempelvis om deres sexliv.

Som mange andre opplevde jeg at intervjuene tok uforutsigbare vendinger, og at en setning eller digresjon kunne lede til mange oppfølgingsspørsmål (Silverman 2011). Intervjuene ble tilpasset hvert enkelt tilfelle, basert på hva mennene sa underveis. Dette medførte at de tok opp tema som jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd, men som var viktige for dem og dermed viste seg relevant for min studie. Her oppstod flere etiske dilemma, eksempelvis om jeg skulle la informanten snakke videre og vente med oppfølgingsspørsmål, eller om jeg skulle stille spørsmål og bryte opp svaret. Kom jeg til å gå glipp av viktig informasjon hvis jeg skapte et brudd? Kom jeg til å huske hva vi snakket om før bruddet? Det var vanskelig å spontant velge mellom å lytte og huske på hva jeg senere skulle spørre om, eller skape et brudd i det som ble fortalt. Jeg endte opp med å velge det førstnevnte, hvor jeg hørte på hva mennene sa og stilte oppfølgingsspørsmål i de lengre pausene i svarene. Et slikt spørsmål kunne være "*kan du utdype hva du mener med...?*" Det kunne også være fare for at mennene prøvde å svare "riktig" på spørsmålene og fremme ett bestemt narrativ. For å unngå dette, påpekte jeg at det ikke fantes fasitsvar og at de kunne besvare spørsmålene på sin egen måte.

I del to av intervjuene la jeg frem stimuliene på et bord, og ga mennene tid til å se på og lese disse, før jeg spurte om deres førsteinntrykk og om de kunne relatere seg til disse. De kjente seg igjen i noen stimuli, mens andre var noe de ikke hadde kjennskap til. Stimuliene fungerte som kreative verktøy for å få mennene til å reflektere og huske tilbake til noe de selv hadde erfart. Mitt mål var at de skulle fremkalle minner eller assosiasjoner hos mennene. Infertilitet er et intimt tema som knyttes til stigma, noe som kan medføre at menn ikke vil snakke om

dette (Hanna & Gough 2015). Dette var imidlertid ikke min opplevelse, fordi mennene i min studie tok opp sårbare tema lenge før stimuliene ble presentert. Dette førte til at de fungerte mer som en måte å utdype hva de tidligere hadde nevnt, noe som ga meg fyldigere og mer valid empiri.

Stimuliene fikk ikke bare mennene til å utdype private og intime tema, en slik intervjustrategi falt også i smak. De sa at dette var en interessant vri, eksempelvis sa Martin: *”Og så synes jeg det var litt artig med den her på slutten. Litt sånne bilder og sitater.”* Da mennene ga uttrykk for at de hadde sagt nok om hvert stimuli, leverte de det tilbake, for så å få et nytt. Jeg la også merke til at deres kroppsspråk endret seg da stimuliene ble presentert. De rakk frem hånden før jeg hadde funnet frem neste stimuli, noe jeg tolker som en indikasjon på at de synes at dette var spennende. Slik som Faxe (2012: 22) påpeker, fikk jeg en annen rolle som intervjuer, fordi stimuliene stilte spørsmålene. Mennene fokuserte mer på stimuliene enn på meg, og brukte dem aktivt ved å løfte dem opp eller peke på dem. Disse fungerte som en ressurs i intervjuene, fordi dette var noe mennene måtte forholde seg, og dermed slapp de å svare ”alene.” De fikk hjelp av stimuliene til å formidle svarene sine. Ved bruk av stimuli kunne jeg ikke styre mennene via spørsmål, samtidig var det jeg som hadde valgt dem ut. Hvis mennene selv hadde lest dokumentene og valgt ut stimuli, kunne de vært annerledes. Jeg tror uansett at en slik intervjustrategi har noe å by på i forskning på infertilitet blant menn, men også for sensitive tema mer generelt.

Intervjuene varte relativt lenge, det lengste i 2 timer og 15 minutter og det korteste i 1 time og 50 minutter. Jeg planla at de skulle vare mellom 1 og 1,5 time, men etter første intervju som ble betydelig lengre, fant jeg ut at dette var avhengig av hvor mye mennene hadde å si. Dette informerte jeg om i de neste intervjuene, slik at mennene var forberedt på at intervjuene kunne ta lenger tid, men til syvende og sist lot jeg dem få styre hvor lenge intervjuene varte. Samtidig tok jeg hensyn til at de lange intervjuene kunne være krevende, og innførte en pause eller to hvor vi eksempelvis kjøpte noe å drikke eller begynte å snakke om hverdagslige ting.

### *Forskerrolle*

Min rolle som forsker kan påvirke hva jeg så etter og fant i min studie. Eksempelvis er jeg veldig engasjert i oppgavens tema, noe som kan påvirke funnene mine – både i positiv og negativ forstand. Når man selv samler inn empiri, er det viktig å være bevisst på at man ikke kan være helt nøytral eller objektiv (Kvale & Brinkmann 2015). Forut for intervjuene leste jeg

om forskning på infertilitet og assistert reproduksjon for å få et innblikk i det jeg skulle studere. Dette kunne påvirke hva jeg spurte etter under intervjuene, og senere hva jeg så etter mens jeg analyserte dem. Å lese seg opp på feltet var også en ressurs. Dette ga meg en forståelse av hvor vanskelig det kan være å snakke om infertilitet, noe som var en av grunnene til at jeg valgte å stille åpne spørsmål.

Før intervjuene tenkte jeg at det ville bli vanskelig og krevende å få mennene til å snakke. Seksualitet handler om noe intimt og privat, og infertilitet knyttes ofte til stigma (Hanna & Gough 2015). Hvordan skulle jeg spørre om sex? Var ”infertilitet” et OK begrep å bruke? Hva med ”sæd”, var det greit å si? Dette ble imidlertid ikke problematisk, fordi mennene begynte å snakke om sex før jeg i det hele tatt rakk å stille spørsmål om dette. De hadde heller ikke noe imot infertilitet som begrep. De foretrakk å bruke andre ord enn sæd, eksempelvis sa Daniel at han *”synes det er litt greit å snakke om svømmere i stedet for sædceller, men det er sikkert fordi man ikke snakker om sædceller til daglig.”* Intervjuene var åpne og ekte, hvor mange intime og private tema ble lagt frem på en måte som fascinerte meg. Deres språk var detaljrikt og metaforisk. For noen stemmer disse mennene hadde! Dette har tidligere forskning sagt lite om. Videre tyder dette på at informantene var trygge under intervjuene og følte at de kunne dele sine erfaringer med meg. Etter et klinikkbesøk ble jeg anbefalt å stille direkte spørsmål til mennene, men jeg opplevde at de svarte like bra eller bedre på åpne spørsmål. Dette var en suksessoppskrift som fikk mennene til å snakke om tema de ikke hadde delt med mange andre. Noe av det de fortalte meg, hadde de ikke sagt til sin egen partner en gang.

At informantene pratet mye var en positiv overraskelse som gjorde at min rolle i intervjuene ble mindre, slik at stemmene til mennene kom i fokus. I narrative intervju er det viktig at man som intervjuer setter seg tilbake og lytter til hva informantene har å si (Kvale & Brinkmann 2015). Hvis man klarer å lytte, vil de gode spørsmålene komme av seg selv. Ved å innta en lyttende rolle, følte jeg at mennene lettere kunne innta en rolle som fortellere. Som en konsekvens av min rolle som lytter, fikk jeg gode og reflekterte svar, noe som igjen gjør min studie mer valid. Det kunne virke som en slags terapeutisk situasjon, hvor mennene betrodde seg til meg. Jeg gjorde dem interessante og viktige, slik at de opplevde å bli sett.

De lange intervjuene kan tyde på at mennene hadde behov for å snakke, og det å snakke med en fremmed viste seg å være en god måte å få utløp for tankene og følelsene de bar på. Jeg

tror at de hadde behov for å snakke med en nøytral part i et anonymt rom, slik at de kunne dele både gleder og sorger uten å bekymre seg over konsekvensene av dette. Svarene deres skulle brukes til forskning, noe de satt pris på og ville støtte. Dette ga de uttrykk for ved å si at de *”ville bidra”* til min studie og sånn sett *”hjelp”* andre menn i samme situasjon.

Under intervjuene foregikk en interaksjon mellom meg og mennene, hvor en rekke etiske hensyn meldte seg. Ingen av intervjuene var like med hensyn til hvordan og på hvilke tidspunkt spørsmål ble stilt, samt hvordan informantene reagerte på disse. Dette var noe jeg tenkte mye på – både før, under og i etterkant av intervjuene. I tillegg til dette var jeg bevisst på at jeg var en ung kvinne som intervjuet sårbare menn, og dette kunne påvirke hvordan mennene oppfattet meg (Thagaard 2013). Jeg opplevde at min rolle som kvinne var positiv, fordi jeg ikke fremstod som en fysisk trussel for mennene, men heller en person de kunne betro seg til. Da Aksel skulle snakke om å avlegge sædprøve sa han: *”Hvis jeg skal snakke konkret om akkurat det, så får du si ifra hvis du blir flau,”* noe som tyder på at han var bevisst på meg som en ung kvinne. Likevel ville han dele sine erfaringer med meg. Dette tolker jeg som at min alder og mitt kjønn ikke hadde stor betydning i intervjuene. Det kan også tenkes at han hadde snakket om dette før, og muligens ikke følte at det var like flaut å snakke om det.

#### **4.4 Feltarbeid som kontekst**

Her presenteres mitt feltarbeid, bestående av offentlig tilgjengelige dokumenter om infertilitet, ekspertintervju og omvisninger på fertilitetsklinikkene. Dette utgjør samlet sett en kontekst rundt erfaringene til mennene i min studie.

##### *Dokumenter*

Som en del av mitt feltarbeid, leste jeg en rekke dokumenter om infertilitet for å få et overblikk over feltet jeg skulle studere. I denne oppgaven brukes disse dokumentene som kontekst rundt erfaringene til mennene, noe som betyr at jeg ikke fortolker dokumentene i seg selv, men heller retter fokus mot hva de sier om infertilitet blant menn som fenomen. En fordel med å lese disse i forkant av intervjuene med mennene, var at jeg fikk en idé om hva det ville si å være infertil og hva de måtte gå gjennom for å bli fedre. Dette kom godt med under intervjuene, fordi jeg visste noe fra før av og kunne fokusere mer på erfaringene deres. Dokumentene hjalp også til med å forstå hva ekspertene sa, fordi jeg på forhånd hadde fått kjennskap til faguttrykk og forkortelser som de brukte under intervjuene.

Alle dokumentene var offentlig tilgjengelige, enten via Internett eller i venterom på klinikkene. Medlemsbladene fikk jeg tilgang til gjennom et møte med Ønskebarn, men hvem som helst kan bli medlem, så jeg anser disse også som offentlig tilgjengelige. I tabell 4.4 på neste side presenteres dokumentene jeg leste, samt hvor i dokumentene stimuliene ble hentet fra.

Antall	Dokument	Spesifisering	Stimulimateriale
4	Nettside	Ønskebarn, Medicus, Spiren Fertilitetsklinikk, Fertilitetsseksjonen ved St. Olavs Hospital	
7	Medlemsblad	Utgitt av Ønskebarn, norsk forening for fertilitet og barnløshet. Alle fire blader fra 2014 og tre fra 2015. Fokus på artikler om barnløshet og andre artikler om og rettet spesifikt mot menn, Tones spalte og leserinnlegg	<i>Gjøre-gravid-maskinen</i> , medlemsblad nr. 1 2015, side 20.  Tekstutdrag 1, medlemsblad nr. 3 2015, side 18.  <i>Emosjonell berg- og dalbane</i> , medlemsblad nr. 3 2015, side 17.
4	Brosjyre	”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, utgitt av MSD <sup>12</sup> i samarbeid med flere sykehus og klinikker. Inkluderer en historie fra en mann som har vært gjennom prøverørsbehandling.  ”Ufrivillig barnløs? Om sorg og omsorg”, utgitt av Ønskebarn.  ”Ufrivillig barnløs?”, utgitt av Merck Serono <sup>13</sup> i samarbeid med overlege Finn Forsdahl ved IVF-enheten, Universitetssykehuset i Nord-Norge.  ”Når ønsket om barn er størst i verden”, utgitt av MSD i samarbeid med en prosjektgruppe bestående av sykepleiere fra flere private og offentlige klinikker i Norge.	<i>Prøverørsmannen</i> , ”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, side 10.  Tekstutdrag 2, ”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, side 13.  <i>Emosjonell berg- og dalbane</i> , ”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, side 17.  <i>Maratonløp</i> , ”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, side 21.  De tre bildene som handler om å avlegge sædprøve er hentet fra ”Boken om mannen. Om mannlig infertilitet”, side 4, 7 og 9.

<sup>12</sup> Forskningsbasert farmasøytisk selskap som utvikler, produserer og markedsfører legemidler for mennesker og dyr.

<sup>13</sup> Farmasøytisk selskap som har utgitt informasjonsmateriell om infertilitet, deriblant brosjyren “Ufrivillig Barnløs?”

1	Bok	”Ole er laget av et magisk rompetroll” er en barnebok som tar sikte på å hjelpe foreldre med å fortelle om biologisk opphav, samt hjelpe helsepersonell til å veilede foreldre til donorbarn.	Bokens forside med tittel og et bilde som viser en gutt som holder en racerbil, hvor det sitter en sædcelle.  <i>Vanlig og magisk rompetroll.</i>
---	-----	---	---

*Tabell 4.4: Oversikt over dokumentene og stimulumateriale*

### *Ekspertintervju*

Ekspertintervjuene utgjorde en stor del av mitt feltarbeid, som også tjener som en kontekst rundt erfaringene til mennene. Jeg utformet en intervjuguide for klinikkansatte<sup>14</sup>, en annen for terapeutene<sup>15</sup> og en tredje for Ønskebarn<sup>16</sup>, fordi ekspertene varierte med hensyn til hvordan de arbeidet med infertile menn. Disse intervjuguidene var mer strukturerte, og bestod av tre sentrale deler. En del tok for seg ekspertenes arbeidshverdag, en annen del omhandlet deres møte med par og/eller menn, mens jeg i del tre ville høre mer spesifikt om temaene infertile menn og assistert reproduksjon. I tillegg til dette stilte jeg spontane oppfølgingsspørsmål på aktuelle steder. Alle ekspertintervjuene ble gjennomført i desember 2015.

Før intervjuene presenterte jeg meg selv og min studie, samt informerte om frivillig deltakelse og at de ville holdes anonyme, slik at de ikke kunne spores tilbake til sitt arbeidssted. Alle ekspertene ønsket å delta, og skrev under på et samtykkeklæringskjema. Jeg fikk også tillatelse til å bruke diktafon. Alle ekspertintervjuene foregikk på klinikkene og varte fra 25 til 50 minutter. Selv om intervjuguidene var strukturerte, lot jeg dem fortelle relativt fritt om sin egen arbeidshverdag, samtidig som min rolle under intervjuene var å holde fokus på hva jeg var interessert i. Alle ekspertene hadde en digresjon eller to, hvor jeg valgte å la dem snakke fordi de kunne si noe som var viktig for dem, som også ville være viktig i min studie.

Av praktiske grunner ble det nødvendig å gjennomføre intervjuene med terapeutene via telefon og Skype. Underskrift på samtykkeklæringskjema lot seg ikke gjøre over telefon eller Skype, så her har jeg fått muntlig samtykke fra dem, som jeg også skrev inn i transkripsjonene. Over telefon kan man ikke tolke informantens kroppsspråk, noe som kan gå utover flyt og dynamikk i en samtale (Tjora 2012). I Skype-intervjuet ble dette problemet

<sup>14</sup> Se appendiks 6.

<sup>15</sup> Se appendiks 7.

<sup>16</sup> Se appendiks 8.



løst ved at jeg så informanten, men her oppstod det teknisk ”støy” som førte til en kort avbrytelse. Til tross for dette følte jeg at intervjuene resulterte i gode svar. Hvis dette hadde vært et intervju med en infertil mann, hadde en slik avbrytelse vært mer problematisk, fordi temaene hadde vært mer private. I ekspertintervjuene var jeg imidlertid interessert i hva deres arbeid bestod av, og ikke noe annet.

### *Omvisninger*

En siste del av mitt feltarbeid bestod av omvisninger på klinikkene, hvor jeg fikk se hva klinikkansatte arbeidet med og hva mennene møtte på klinikkene. Under omvisningene ble jeg vist rundt og klinikkansatte forklarte hva som skjer på de ulike avdelingene. Mens jeg besøkte avdelingene, observerte jeg hva de klinikkansatte gjorde i sitt arbeid og hva de sa til hverandre. Med andre ord inntok jeg en interaktiv observasjonsrolle, hvor jeg kommuniserte med flere klinikkansatte underveis i omvisningene. Dette kan begrepsfestes som *dynamisk observasjon* (Tjora 2012: 61). På omvisningene fikk jeg blant annet se oppholdsrommene hvor de ansatte holdt til, i tillegg til diverse pasientrom, eksempelvis venterom og hvilerom, behandlingsrom og laboratorium, samt rom hvor menn avlegger sædprøve. Omvisningene ga meg en bedre forståelse av hva mennene går gjennom på en klinikk, samt de omfattende medisinske prosedyrene et par må gjennomgå.

Intervju ble foretatt før omvisningene, noe jeg opplevde som en fordel. For det første var dette i tråd med de klinikkansatte sine egne ønsker. For det andre unngikk jeg å bryte opp intervjuene. En tredje grunn var at jeg i intervjuene ble informert om deres arbeid i klinikkens lokaler, inkludert de ulike medisinske prosedyrene. Dette viste de til under omvisningene, for eksempel ved å forklare hvilke rom og teknologiske instrumenter de hadde nevnt tidligere.

Etter hver omvisning skrev jeg ned en enkel logg, hvor jeg satte ord på hva jeg hadde sett og hørt. Dette var en lite tidkrevende måte å skrive ned mine observasjoner på, og fungerte som en strategi for å huske omvisningene bedre. Jeg ville unngå å føre logg under omvisningene, fordi dette kan skape ”støy” for de observerte (Bjørndal 2011). Loggene varierte i detaljnivå, men alle bestod av korte setninger og stikkord. Her er et utdrag fra en av loggene:

Et stykke inn i klinikkens lokaler kom vi til et litt mer privat område. Et mer skjermet område. Blant annet mennene sitt rom, som de sa. Plassering av dette rommet var ikke tilfeldig. Minst trafikk utenfor. TV med pornofilmer. Pornoblader i skuffer. ”Vanlige” møbler og en vask. Mennene kan sette sædprøve inn i et varmeskap, slik at de slipper å gå rundt med den. De kan

gå når det passer for dem. Før måtte de avlegge prøven på et toalett, og det var mer lytt. Nå: Litt mer privat hotell enn offentlig sykehus. Annen stemning. Deretter ble jeg vist til hvilerommene. Her så jeg et av mine informasjonsskriv. Klinikken vil skape en annen følelse med disse rommene enn vanlige venterom. Som et lite hotellrom. Her foregår oppstartsamtaler med fokus på det mentale. Følelser og tanker. Dette var noe de anså som viktig.

#### **4.5 Analysestrategi: Mennenes stemmer**

Oppgavens analyse begynte allerede under intervjuene, hvor informantene tok opp interessante tema som jeg ville høre mer om. Etter hvert intervju noterte jeg noen stikkord rundt disse temaene, som jeg senere vendte tilbake til. Selv om jeg hadde lest meg opp på feltet, tok jeg utgangspunkt i hva mennene sa og lot dette styre hvilke tema som ble fokus i analysekapitlene. Med andre ord brukte jeg en *induktiv* analysestrategi, hvor intervjuene mine representerte grunnsteinene (Widerberg 2001). Videre vil jeg mer detaljert beskrive måtene jeg gikk frem for å analysere intervjuene med mennene, samt ekspertintervjuene. Til slutt sier jeg noe om konsekvensene av dette for oppbygging av analysekapitlene. Her redegjør jeg også for hva slags rolle resterende feltarbeid og stimulumateriale har i oppgavens analyse.

##### *Intervju med infertile menn*

Inspirert av *narrativ analyse* fortsatte jeg å analysere intervjuene med mennene ved å høre gjennom lydopptakene, slik at jeg kunne danne meg et bilde av historiene som helhet (Riessman 2008). På samme måte som det finnes mange ulike narrativ, finnes det også mange måter å analysere dem på. Ifølge Catherine K. Riessman (2008: 12) er et narrativ minste komponent i narrativ analyse, slik at man må være forsiktig med å dele opp og kode dette. Det var viktig for meg at hver historie skulle behandles med respekt og beholde sin stemme.

Videre skrev jeg ned alt mennene sa på et høyt detaljnivå, og oversatte deres dialekt til bokmål med hensyn til anonymitet. Alle navn og steder ble også utelatt fra transkripsjonene. Mens jeg transkriberte, skrev jeg også ned interessante tema. I tråd med narrativ analyse, valgte jeg å printe ut transkripsjonene og fargekode dem for hånd, slik at jeg unngikk å bryte opp historiene til mennene. Tidlig begynte det å forme seg noen tematiske mønstre, noe jeg anser som en form for koding som bevarer intervjuenes helhet. Noen av disse temaene ble lagt merke til allerede under gjennomføring av intervjuene.

Deretter plasserte jeg relevante sitater i nye dokumenter for hvert tema, før jeg foretok en selektiv gjennomlesning av intervjuene for å få en dypere forståelse av hvert tema. Noen ganger opplevde jeg at enkelte tema ikke hadde god nok støtte i intervjuene, som førte til at disse ikke fokuseres på i analysekapitlene. Eksempelvis viste *biologisk far* seg å være et mindre relevant tema, fordi mennene la mer vekt på det å bli far fremfor måtene de kunne bli dette på. Til slutt endte jeg opp med tre essensielle tematiske mønstre, som senere kom til å representere hvert sitt analysekapittel. Disse var kontinuitet, assistanse og kjønn.

Analysekapitlene inneholder mange sitater fra intervjuene med mennene, både for å vise at min studie er empirinær og for at andre kan etterprøve mine analytiske tolkninger. Dette gjør studien mer pålitelig. Intervjuene ga meg gode og detaljrike sitater, noe som gjorde at det var utfordrende å velge ut hvilke jeg skulle bruke i analysekapitlene. Analysespørsmålene ble til gjennom en dialog mellom empiri og teori, hvor jeg tok utgangspunkt i sitatene fra mennene og vurderte hvilken tidligere forskning og teori som kunne hjelpe meg med å belyse de tematiske mønstrene på en god måte. Videre renskrev jeg sitatene, for eksempel ved å utelate overflødige ord som ikke var relevante for å forstå hva mennene mente. Det bør også nevnes at de fleste sitatene er representative for mennene i min studie, men ikke for alle infertile menn.

### *Ekspertintervju*

Analysering av ekspertintervjuene startet også med å lytte gjennom og notere ned interessante tema, før jeg transkriberte intervjuene. På samme måte som intervjuene med mennene, ble transkripsjonene printet ut og fargekodet. Her brukte jeg mer strukturell koding, hvor jeg på forhånd bestemte meg for hva jeg skulle se etter, delvis fordi disse intervjuene fungerte som kontekst. Jeg gjorde en tematisk analyse basert på a) hva de sa om sin arbeidshverdag og b) hva de sa om menn. Dette markerte jeg med hver sin farge, før jeg leste gjennom intervjuene på nytt. Under andre gjennomlesning markerte jeg interessante tema med nye farger. Noen av disse samsvarte med tema jeg fant i intervjuene med mennene, deriblant kjønn. Jeg var lenge usikker på hva jeg skulle ta med videre fra disse intervjuene, og hvordan dette skulle brukes i analysekapitlene, men etter å ha lest *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies* av Charis Thompson (2005) og *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine, and Identity* av Liberty W. Barnes (2014), bestemte jeg meg for å lese gjennom intervjuene nok en gang og notere hva ekspertene sa om kjønn. Dette førte til en rekke interessante funn, som jeg ville ta med meg inn i analysekapitlene. Med fokus på kjønn

kunne jeg si noe om ekspertenes potensiale til å forme hva menn erfarer, noe som diskuteres i kapittel 7. I tillegg til dette inkluderte jeg ekspertintervjuene som kontekst i de to andre analysekapitlene, hvor dette var relevant.

#### 4.6 Presentasjon av mennene

I de neste tre kapitlene blir vi kjent med mennene i min studie. Før dette vil jeg i tabell 4.6 presentere hvem de er, hva de har gjennomgått, status for ”prosjekt barn” på intervjutidspunktet og relevant tilleggsinformasjon. Dette for at andre skal få mulighet til å forstå erfaringene deres bedre. I analysekapitlene presenteres ikke narrativene til mennene hver for seg, men kommer frem gjennom de tematiske mønstrene jeg identifiserte under analysing av intervjuene.

Navn	Metode	Antall forsøk	Status på intervjutidspunktet	Tilleggsinformasjon
Aksel	ICSI	9	Det var 16 dager til termin, og de ventet sitt første barn	
Daniel	ICSI	1	Etter mislykket forsøk, hadde de påbegynt andre forsøk	
Gard	ICSI	1	Har ett barn som ble til via samleie og ett barn som resultat av vellykket forsøk. De har jeg valgt å kalle <i>Fredrikke</i> og <i>Trym</i>	Operert for testikkelsykdom som tenåring
Johan	ICSI	12	Alle forsøk har vært mislykkede, med de hadde påbegynt trettende forsøk	Operert for tarmsykdom som tenåring
Martin	ICSI	1	Etter mislykket forsøk, hadde de påbegynt andre forsøk	

Tabell 4.6: Oversikt over mennene i min studie.



## 5. Farskap på vent

Dette kapitlet omhandler første fase i assistert farskap, hvor mennene fant ut at de var infertile. Selv om mennene opplevde infertilitet forskjellig, har jeg valgt ut sitatene som på best mulig måte sier noe felles. Inspirert av teoriene til Becker (1990, 1994, 1997, 2000, 2002) og Charmaz (1983, 1991), samt mer konkret anvendelse av Burys (1982, 1991) begrep *biografisk forstyrrelse*, søker jeg svar på følgende analyse spørsmål: *Hvordan kan infertilitet oppleves som biografisk avbrytelse?* For å strukturere kapitlet, gjør jeg først rede for a) hvordan infertilitet oppleves som en avbrytelse i livene til mennene. Deretter diskuteres b) hva en slik avbrytelse består av, samt c) konsekvensene dette har for sosialt liv.

### 5.1 Avbrytelse av forventet biografi

Da jeg og kona skulle begynne å prøve... Produsere avkom. Så hadde man jo liksom... Ja, man har sett film og man har hørt om andre som har hatt seg en 'one night stand,' og så er det jo umiddelbart en ungeflokk som kommer ut. Med en gang, liksom. Dropp prevensjon, så sitter du i det. Da er familien der, med en gang. Og da vi begynte med barneprøving, så ja... Det skjedde ikke noe da.

Noe som Martin forventet skulle skje, skjedde ikke. Han og kona hadde lagt vekk all prevensjon og gikk aktivt inn for å lage barn. Som vist i sitatet hadde han sett filmer og hørt fra bekjente at man får barn med en gang man slutter med prevensjon. Det kunne virke som at alle andre fikk barn, både de som planla dette og de som tilfeldigvis ble gravide. Martin hadde derfor en forventning om at deres prøveperiode også ville resultere i barn, men dette viste seg å bli vanskeligere enn forventet. Dette er et fellestrekk ved mennene i min studie. De prøvde aktivt å få barn "*uten noe resultat*," som Aksel sa. Daniel og kona ble gravide, men "*det ble spontanabort med en gang*." Noe ble brutt, og gikk ikke som forventet. Dette kan begrepsfestes som *biografisk avbrytelse*, hvor infertilitet snek seg inn i mennenes liv og brøt med forventningene til hvordan livet skulle arte seg (Bury 1982). Det er snakk hva mennene forventet at skulle skje på bakgrunn av normene om å få barn i samfunnet, og spørsmålet om infertilitet ble først relevant når befant seg i en samlivssituasjon som krevde fertilitet (Dommermuth et al. 2015).

"Barneprøving" er et interessant begrep som Martin brukte om en bestemt periode, hvor han og kona hadde ubeskyttet samleie med mål om å bli gravide. Det å prøve å få barn, er ikke nødvendigvis det samme som å reproducere seg. Sånn sett er "barneprøving" et mindre

teknisk begrep enn ”reproduksjon”, og har mer å gjøre med det funksjonelle enn det kroppslige. For Martin var infertilitet mer en biografisk enn en kroppslig avbrytelse, hvor hans kropp var et middel for å oppnå et større mål. Nemlig det å bli far.

Martin refererte også til å ”produsere avkom”, noe som viser til et mer mekanisk språk. Dette brukes ofte for å bekrefte maskulin identitet, fordi ”it invokes movement, action, production, and progress, which are masculine and empowering” (Barnes 2014: 63). Mennene i min studie brukte mekanisk språk for å sette ord på hva som skjedde under prøveperiodene, eksempelvis Aksel som sa at *”begge hadde litt rusk i forgasseren.”* Martin fortalte om hans rolle som mann på følgende måte: *”Man kan kanskje sammenligne det med å installere et program på en datamaskin. Sette inn en CD-ROM eller en minnepinne, og så installerer du noe. Sånn er det å være mann.”* Ved bruk av mekanisk språk omtales menn som installatører og produsenter av barn, noe mennene i min studie ikke var i stand til å gjøre. Deres maskineri fungerte ikke som det skulle, noe som igjen førte til at produksjonen stoppet opp. Det er imidlertid viktig å påpeke at mennenes fokus var på produktet og ikke selve produksjonen. Ifølge Becker (1997) knyttes fertilitet til produktivitet og utvikling, og kontinuitet som en følge av dette. Hvis man ikke får barn, stopper utviklingen opp og setter livsløpets kontinuitet på vent.

Infertilitet som biografisk avbrytelse utfordrer noe som før ble tatt for gitt om fertilitet og foreldreskap, slik at par tvinges til å revurdere forventningene de har til barn og familieliv (Becker 2000). Videre fortalte Martin at *”man har jo en forventning om det som kan komme... Og hvordan det skal bli. Og ja, kanskje man har ordnet noen klær og skal pusse opp et rom og sånne ting.”* Dette tyder på at det å bli far var en viktig del av hans fremtidige biografi. Det kunne virke som at Martin allerede hadde kjøpt inn barneklær og hadde planer om å pusse opp et barnerom. Han hadde forberedt seg godt og var klar for å bli far, noe som førte til at han kjente på en skuffelse da dette ikke skjedde. Dette kan mer spesifikt omtales som en *reproduktiv avbrytelse*, fordi hans forventninger om å reprodusere seg og dermed bli far, ble avbrutt og satt på vent (Inhorn 2012).

Sitatene fra Martin kan både si noe om a) hva som ønskes og forventes i det individuelle livsløp, hvor han så for seg en fremtid som far og hva dette ville innebære, men også om de generelle forventningene som knyttes til b) hva et voksenliv består av i Norge. Det er viktig å ta hensyn til at mennene i min studie befant seg i en spesifikk kontekst, som kan påvirke hvordan de forstod det å være infertil. Som vist i kapittel to, har barn høy status i Norge og

farskap regnes som en viktig del av et liv som voksen mann (Ellingsæter Jensen & Lie 2013; Eydal & Rostgaard 2015). Sånn sett er infertilitet en tilstand, hvor et personlig ønske om å bli far utspilles i et sosialt landskap hvor menn forventes å bli fedre. Dette kan skape et press på infertile menn om at farskap er noe de bør ønske seg og oppnå. Å få barn er et valg som sier noe om hva livet skal innebære, men infertilitet hindrer utfoldelse av dette valget. Dette krever igjen nye valg, for eksempel å søke om hjelp til å få barn. Videre presenteres hva som kan trues av infertilitet. Her er barn, farskap og familieliv sentrale stikkord.

### *Felles barneønske, felles avgjørelse*

Martin fortalte at han og kona hadde et *"felles barneønske."* På intervjutidspunktet hadde de forsøkt å bli gravide i 18 måneder, uten hell. Da det hadde gått litt over ett år, begynte han å kjenne på en skuffelse av å se *"negative graviditetstester og sånt... Man tenker at ikke alt er som det skal være."* Dette kan tolkes som at deres ønske om barn ble avbrutt av de negative graviditetstestene. Alle mennene i min studie hadde et inderlig og felles ønske om barn, men infertilitet satt en stopper for dette. De følte at noe manglet i livene deres, og tok derfor en felles avgjørelse om å involvere en fertilitetsklinikk for å få hjelp til å lage barn. Som påpekt av Barnes (2014: 11) er infertilitet *"notably a couple's disease. It often indicates that one particular man and one particular woman cannot reproduce together."* I tråd med dette opplevde mennene også infertilitet som par, hvor de hadde et felles mål om å bli foreldre. Å gå gjennom en behandlingsprosess ble et felles prosjekt. De hadde en *"felles fiende,"* som Aksel sa. Videre måtte de samarbeide for å kunne si *"vi er gravide"* – et uttrykk samtlige av mennene brukte. Dette brukes ofte for å signalisere at begge parter er involvert i reproduksjon, selv om kvinnene bærer på og føder barnet (Førde 2010).

Mennene oppga flere grunner til at barn var viktig for dem, eksempelvis var barn viktig for livsløpets kontinuitet, og ville representere noe nytt i livene deres. *"Det vil være en berikelse i livet"*, som Daniel sa. Barn var noe de som par kunne bygge videre på, fordi de hadde *"hatt en periode med mye selvrealisering. Og så kjenner man jo etter hvert at... Altså, for min del så har jobben på en måte etablert seg og det hadde vært godt å ha noe mer."* Dette sier noe om at Daniel står fast i en bestemt fase i livet, hvor han frem til nå har hatt fokus på å realisere seg selv. Han ville ha noe mer – et barn – slik at han kunne komme seg videre til en ny livsfase som far.

Det varierte hvor lenge mennene i min studie hadde forsøkt å få barn, samt hvor mye assistanse de hadde mottatt. Som nevnt i oppgavens metodekapittel var Martin og kona i en startfase, hvor de har gått gjennom ett mislykket forsøk med ICSI. Johan ble operert for en sykdom i tenårene, som kunne gjøre det vanskeligere å få barn senere i livet. Dette førte til at det ble snakk om barn rett etter at han ble kjæreste med sin partner, og for fem år tilbake begynte de å prøve å få barn i håp om at deres barneønske skulle bli oppfylt. På intervjutidspunktet hadde de gjennomgått 12 mislykkede forsøk med ICSI, noe som betydde at de hadde besøkt en fertilitetsklinikk over 50 ganger i løpet av disse fem årene<sup>17</sup>. Dette sier noe om å prøve hardt over lengre tid for å oppnå noe man virkelig ønsker seg. Videre fortalte han at *”når man vet at man har holdt på en god stund, så er ønsket om å få en unge mye større. Det er det som står øverst på ønskelista.”* De la mye tid og penger i sitt barneprosjekt, noe som gjorde at deres barneønske ble sterkere. Det kan være vanskelig å sette strek, både fordi barn er noe man ønsker seg av hele sitt hjerte og de teknologiske mulighetene for å få barn er tilgjengelige. Man forventes å prøve alle metodene før man kan gi seg (Franklin 1997, 1998). Mange par fortsetter å prøve utover de forsøkene staten betaler for, men på grunn av de fysiske og psykiske belastningene i en behandlingsprosess, anbefales par å gi seg etter mange forsøk.

Aksel og kona hadde vært kjærester i over ti år, og på intervjutidspunktet var det 16 dager til de skulle bli foreldre for første gang. De fant ut at de hadde et felles barneønske og satt i gang med prøving, noe som viste seg å være vanskeligere enn forventet. Før de endelig ble gravide, hadde de gått gjennom ni forsøk med ICSI over seks år. Aksel reflekterte over hva barn betydde for han, og sa at han *”kanskje kommer til å verdsette det barnet mer enn jeg ville ha gjort hvis jeg bare fikk et barn,”* men påpekte han ikke kunne si dette med sikkerhet. Jeg ba han utdype hvorfor han trodde dette, noe som ga følgende svar:

Fordi vi har jobbet så hardt for det. Fordi jeg har ønsket det så fælt. Det er liksom noe med ting du ønsker deg. Hvis du husker tilbake til da du var barn. Hvis du virkelig ønsket deg den leken eller dataspillet til jul, så var det fint å få den leken. Men hvis du bare fikk en leke liksom, fordi pappa hadde vært på tur, så var det gøy og greit.

---

<sup>17</sup> Par får opptil tre ”gratis” forsøk av staten, hvor de må betale en egenandel på rundt 1500 kroner per forsøk. Hvert ekstra forsøk utover dette koster rundt 20 000 kroner på et offentlig sykehus og rundt 30 000 kroner på en privat fertilitetsklinikk. Utgifter til medisiner i forbindelse med behandling kommer i tillegg til dette. Egenandel ved medisnutgifter er rundt 16 000 kroner, mens utgifter utover dette refunderes av HELFO. Denne informasjonen er hentet fra nettsidene til klinikkene, se tabell 4.4.



Dette sier noe om hvor mye barnet betydde for Aksel, samt deres reise mot foreldreskap. Mye arbeid lå bak deres barneprosjekt, og dette var noe han hadde sett frem til i lang tid. På grunn av at de utfordrende behandlingsprosessene som måtte gjennomgås før de ble gravide, kom han til å verdsette barnet mer. De hadde vært gjennom mange gleder og sorger, før de endelig fikk det til. Hvis de hadde fått barn med en gang de begynte å prøve, hadde det kanskje ikke vært like givende.

Noe mennene trakk frem som frustrerende var å legge merke til andre som hadde barn og høre om vennepar som ble gravide, mens de fremdeles var barnløse. Aksel sa dette om synet av barnevogner:

Man får nesten litt sånn barnevognsallergi. Man blir bare forbannet når man ser barnevogner. Man ser dem overalt, og folk er SÅ gravide, og man hører unger som skriker, og man blir bare helt sånn fiksert på det da. Jeg tror at man skrur på en del av hjernen som bare fanger opp at det er masse barnevogner og sånt. Det var veldig, veldig frustrerende.

Som vist i sitatet la Aksel merke til at andre folk var foreldre, noe som gjorde han frustrert. Han ville så inderlig bli far, men dette skjedde ikke. "Barnevognsallergi" som begrep viser til at Aksel ble overfølsom av å se barnevogner, fordi han selv ønsket å gå rundt og trille på en vogn. Han reagerte på noe som han tidligere ikke hadde reagert på. Han vurderte andre opp mot seg selv og ble *"veldig, veldig forbannet når man hører at andre bare plutselig er gravide. 'Åh, vi dro på ferie og droppa prevensjon en uke og så nå skal vi ha barn.'* Da blir man sur." Som vist i sitatet, ga han uttrykk for frustrasjon og sinne over par som ble gravide med en gang de sluttet med prevensjon. Samtidig ble han trist, fordi han ikke fikk til noe "alle" andre fikk til.

#### *Drøm om farskap*

Som vist hadde mennene i min studie et ønske om barn, men de hadde også en drøm om å bli fedre. Å få barn ville føre til at de fikk en rolle som far i en familie. Aksel hadde en drøm om å bli far og sa at han ikke ville gitt seg, *"ikke helt enda. Jeg tror det er noe som er såpass dypt forankret i drømmen om å stifte familie, at vi hadde gått ganske langt."* Hvis deres niende forsøk ikke hadde resultert i graviditet, ville han ikke gitt opp. De vurderte å adoptere, men dette tok for lang tid. De ville bli foreldre med en gang. Mennene i min studie reflekterte over både adopsjon og sæddonasjon, hvor de fleste foretrakk det første fremfor det andre. De måtte bruke mer tid på å bli bekvem med å bruke sæddonor, men at dette hadde vært mer naturlig

som alternativ hvis de ikke hadde hatt sædceller i det hele tatt. Aksel hadde ikke tenkt mye på sæddonasjon som alternativ, men reflekterte rundt dette under intervjuet og konkluderte med at bruk av sæddonor ikke hadde blitt et problem, fordi han *”ikke hadde vært stresset eller bekymret for at det ikke var mine sædceller som hadde laget det barnet, liksom.”* Dette tyder på at det å få barn var viktigere enn måten de ble laget på, noe som var et fellestrekk blant mennene i min studie.

I intervjuenes siste del presenterte jeg metaforer fra dokumenter om infertilitet, og spurte mennene om deres førsteinntrykk og assosiasjoner. En av metaforene var ”prøverørsmannen”. Gard tok avstand fra en slik beskrivelse, og sa at *”jeg er pappaen til Trym jeg. Jeg er ikke noen prøverørsmann eller noe sånt. Nei. Jeg er far. Pappaen til Trym”*. Han la først og fremst vekt på at han var far, noe som indikerer at dette handler vel så mye om barn og farskap som kroppslige aspekter ved infertilitet. Å være far var en stor del av Gards identitet, noe han hadde reflektert mye over. I det *senmoderne* samfunn betraktes selvidentitet som et refleksivt prosjekt som individene selv er ansvarlige for å utvikle (Giddens 1991). For Gard er det tydelig at rollen som far er sentral i denne utviklingen.

*”Alle menn ønsker vel å bli pappa? Det regner jeg med.”* Slik beskrev Johan at dagens menn ønsker å bli fedre, noe som indikerer hva han forventer at et lykkelig liv skal bestå av. Av narrativene til mennene tolker jeg farskap som en del av deres fremtidige biografi. Forskning på farskap viser at menn ønsker og forventer å bli fedre en eller annen gang i løpet av livet (Brandth & Kvande 2013; Eydal & Rostgaard 2015; Lorentzen 2012). Også forskning på såkalte *infertile farskap* har vist dette (Inhorn, Chavkin & Navarro 2015). Farskap var en drøm som mennene i min studie forsøkte å realisere, men som ble avbrutt av infertilitet. Slik ble deres forventede livsløp avbrutt (Becker 1997; Bury 1982).

Mennene i min studie påpekte at det å bli far ville føre med seg endringer i rutiner og hverdagsliv. Noen endringer ble ansett som negative, slik som søvnmangel. Andre endringer var positive, for eksempel pappaperm og samvær med barnet. Mennene var enige om at en hverdag som far ville se annerledes ut enn deres hverdag som barnløs. Jeg ba de tenke høyt om hvordan barn ville påvirke deres hverdag, og hvordan en potensiell fremtid som far kunne se ut. Daniel fortalte at han

har en på jobben som har hatt pappaperm i åtte måneder... Den heldiggrisen. Det er jo skikkelig digg. Da kan du gå ut og rusle med kiden i vogna og være masse ute. Du får mange unnskyldninger til å leke da.

Som vist i sitatet, så Daniel frem til å bli far og la særlig vekt på det å være sammen med barnet. Han så for seg å ta pappaperm, slik at han kunne være utendørs og leke. Dette avspeiler noe mer generelt om egenskaper ved dagens farskap, hvor forholdet mellom far og barn verdsettes høyt. Fedrene er *nærværende*, og i større grad involverte i barneomsorg (Brandth & Kvande 2013, 2016). Ifølge Aarseth (2011) praktiserer fedre ofte en annen form for omsorg enn mor, hvor samvær mellom far og barn preges av prosjektarbeid og lek utendørs. Dette sitatet sier også noe om når far blir til far, og at tankene om farskap kan oppstå lenge før et barn blir født. Som illustrert av Daniel, tenkte mennene i min studie på seg selv som fedre allerede i prøveperiodene. De så for seg hva de kunne gjøre som fedre, men infertilitet satt drømmene på vent, noe som igjen førte til at de tenkte enda mer på et fremtidig farskap. De ble mer opptatt av det. Litt småbesatt.

#### *Fra grunnmur til hus*

Når et par blir gravide, merkes dette ofte ved at kvinnens menstruasjon uteblir. Andre ganger er unnfangelse mer komplisert enn som så. Hvis et par aktivt prøver å få barn og kvinnen får menstruasjon, kan de ane at noe er galt. Mennene erfarte infertilitet som avbrytelse, men disse erfaringene varierte, fordi de hadde ulike utgangspunkt. Dette var både avhengig av sædkvalitet, og om de var eneste årsak til parets infertilitet eller at det også var noe problematisk med kvinnenes fertilitet. Noen av mennene hadde en anelse om infertilitet, eksempelvis Gard som fortalte at han

hadde jo en anelse om det. Så akkurat det kom ikke som noen bombe, men det var jo... Det var jo ganske sterkt egentlig, å få den beskjeden da. Det er nesten ikke liv å lage av, ikke sant? Men vi skal klare å få til noen ting ut av det. Grunnmuren er der, men det er ingenting oppå. Det er noe, men det er på langt nær nok.

Gard hadde en anelse om at deres infertilitet kunne skyldes noe ved hans kropp, fordi han ble operert for en testikkelsykdom som tenåring. Han fikk beskjed om at dette kunne virke inn på hans reproduktive evner senere i livet, men tenkte ikke noe mer over dette på daværende tidspunkt fordi han "*bare var ung og dum.*" Da ønsket om barn meldte seg, fikk han beskjed om at sædkvaliteten var svært nedsatt. Selv om Gard var forberedt på å få beskjed om at han

var infertil, var det vanskelig å høre at han nesten ikke hadde sædceller i sin prøve. Han tenkte at *“uff, skal jeg ikke få til det her? Skal vi ikke få barn? Altså, hva skal vi gjøre nå?”* Dette sier noe om at Gard befant seg i en bestemt livsfase da han ble operert, og en annen da han fikk beskjed om at han var infertil. Videre indikerer dette at noe kan ønskes i én livsfase, men ikke i en annen, noe som var styrende for tankene og valgene til Gard. Han forventet å få barn på ett bestemt tidspunkt, illustrert ved at infertilitet først ble et problem da han kom dit senere i livet.

Det er interessant at Gard brukte ”grunnmur” for å sette ord på de få sædcellene han hadde. Helt konkret er grunnmur noe man bygger et hus på, men det kan også ha en metaforisk betydning. I *The Social Construction of the Economy* sier Pierre Bourdieu (2005: 20) følgende om huset som metafor:

We know, indeed, that in some cultural traditions, particularly in peasant and aristocratic usage, the word ‘house’ refers both to the material residence and to the family which lived, lives or will live there. [...] And even today, a ‘building’ project is almost always associated with the project of ‘starting a home’ (or enlarging one), of building a house in the sense of a household - in other words, the creation of a social group united by bonds of alliance and kinship, reinforced by the ties of cohabitation.

For Gard var huset et symbol på familie. Det var et symbol på noe kunne bli til et hjem, hvor han kunne leve lykkelig som familiefar. Til tross for infertilitet, hadde han likevel noen byggesteiner for å komme seg dit. Alt håp var ikke borte, fordi det var en liten mur som kunne bygges på. Mennene i min studie verdsatte å kunne få et familieliv, og hadde et stort ønske om å *“bygge et nært familieliv, hvor man får noe av alle... Hvor man klarer å etablere en familie, hvor man kan snakke om mye forskjellig,”* som Daniel sa.

For noen av mennene var infertilitet mer overraskende enn for andre. Både Gard og Johan hadde gjennomgått operasjoner som indikerte at de kunne være infertilitetens årsak, men dette visste de ikke helt sikkert. Aksel fortalte at *“begge hadde litt rusk i forgasseren, som gjorde at jeg egentlig ikke på noen måte eller noe tidspunkt følte at jeg var skylden i det, hvis du skjønner?”* Martin *“tenkte egentlig ganske lenge at det rett og slett var uflaks.”* For Daniel var hans infertilitet *“for så vidt noe som jeg ikke var fremmed med før vi testet det. Det kom ikke som noe sjokk... Det var mer sånn: Ja, det er kjipt.”* Han beskrev sin erfaring som annerledes enn hvis han ikke hadde hatt noen sædceller i det hele tatt, fordi han *“har bare*

*treige svømmere, som betyr at det er lavere sannsynlighet. Det hadde vært noe helt annet hvis: 'Nei, du kan ikke få barn.' Det hadde vært noe helt annet.*" Daniel stolte på sædcellene sine, selv om de var treige. Han fortalte at han hadde blitt *"skikkelig lei seg og bitter"* hvis sædcellene ikke hadde vært der. Disse sitatene tyder på at infertilitet er et komplekst fenomen, som erfares forskjellig fra mann til mann.

## **5.2 Hva bestod en slik avbrytelse av?**

Som en konsekvens av biografisk avbrytelse, begynte mennene å tenke på hvor langt det var igjen til mål og hvor lang tid dette ville ta. Veien mot mål var ikke enkel, men de var fast bestemt på å krysse målstreken. Aksel forklarte at de i prøveperiodene *"lagde noen milepæler. Her er vi på en tur, og så må vi bare gå turen. Distansen det er... For å se om det å gå turen oppfyller målet."* Som strategi for å oppnå foreldreskap, satte han og kona flere delmål som de måtte realisere for å komme seg videre. For hvert delmål ble Aksel usikker på om de ville lykkes. Ville de komme i mål til slutt? Og når ville dette eventuelt skje?

Mennene i min studie brukte målterminologi for å beskrive hva de ville oppnå i livet, hvor farskap var ett av disse målene. Med mål om et liv som familiefar, bega de seg ut på en usikker reise i assistert reproduksjon. I dokumentene jeg leste for å få oversikt over feltet, fremstilles dette som en tredelt prosess, hvor paret a) får en diagnose, b) behandles og c) får oppfylt sitt barneønske. Franklin (1997, 1998) fant at dette ikke oppleves som en dans på roser, samt at man selv forventer og forventes å lykkes til slutt. Veien mot mål kan være emosjonelt humpete, hvor en utfordring følger en annen. I en brosjyre om mannlig infertilitet beskrives assistert reproduksjon som et *"maratonløp,"* noe som var en annen metafor jeg presenterte i siste del av intervjuene. Et maratonløp kan virke endeløst og utmattende, hvor noen kan velge å bryte underveis. Man må også forberede seg godt for at det skal bli suksess, slik at man ikke ender opp med kramper, blommer og gnagsår. Mennene brukte målterminologi lenge før dette, men ga fylldigere svar på noe de allerede hadde sagt. For Johan var behandlingsprosessene som å løpe et maratonløp, fordi *"det begynner på nytt hele tiden. Det er vel egentlig det som er verst. At man begynner på nytt. Så at det... Ja, det blir egentlig litt som et maraton, for du kommer aldri i mål."* Han følte at de aldri kom i mål, for etter hvert mislykkede forsøk opplevde de å rykke tilbake til start. Deres maratonløp hadde allerede pågått gjennom 12 forsøk, og ved hver ny start måtte de nullstille seg. Dette førte til at de ikke kom noe nærmere deres fremtidige mål som foreldre, noe han beskrev som mentalt krevende.

Noen som løper maraton ønsker kun å fullføre, mens andre setter en idealtid som de ønsker å komme innenfor eller slå. Par som prøver å få barn og mislykkes med dette, passerer ikke målstreken. *“De klarte ikke idealtiden. De fikk ikke medalje,”* som Gard sa. Her viser et barn til en medalje, mens idealtid er en beskrivelse på hvor lang tid det tar å lage barn. Mennene i min studie opplevde tid forskjellig. For noen gikk tiden raskt, mens for andre kunne tiden virke uendelig lang. For Gard og kona tok det relativt kort tid før de fikk sine barn, mens Aksel og Johan følte at dette tok lenger tid enn forventet. De hadde gått gjennom henholdsvis 9 og 12 forsøk, hvor Aksel fikk positivt resultat på siste forsøk, mens Johan fortsatte med forsøk 13. Deres barneprosjekt har tatt lang tid, men Johan fortalte at tid ble mindre viktig for hvert mislykkede forsøk. Det viktigste var å komme i mål.

Selv om alle mennene kunne sammenligne opplevelsene sine med et maratonløp, beskrev Daniel maratonløp som annerledes fra en behandlingsprosess, fordi

det er mye mer ålreit å løpe maraton. Jeg løp maraton i desember. Det var fantastisk! Det er stort sett gøy og flott, og selvfølgelig litt tøft til tider. Men det kan jo hende at det er litt sånn... Det er mye tøffere med prøverørsbehandling enn maraton. Det er mye mer krevende psykisk og jeg tror gevinsten når du kommer i mål... Den kommer til å være mye, mye større enn å fullføre en maraton.

Dette sitatet sier noe om at assistert reproduksjon var mentalt krevende for Daniel, men at å få et barn vil være verdt alt strev. Selv om man må tåle fysisk smerte, hadde han positive erfaringer med å løpe maraton. Dette kan tolkes som at målet og hva han fikk ut av å løpe maraton var noe positivt, mens veien til mål kunne by på utfordringer. Slik kan assistert reproduksjon ha noen likheter med maratonløp, men Daniel trakk også frem noe som var annerledes. For han ville barn som gevinst være større enn en eventuell medalje. Til tross for mental slitasje, kunne han sitte igjen med et barn.

*Plankekjøring eller slag i trynet?*

Infertilitet medførte uforutsette hindringer på vei mot mål, og noen av disse fant sted lenge før ønsket om barn meldte seg. Johan ble operert for en tarmsykdom som tenåring, noe som førte til at hans sædledere ble kuttet. De tok derfor kontakt med en fertilitetsklinikk og fikk beskjed om at infertilitet kunne behandles, noe som ga Johan håp og en forventning om at han likevel kunne bli far. Han tenkte at *”da går det jo sikkert fort... For det kan vel ikke være noe*

*vanskelig?*” Med en forventning om at dette skulle gå raskt, begynte de på første behandling med ICSI. Det tok ikke lang tid før forventningene endret seg.

De første gangene så tenkte jeg at. Ja, ja. Men det er bare... Dette blir plankekjøring. Et par runder til så er det greit, og så får vi ta det som det kommer senere. Men det har ikke blitt mye plankekjøring.

Sitatene fra Johan sier noe om hvordan reproduksjon forventes å gå raskt, både gjennom a) vanlig samleie og b) via assistert reproduksjon. Selv om han hadde en anelse om at noe var galt, var han likevel usikker på hva som var årsaken til at de ikke ble gravide. Etter bekreftelse fra en lege, ble infertilitet en realitet. Infertiliteten kunne behandles, noe som først kunne virke som plankekjøring, men dette var noe Johan kunne avkrefte. Aksel beskrev å ha samleie uten at de ble gravide som et *“slag i trynet,”* og fortalte at de fikk et *“dobbel slag i trynet”* etter å ha mislykkes etter at de fikk hjelp. Både ”enkelt” og ”dobbel slag” viser til noe avbrutt, men det er interessante forskjeller mellom hendelsene. De var først usikre på hvorfor de ikke ble gravide, mens med assistert reproduksjon hadde de fått en forklaring på hva som var galt. De ble tilbudt en løsning for å komme seg videre, og forventet ikke at dette ikke skulle bli problematisk. Aksel forventet at reproduksjon skulle gå raskt både før, men særlig etter at de hadde fått hjelp.

### *Fra limbo til rekonstruksjon*

For Daniel og kona kom ønsket om barn gradvis mot slutten av tyveårene, og på intervjutidspunktet hadde de gått gjennom ett mislykket forsøk med ICSI, samt planla det neste. Han beskrev dette som en *“mellomfase,”* hvor han var usikker på hva som kom til å skje videre, eller om det i det hele tatt ville skje noe. Hva skulle de gjøre nå? Hva var neste steg? ”Mellomfase” som begrep viser til at han befant seg et sted mellom fortid og fremtid. Mer spesifikt var han i en fase, hvor infertiliteten hindret dem i å komme seg videre. Da mennene fikk beskjed om at de var infertile, befant de seg i *limbo* (Becker 1990, 1997, 2000). Livet ble satt på vent, og dermed ble farskap også satt på vent. Limbo handler i stor grad om når livet går videre (Becker 1997). Noen ganger kan limbo bli en langvarig konsekvens av infertilitet, slik som for Johan og hans partner. For andre varer ikke limbo lenge, eksempelvis for Gard som fikk sitt første barn gjennom vanlig samleie. Limbo varte heller ikke lenge før han fikk sitt andre barn, fordi de ble kalt inn kort tid etter at han hadde ringt til klinikken og fikk det til på første forsøk. Etter at reproduksjonsteknologi introduserte en alternativ vei mot foreldreskap, kan man i limbo ikke lenger defineres som barnløs (Greil 1991). Man regnes

heller som ”ikke gravid enda,” noe som vil si at graviditet vil oppløse limbo. Det er først da man kan komme seg videre.

Det å være infertil bidro til *indre kaos*, hvor mennene både følte skyld fordi de var infertile og lykke av at de kunne bli fedre via assistert reproduksjon (Charmaz 1991: 42). Infertilitet tok stor plass i livene til mennene, slik som Aksel fortalte:

Det tar nesten så stor plass at du ikke klarer å tenke på noe annet... I hvert fall i prøveperiodene, ikke sant? [...] Det er noe som er der hele tiden. Selv når du ikke prøver eller sånne ting, så ligger det der. At man ikke har fått barn. Og så i prøveperiodene, så er det jo det eneste man tenker på. For meg tok det all energi. Jeg tenkte BARE på det. Og så gikk jeg på jobben. Man prøver å yte nok på jobben også, men det er vanskelig. Man er ikke helt til stede tror jeg.

Sitatet sier noe om at infertilitet kan sette en rekke aspekter ved menneskes liv på spill. Dette gjelder særlig deres selvfølelse og identitet (Charmaz 1983, 1991). For Aksel tok infertilitet all energi, i hvert fall i prøveperiodene. Det var dominerende for hans tanker om seg selv og sitt liv. Videre var det mentalt krevende å dra på jobb, noe som flere av mennene i min studie nevnte. Han skulle ønske at de klinikkansatte hadde spurt om han kanskje ville sykmelde seg en dag, fordi han tenkte like mye på at de ikke hadde blitt gravide som kona gjorde. Infertilitet fikk en overskyggende karakter i Aksels liv (Charmaz 1983).

Johan og hans partner hadde gått gjennom 12 forsøk med ICSI, noe som ga han frustrerende tanker som *”hvorfør funker det ikke? Eller hvorfor går ikke det her?”* Samtidig tenker han *”egentlig ikke så veldig mye over det. Men så er det ikke noe artig at det skal stå på meg, liksom. At det er jeg som skal stoppe alt.”* Dette tyder på et indre kaos, hvor motstridende tanker herjer om hverandre (Becker 1997). For det første tok tanker om infertilitet betydelig plass i hans liv, fordi han følte at det var hans skyld. For det andre sa han at dette ikke var noe han tenkte på, noe som kan tyde på en ambivalens og at han var usikker på hva han skulle tenke. Likevel kom de overskyggende tankene stadig tilbake underveis i intervjuet.

Som konsekvens av at infertilitet tok stor plass, innførte mennene tiltak for å håndtere dette og øke sjansene for å bli gravide. Martin fortalte at dette innebar *”sånne små ting som gjør at man føler at man kanskje kan påvirke situasjonen da, og ja. Så vi kommer nok til å prøve forskjellige tiltak, for å øke sjansene da. Vi gjør litt forandring.* Ved å innføre tiltak og endre



på rutinene i deres hverdagsliv kunne de få mer orden på hva som skulle skje videre. Videre fortalte Martin hvilke endringer det var snakk om:

Når man begynner og lese på nettet og sånt, så er det jo ganske mange tips. Både i forhold til kosthold og trening, og egentlig alt mulig. For eksempel så skal man være aktiv og trene, men man skal ikke ha sånt hardkjør på trening. [...] Så var det enkelte ting som spesiell mat, som man kan integrere i kostholdet. Det var vannmelon og solsikkefrø, og C-vitaminer. Egentlig alt.

Martin hadde lest artikler på Internett, som beskrev råd om hva som kunne gjøres for å bli gravide. Flere av mennene i min studie fulgte slike råd, som innebar for eksempel å endre treningsrutinene, ta kosttilskudd og spise bestemte matvarer. Det kunne også innebære å slutte med badstue og drikke alkoholfritt øl. Slik ble mennenes hverdagsliv annerledes etter at de fikk vite om infertilitet. For mennene var limbo en fase mellom avbrytelse og det Williams (1984: 177) kaller *narrativ rekonstruksjon*, hvor de følte behov for å gjøre tiltak for å rekonstruere sin biografiske fortelling. Med andre ord hadde de et ønske om å omforme kaos til orden. Slik som nevnt over, kan rekonstruksjon innebære så mangt.

### **5.3 Infertilitet som sosial hindring**

Under intervjuene med mennene kom de sosiale konsekvensene av infertilitet frem. Dette innebar blant annet hva de anså som ”normalt” i dagens samfunn og om de var ”normale”, samt hva infertilitet hadde å si for deres sosiale liv og hvor åpne de var om det å være infertil. Infertilitet er ikke en livstruende sykdom, men heller livsdefinerende (Barnes 2014). Fordi det å få barn anses som ”normalt” og ”naturlig”, stigmatiseres infertile par ofte som avvikere. Aksel fortalte om hva det å få barn betydde for han:

Det betyr veldig mye. Det betyr på en måte at jeg føler at jeg er normal. For det å ikke få barn, det føles veldig unormalt. I hvert fall for de jeg har snakket med, som har slitt med det, så føles du som en outsider.

Aksel hadde ikke barn, og følte seg ”unormal” og som en ”outsider”. I boka *Outsiders* hevder Howard Becker (1973) at enhver sosial kontekst har egne sett med normative regler, som definerer hva som er ”normalt” og akseptabelt. På samme måte vil noe bli ansett som ”unormalt” og uakseptabelt. Videre hevder Becker (1973: 9) at “the deviant is one to whom that label has successfully been applied; deviant behavior is behavior that people so label”,

noe som vil si at noen kalles eller kaller seg selv outsiders som konsekvens av de normative reglene og påfølgende sanksjonene i gjeldende sosial kontekst. Aksel vurderte seg selv opp mot menn som allerede er fedre. For han var det ikke "normalt" å være barnløs, noe som gjorde at han anså seg selv som et avvik. Videre fortalte han at *"det er helt klart at man begynner å bli rar hvis man ikke har barn når man er 40. Til og med når man er 35,"* som sier noe om at fedre er "normale" menn, og at han var "unormal" som ikke hadde fått barn enda.

Videre sier sitatet fra Aksel noe mer generelt om normalitet i Norge. Mennene i min studie anså farskap som "normalt", noe som kan være en konsekvens av økt fokus på fedre i forskning og norsk offentlighet, samt at mange norske menn verdsetter farskap (Aarseth 2011; Brandth & Kvande 2013; Lorentzen 2014). Dette legger til rette for farskap som forventning, og kan virke inn på mennenes følelse av å være "normale".

En ting vi har lagt merke til er at vi har mange venner, spesielt på min side, som har fått barn. Og når de barna har bursdag, så er det en tendens til at man ikke tenker på at: 'Åja, skal vi invitere alle vennene våre eller skal vi bare invitere de med barn.'

Som konsekvens av at Daniel og kona var barnløse, følte han at dette gikk utover deres sosiale liv. De ble ikke invitert i barnebursdag, selv om de gjerne ville bli kjent med vennene sine barn. Etter at vennene deres fikk barn, ble de i større grad ekskludert fra flere sosiale sammenhenger. Daniel sa at *"du kan havne utenfor hvis du ikke får barn."* Ifølge Goffman (1963) er stigma et sosialt produkt som oppstår i interaksjon, og skjer på grunn av at noen ikke har evne eller mulighet til å leve opp til de sosiale og kulturelle idealene (Green 2009). Det å få barn anses som et spørsmål om foreldreskap og familieliv, men omhandler også å bli en del av samfunnet. Tjørnhøj-Thomsen (2009: 246) sier at *"infertility highlights that having children and being parents gives access to social communities and identities in time and space, and that family life and kinship relations are part of and connected to other forms of social communities."* Fordi fertilitet verdsettes høyt i Norge, anses barnløshet som en stigmatiserende egenskap og representerte noe "unormalt" og uønsket blant mennene i min studie (Fjell 2008).

Infertilitet er et tabubelagt tema, og især mannlig infertilitet regnes som en godt bevart "hemmelighet" (Hanna & Gough 2015; Inhorn 2015). Aksel sa at infertilitet *"er jo helt klart et av de tabuene som eksisterer i dagens samfunn. Det er ikke vanlig å snakke om."* Daniel

fortalte at han *“hater tabuer. Det er det verste jeg vet. Det er så slitsomt å ikke snakke direkte om ting,”* noe som kan tyde på at han ville være åpen om det, men at det var et stigma der og at infertilitet var noe som heller burde holdes hemmelig. Videre sa han at *“man holder det tett til brystet før man har blitt gravid og kommet godt ut i det, altså ferdig med 12 uker.”* Dette sier noe om at graviditet ofte holdes hemmelig frem til det har gått 12 uker, fordi etter dette er man tryggere på at ikke noe skal skjære seg. For samtlige av mennene i min studie kunne dette også sies om det å være infertil, eksempelvis fortalte Martin at en kollega *“ble mer åpen om det jo nærmere de kom en løsning,”* som tyder på at infertilitet ble mindre tabu jo nærmere et par kom en graviditet.

Under intervjuene med mennene fikk jeg innblikk i hvor åpne mennene var om infertilitet. Det være seg hvem og hvor mange de delte dette med, samt når dette ble delt. Felles for mennene var at de delte så å si alt med sine partnere. Etter en god stund fikk nær familie og venner vite hva som foregikk, og til slutt sa de det til arbeidskollegaene. De omtalte infertilitet som noe privat, eksempelvis sa Gard at han til og begynne med *“ikke pratet med noen om det. For meg var det veldig privat. Veldig privat.”* Johan var også forsiktig med å fortelle om dette til å begynne med, og forklarte dette:

Da jeg fikk vite at vi måtte inn på en sånn fertilitetsklinikk, så tenkte jeg at: ‘Herregud, det er sikkert bare oss’. Så den første tiden vi var der, så ble det ikke sagt noe til noen. Men jo flere ganger vi var der, og jo flere nye folk vi så... Jo mer åpne har vi blitt om det. Eller jeg i hvert fall da.

Som vist i sitatet, var Johan overbevist om at de kom til å være de eneste som søkte om hjelp, noe som ble avkreftet av å se nye ansikter hver gang de var på besøk på klinikken. Mennene i min studie var usikre på hvor mange andre menn som var infertile, og fryktet at de var alene. Da de tok kontakt med fertilitetsklinikken for å få hjelp, ble infertilitet som fenomen mer og mer synlig. De var ikke de eneste som leverte sædprøve på klinikken eller var med kona under de medisinske prosedyrene, inkludert uttak og innsett. Det var flere par der. Det var flere menn der. Ifølge Whiteford og Gonzalez (1995) er infertilitet en skjult form for stigma, til forskjell fra mer synlige eksempler på stigmatisering. Infertile menn har ingen fysiske stigmatiserende kjennetegn, slik at det kun er deres egen kunnskap om infertilitet som kan skille dem fra fertile menn.

Martin var den eneste som var åpen om infertiliteten helt fra start, noe han angret på og sa at ”*jeg var vel kanskje litt mer åpen om det i starten og så følte jeg at det ble litt mye trøkk ifra de som visste om det.*” Andre ville hele tiden vite hvordan det gikk med deres barneprosjekt, noe som førte til at Martin og kona stadig vekk fikk spørsmål om hvordan det gikk. Hvis de ikke hadde noe positivt å meddele, følte Martin at ”*det kanskje ikke er like artig å snakke om det hver gang... Kanskje det er andre ting man vil snakke om da. I stedet for.*” Etter hvert ble han mer forsiktig med hvor mange han var åpen med.

#### **5.4 Oppsummering av funn**

I dette kapitlet har jeg sett nærmere på mennenes opplevelse av infertilitet som biografisk avbrytelse, samt hva en slik avbrytelse bestod av og de sosiale konsekvensene dette medførte. Mennene varierte med hensyn til hvilke utgangspunkt de hadde, som igjen vil si at opplevelsene deres var unike. Til tross for variasjon, var farskap viktig for deres biografi og alle opplevde at dette ble avbrutt av infertilitet. De opplevde en *biografisk avbrytelse*, hvor ønskene og forventningene om farskap ble satt på vent. De befant seg i en fase mellom fortid og fremtid, hvor infertilitet hindret dem i å komme seg videre. *Limbo* var en fase mellom avbrytelse og rekonstruksjon, hvor mennene innførte tiltak for å øke sjansene for å bli gravide. I limbo opplevde de *indre kaos*. De var usikre på hva som kom til å skje videre, og tenkte mye på infertilitet. Mennene brukte målterminologi for å beskrive deres vei mot farskap, og satte en rekke delmål for å komme seg videre fra en fase til den neste. Dette innebar også at de måtte tilbake til start, hvor de begynte å prøve på nytt.

Mennene vektla at de måtte være to for å lage barn, både i konvensjonell og assistert reproduksjon. De brukte uttrykket ”vi er gravide.” Som par hadde de et felles barneønske og tok en felles avgjørelse om å prøve å lage barn. I tillegg til dette var deres barneønske forankret i en større drøm om farskap. De så for seg å bli *nærværende* fedre, hvor de vektla å være sammen med og leke med barnet. I forbindelse med dette fant jeg at assistert farskap begynte allerede i prøveperiodene ved at mennene begynte å tenke på seg selv som fedre.

De sosiale konsekvensene av infertilitet innebar blant annet at mennene følte seg som *outsidere* og ”unormale” sammenlignet med menn som allerede var fedre. I tillegg til dette følte de seg sosialt ekskludert av venner som hadde barn. Videre opplevde mennene infertilitet som et tabubelagt tema, og som noe privat. De varierte med hensyn til åpenhet, hvor de fleste ventet med å være åpne om infertilitet til en løsning var nær, eller til de ble

bevisste på at andre menn var i samme situasjon. Dette kan tyde på at infertilitet bar med seg et *skjult stigma*, fordi mennene ikke visste hvor mange andre menn som var infertile og holdt dermed egen infertilitet innad i paret. Infertilitet var noe de først og fremst delte med sin partner, og etter hvert inkluderte de også nær familie og vennegjeng, samt arbeidskollegaene.





## 6. Fra kropp i ustand til assistert kropp

Dette kapitlet tar for seg en ny fase i assistert farskap, noe som kort sagt handler om at mennene kom seg videre i sin biografi ved hjelp av reproduksjonsteknologi. De kom seg ut av en tilværelse som infertil ved å ta kontakt med en fertilitetsklinikk. Her ble de introdusert for teknologisk assistanse og fikk hjelp til å lage barn. På intervjutidspunktene hadde noen av mennene fått eller skulle få barn via assistert reproduksjon. For andre var biografien fremdeles avbrutt. Inspirert av Ingeborg Grønnings (2014) begrep *biografiske opprykk*, vil jeg besvare følgende analyse spørsmål: *Hvordan kan assistanse oppleves som biografisk fortsettelse?* Jeg er opptatt av å fremheve stemmene til mennene, men ekspertintervju og stimuli inkluderes også hvor dette er relevant. Først tar jeg for meg a) møtene mellom mennene og klinikkene, samt hvordan de opplevde assistanse som biografisk fortsettelse. Her er assistanse og lettelse viktige stikkord. Deretter sier jeg noe mer konkret om b) opplevelsene av reproduksjonsteknologi, hvor avlegging og avlevering av sædprøve står sentralt. Her utdypes også konsekvensene av assistanse for mennenes seksuelle liv.

### 6.1 Fra avbrytelse til fortsettelse

Mennene i min studie opplevde infertilitet som *biografisk avbrytelse*, og for å komme seg videre søkte de om assistanse på en fertilitetsklinikk, som innebar at de måtte ut av hjemmet og inn i et nytt lokale for å få hjelp til å lage barn. Her forskyves mye reproduktivt ansvar over på klinikkansatte. Gjennom omvisningene på klinikkene fikk jeg innblikk i hva dette omfatter, noe som beskrives i følgende logg:

Ved første klinikkbesøk vil en lege gjøre en utredning av paret. Gynekologisk undersøkelse av kvinnen. Sædprøve fra mannen. En slik utredning kan også bestå av blodprøver og ultralyd. Paret vil møte en sykepleier som går gjennom all nødvendig informasjon om behandling, inkludert hvordan medikamenter skal brukes og hva som skal skje videre i prosessen. Før avlegging av sædprøve får mannen tildelt en plastkopp, og kan selv velge om han vil avlegge sædprøven hjemme eller på klinikken. Senere analyseres den av en bioingeniør, og vises til paret på en skjerm. Mannen leverer en sædprøve ved utredning og en annen til befruktning av kvinnens egg, samt flere enn dette om nødvendig. Noen ganger kan en sædprøve ikke inneholde en eneste sædcelle, og da kan sæd hentes direkte ut fra testiklene eller bitestiklene.

Infertilitet som diagnose settes i møte med en fertilitetsklinikk, og for mennene kom sannhetens øyeblikk gjennom en analyse av innlevert sædprøve.

### *Sannhetens øyeblikk*

Etter at sædprøven er levert inn og analysert, kan paret få se på og bli forklart hva slags sædkvalitet mannen har. Under dette møtet vil en bioingeniør legge sædprøven under et mikroskop, slik at den kan studeres i detalj. Resultatet vises på en skjerm, og bioingeniøren vil forklare hva som vises på skjermen. Dette var en hendelse som gjorde inntrykk på mennene i min studie, noe som også kom frem slik bioingeniørene beskrev hvordan menn reagerte på hva de så og ble fortalt. Mennene fortalte meg detaljert om de analyserte sædprøvene, hvor alle opplevelsene var unike. Gard fortalte at

du får det jo bekreftet, ikke sant? Når du tar det steget at: 'Nei... Vi må få hjelp.' Og så kommer du ned på sykehuset, og så gjør du jo det du skal gjøre. Sånn sædprøve og alt det der, og så får du det ganske rett i fleisen. Fordi de tester sædprøven, ikke sant? Og så ser du på skjermen. En sånn TV-skjerm, der det egentlig skal myldre... Det skal egentlig være som en maurtue, ikke sant? Det var et månelandskap. Det var fullstendig dødt...

Som nevnt i kapittel 5 måtte Gard operere testiklene i tenårene, og på daværende tidspunkt fikk han beskjed om at dette kunne påvirke hans fertilitet senere i livet. Det viste seg at han hadde svært nedsatt sædkvalitet, eller "*drastisk nedsatt*" som han selv sa. Selv om Gard ante at han kunne være infertil, kom beskjeden brått på. Hans møte med assistanse medførte en bekreftelse av infertilitet, samtidig som det førte til en svekkelse og avkrefteelse av fertilitet. Dette trengte ikke nødvendigvis å være noe negativt for mennene i min studie, for eksempel fortalte Martin at "*når du lever i usikkerhet og ikke helt vet hva som er feil, så føles det kanskje verre enn om man får et svar fra sykehuset om at... Her finnes det feil, men det finnes noen muligheter.*" Selv om mennene i min studie ikke fikk til å lage barn på egenhånd, kunne de få hjelp via reproduksjonsteknologi. Til tross for infertilitet kunne de komme seg nærmere farskap, noe som representerte en fortsettelse i deres livsløp. De opplevde en *biografisk fortsettelse* (Grønning 2014).

Gard brukte metaforene "maurtue" og "månelandskap" til å forklare hva han så på skjermen, noe som kan indikere hva han forventet å se. "Maurtue" viser til sædprøven, hvor "maur" var sædcellene. I en normalt stor maurtue lever hundretusenvis av maur, men det var ikke en eneste sædcelle å se i hans prøve. Det var ikke dette han forventet å se. En normal sædprøve



kan inneholde opptil 20 millioner sædceller per milliliter sædvæske<sup>18</sup>. Ifølge Gard så hans sædprøve mer ut som et månelandskap. Dette er et goldt landskap. Et øde og ørkenaktig landskap uten vegetasjon, eller ”dødt” som han selv sa. Videre fortalte han at *“akkurat i det øyeblikket da vi så på skjermen. Uff, da ble jeg litt lei meg. Det kjente jeg [...] Jeg tenkte jo det at: 'Er det her min skyld?' Det er min skyld at vi ikke blir gravide!”* Gard følte seg skyldig og ble trist da han ikke så en eneste sædcelle på skjermen. En slik skyldfølelse kan være forankret i en forventning om at dette var noe han skulle få til, noe som førte til at han følte seg utilstrekkelig.

#### *Assistanse som håp*

*“PLUTSELIG så kom det en, vet du. Over skjermen. Og det var liksom sånn... Ja, det var egentlig håpet som kom over skjermen der, ikke sant? Fordi det var liv. Det var det.”* Gard fortalte entusiastisk at én sædcelle kom til syne på skjermen, og slo ut med armene og illustrerte hvordan sædcellen beveget seg. Sædcellen representerte håp om at han kunne lage barn, noe som var en viktig fortsettelse i hans biografi. Den trengte bare litt assistanse. Videre reflekterte Gard over hvor viktig det var å se dette:

Men den fantastiske oppturen som jeg fikk da jeg så det stjerneskuddet som gikk over skjermen der... Da var ikke jeg lei meg lenger. Da ble jeg egentlig glad, fordi da så jeg at det var en mulighet. Så da ble liksom de tankene om at 'det her går ikke,' 'jeg får det ikke til' eller 'jeg har ingen sædceller som er brukbare.' De tankene forsvant fullstendig da jeg så at det var... Er det én, så er det kanskje flere?

Som vist i sitatet omtalte han sædcellen som “stjerneskudd,” noe som kan assosieres med gammel folketro. Ifølge gammel folketro står stjerneskudd for lykke, og at man kan ønske seg noe når man er vitne til dette. For Gard bestod ønskene av barn og et fremtidig farskap, og den aktive sædcellen var et symbol på at han kunne oppnå dette. Det er interessant at han sammenlignet sædcellen med noe håpefullt og magisk i stedet for å referere til militarisme. Militaristiske uttrykk tas ofte i bruk når forskere snakker om menn og infertilitet, hvor

---

<sup>18</sup> Ejakulatet er mengde sædvæske som tømmes ved en utløsning, som normalt inneholder opptil 20 millioner sædceller per milliliter sædvæske, og hvor modne sædceller har stor bevegelseevne (Almås 2009). Ved mistanke om mannlig infertilitet foretas analyse av ejakulatet, hvor sædcellenes antall, utseende og bevegelsesmønster undersøkes mikroskopisk. Hvis antall sædceller ligger under ti millioner per milliliter ejakulat, regnes sædkvaliteten som nedsatt og det er mindre sjanse for at en mann kan befrukte en kvinne.

infertile menn sammenlignes med tomme, avfyrte våpen (Barnes 2014; Becker 1994; Goldberg 2009; Moore 2007; Webb & Daniluk 1999). Menn som ”skyter blankt” beskrives som maktesløse og ineffektive, fordi deres utstyr ikke holder mål. I militaristisk terminologi assosieres fertilitet med maskulinitet i tradisjonell forstand, eksempelvis autoritet og selvkontroll, og infertilitet kan derfor oppfattes som en trussel mot maskulin makt (Connell 2005; Inhorn et al. 2009). Aksel fortalte at han ”*ble forbannet på kompisene som kunne skyte blink på første forsøk. Men jeg følte meg ikke noe dårligere enn dem. Bare jævlig frustrert.*” Selv om han brukte et militaristisk uttrykk, vektla han at dette ikke handlet om å være dårligere enn andre menn. I motsetning til løsskudd har stjerneskudd noe med håp å gjøre. Det er ikke håp i et våpen som skyter blankt, men man kan ønske seg noe når man ser et stjerneskudd og ha et håp om at dette skal bli oppfylt. Gard la ikke vekt på at han var infertil, men fokuserte heller på håpet i sædcellen sin. Det kunne potensielt være flere sædceller som ikke viste seg på skjermen. De destruktive tankene om å ikke strekke til ble umiddelbart revurdert og gjort om til håp. Det eksisterte likevel liv å lage barn av.

Håp i forbindelse med assistanse var et fellestrekk blant mennene i min studie. Martin var håpefull etter en beskjed om at han hadde to millioner sædceller, selv om en tallverdi under 10 millioner regnes som nedsatt sædkvalitet (Almås 2009). Han tenkte at

’To millioner? Det var ikke så ille.’ Men det kunne også ha med forskjellige egenskaper... Svømmedyktighet og ja, det er flere ting enn bare antallet. Men to millioner var ikke så ille. Det var ikke det minste tallet jeg har hørt om. Så det var fint å få se.

Samtidig som antall sædceller bekreftet hans infertilitet, indikerer sitatet en optimisme og et håp. Han var fornøyd, ”*det var litt sånn. Good job, good job.*” Han var usikker i et kort øyeblikk, før han igjen ble optimistisk og fortalte at det kunne vært verre. Daniel så også mange sædceller på skjermen, og dette var betryggende. Han hadde ”*bare treige svømmere.*” Ingenting var umulig. Mange av de klinikkansatte brukte også ”svømmer” i stedet for ”sædcelle”. En av bioingeniørene fortalte at menn stiller få spørsmål når resultatene av sædprøven vises frem, men at de heller kommenterer for eksempel ved å si ”*der er en rask svømmer.*” Når de stiller spørsmål, ”*spør de om sædcellene som ligger stille.*” Videre fortalte bioingeniøren at menn ofte lurer på om det er unormalt at noen sædceller ligger stille, og at hen pleier å forklare at det alltid vil være noen som ligger stille og noen som beveger seg. Ifølge bioingeniørene er dette viktig å få frem i møte med mennene, slik at de ikke mister håpet. Den andre bioingeniøren fortalte om at menn ble ekstatiske når det var liv i prøvene:

*“Noen filmer med mobilen sin og noen tar bilder, og det å se at det er liv i den prøven som skal brukes den aktuelle dagen, det setter de kjempestor pris på.”* Alle ekspertene i min studie fokuserte på mulighetene i en sædprøve fremfor begrensningene, og fortalte at de brukte uttrykk som *”dette skal vi klare.”* Ved å oppmuntre og legge vekt på mulighetene i sædprøvene, ville de gi menn håp om en fremtid som far – og i forlengelse av dette, ga de et løfte om farskap. Dette var betryggende for mennene, eksempelvis sa Gard at *”da vi fikk beskjed om at: ’Nei, det her skal gå bra. Vi skal hjelpe dere. Da slapp den følelsen av å ikke strekke til. Da du fikk beskjed om at: ’Okey, du skal få hjelp. Det her skal vi klare.”*

### *Diagnose som lettelse*

Til tross for at mennene var infertile, opplevde de selve diagnosen som en lettelse. Daniel fortalte at det var kjipt å få beskjed om infertilitet, men *”samtidig var det en lettelse, fordi du fant på en måte en årsak som forklarte hvorfor det har tatt så lang tid.”* En beskjed som i utgangspunktet hadde en negativ klang, ble snudd på hodet og oppfattet som positiv. Aksel ga uttrykk for lettelse på følgende måte:

Jeg tror følelsen var at... ’Åh, så deilig. Det er noe galt med oss.’ Det er liksom den klassikeren man får høre hvis man går rundt og lurere på om man har en diagnose, så er det bedre å vite enn å gå og lure, ikke sant? [...] Det er litt deilig å få svar på at vi ikke har gjort det feil. Og vi har ikke gjort det på feil tid, men det er liksom noen medisinske årsaker til at det går dårlig.

Aksel fikk en god følelse av å få beskjed om at nedsatt sædkvalitet var en av årsakene til at de ikke ble gravide. Videre forklarte han at de var heldige som hadde fått vite hva som var galt, fordi de hadde et vennepar som *”ikke blir gravide i det hele tatt. Hun får nok egg og er fertil, og han har gode nok svømmere til at det burde gå bra... Men de blir ikke gravide. Og de har prøvd KJEMPELENGE.”* Han beskrev en lettelse over at de ikke trengte å tenke mer på hvorfor de ikke ble gravide. De var ikke usikre lenger, fordi de visste hva som var galt. De hadde ikke gjort noe feil, men kroppene deres var i ”ustand.” Aksel anså infertilitet som en medisinsk tilstand, som de kunne gjøre noe med. I tråd med dette fant Barnes (2014: 99) at *”conceptualizing infertility as just a medical condition, as a simple case of poor sperm, or as a symptom of a larger issue carved out an escape route for some men.”* Ved å skylde på infertilitet som medisinsk diagnose, fant mennene i min studie en annen utvei. De vendte seg mot en alternativ vei mot farskap, og fulgte mulighetene i assistert reproduksjon, noe som

igjen medførte at de kom seg videre fra en usikker tilstand som infertil. De fortsatte sin biografi via assistanse, og assistert farskap ble det nye håpet.

Idet mennene fikk vite at det var håp om å bli far via assistert reproduksjon, senket de skuldrene. Klinikkansatte fortalte hvordan menn reagerte på beskjedene om infertilitet, og de la merke til at lettelse tydelig kom frem gjennom kroppsspråket. En av sykepleierne fortalte at mange menn *"går litt i kjelleren"* når de får vite at de er infertile, og en av bioingeniørene påpekte at man kan *"se hvordan spenningen slipper taket i dem. Og at dem fra å være litt forknytt, kan smile og se deg i øynene"* når de får vite om mulighetene. Disse observasjonene stemmer overens med hvordan mennene i min studie beskrev det å få assistanse. Videre beskrev alle ekspertene at de i sitt arbeid prøver å være så profesjonelle som mulig, samtidig som de ønsker å vise omsorg og medfølelse for par som søker om hjelp. De *"heier, støtter og veileder."* Mennene var takknemlige for at de kunne få hjelp til å lage barn, eksempelvis sa Gard at *"det legges veldig mye i deres hender. Tenk deg den hjelpen du får. [...] Det er sjelden i livet at du spør om en så stor tjeneste."* Han trodde at klinikkansatte var *"håndplukkede"*, fordi *"de var helt suverene."* Dette sier noe om at mennene i min studie verdsatte assistanse. De var også mer åpne om dette enn de var rundt infertilitet, noe som kan tyde på at assistanse er mindre tabubelagt. Gard fortalte at *"Trym er laget på sykehuset. Det sier vi. Og det sier han jo selv også: 'Nei, jeg er laget på sykehuset, jeg.' Så han er strålende fornøyd med det, så det er ikke noe problem for han. Det er det heller ikke for oss."* Dette sier noe om at assistert reproduksjon oppleves som en "vanlig" og akseptert måte å få barn på i dagens samfunn (Melhuus 2012).

## **6.2 Mellom kropp og reproduksjonsteknologi**

Mennene i min studie fikk teknologisk assistanse, noe som innebar at de avla og leverte sædprøve, samt at klinikkansatte hjalp egg og sæd sammen via ICSI. For å lage barn, måtte kroppene assisteres. Selv om det var mye teknisk som foregikk, tenkte de ikke mye over dette. For mennene var reproduksjonsteknologi verken noe fremmed eller problematisk. De fikk litt hjelp til å bevege sædcellene, noe de ikke kunne gjøre av seg selv. Det er interessant hvordan de fortalte om dette, eksempelvis Gard som sa at *"det er ganske spesielt. For da er det én sædcelle inn i egget. Ferdig! Da får du en veldig sånn PANG! befruktning. For dem plukker ut én sædcelle og ett egg. Ordner det, ikke sant?"* For Martin innebar ICSI at sædcellene *"får et spark i rompa. Og de renses litt opp rundt egget og sædcellen. Rett og slett setter sædcellen inn i egget. Så de slipper å svømme selv. De får rett og slett transport til egget."* Disse

sitatene tilsier at mennene ikke opplevde møtene mellom sæd og teknologi som problematisk. De var mer fascinerte enn skeptiske til reproduksjonsteknologi.

Johan opplevde teknologi på en annen måte enn de andre mennene, fordi han måtte gjennom et inngrep for å hente ut sædcellene direkte fra testiklene. Dette måtte gjøres flere ganger, og for hver gang fungerte som en påminnelse om hans infertilitet. At han ikke fikk det til. Han beskrev sin opplevelse av dette på følgende måte: *”Jeg var ikke så snakkesalig på tur til klinikken den morgenen, for å si det sånn,”* som tyder på at dette var noe han ikke var komfortabel med. Videre fortalte han at *”det er fryktelig vondt. De fleste gutter har vel syklet en gang og havnet ned på stangen. Det kan sammenlignes med det.”* Det var en vond opplevelse, både fysisk og psykisk. Men for han var det også *”veldig ønskelig at man bare skal fortsette til det funker. Det er bare å fortsette. Det blir greit en gang,”* noe som indikerer at han ikke hadde tenkt til å gi opp med det første. Han skulle bli far, selv om det gjorde fryktelig vondt. Franklin (1998: 108) snakker om at assistert reproduksjon har ført til at man ikke har noe annet valg enn å fortsette å prøve, fordi *”the experience is not one of choice but of necessity. The existence of new technological options takes away the choice simply to accept infertility.”* Det er vanskeligere å gi opp og akseptere at man er infertil og skal forbli barnløs når man teknologisk sett kan bli foreldre.

#### *Sædprøve som enkel oppgave, eller?*

Et fellestrekk blant mennene i min studie, var at de snakket mye og detaljert om å avlegge og levere sædprøve, noe Inhorn (2012: 79) omtaler som *sædsnakk*. Samtlige av mennene omtalte sædprøve som noe enkelt, for eksempel Martin som sa at *”jeg har jo en ganske enkel oppgave som mann da... Mannen har én jobb. Det er å levere sæden, og så tar jo kvinnfolkene over med all den tunge jobben. Med å bære frem en unge.”* Det kroppslige bidraget i en behandlingsprosess er mindre for menn enn for kvinnene, men sæd spiller en avgjørende rolle. Uten sæd, ingen barn. Likevel anså Martin sin oppgave som enklere enn hva kona måtte gjennomgå. For Daniel var sædprøve en oppgave i den forstand at *”jeg tar meg en ronk om morgenen og kommer, tar det i koppen og så leverer den inn,”* mens Aksel *”tenkte jo bare på det som en oppgave. På lik linje med å vaske opp og pusse opp huset.”* Gard fortalte at sædprøve var noe annet enn å ha sex, fordi

Det blir jo en helt annen prosess. Du skal jo ikke ha sex. Du er jo ikke seksuelt opphisset i det øyeblikket der. Du må jo... Du må jo få til det her. På morgenkvisten. Og det gjorde jeg jo, ikke sant? Og da er det liksom sånn... Okey, få på meg sko og jakke, gå ut i bilen og komme

meg ned på sykehuset fortest mulig. Så det var liksom ikke noe... Det ble nesten en sånn arbeidsoppgave.

Som vist i sitatet ble sædprøve ansett som praktisk arbeidsoppgave. Gard avla prøven hjemme, og tok på sko og klær før han kjørte til sykehuset og leverte den fra seg. En parallell til dette er studiene til Almeling (2007, 2011) om sæddonasjon som arbeid. Hun fant at sæddonasjon konstrueres som en enkel jobb, hvor man skal få et glass og avlegge prøven, for så å komme tilbake for å levere den. Eggdonasjon omtales mer som en gave fra en kvinne til en annen. Videre påpekte Gard at det ikke var noe seksuelt ved å avlegge en sædprøve, selv om det i stor grad hadde noe med kropp og sæd å gjøre. Det var noe som måtte gjøres for at han skulle bli far. For mennene i min studie var prøvens hensikt viktigere enn selve prøvetakingen. Med litt assistanse, kunne deres sæd bli barn.

Mennene kunne selv velge om de ville avlegge sædprøve på klinikken eller hjemme, noe de erfarte forskjellig. Klinikkansatte fortalte at menn som avlegger sædprøve hjemme, må levere den innen én time og sørge for at den ikke blir avkjølt på veien. Av mine informanter, foretrakk fire av fem å gjøre dette hjemme. Aksel hadde både avlagt sædprøve hjemme, på sykehus og på privat klinikk. På sykehuset viste en lege og en sykepleier han til et toalett, hvor han kunne avlegge sædprøve. Han fortalte at

Du går jo inn på en do på et sykehus. Det er masse folk rundt deg. Du bare vet at der borte så ligger det noen og føder, og der ligger noen og dør, og det er lik i kjelleren, liksom. Man blir jo ikke opphisset av det. Og så skal du ta ned buksen din og onanere i en plastikkopp. Det er jo altså så usexy og ulekkert at man blir jo bare ikke tent. Man må jo på en måte bare prøve å sperre verden ute og prestere. Så man kan jo ende opp med å stå inne på den jævla doen ganske lenge...

For Aksel var det ubehagelig å avlegge prøven på et sykehus, hvor han la mest vekt på omstendighetene rundt og ikke det han faktisk skulle gjøre. Det var stressende å tenke på at det er noen som føder og dør på samme sted som han skulle onanere. I likhet med Gard, anså Aksel prøvetaking som lite seksuelt. Omstendighetene rundt påvirket han og det var ikke så enkelt som han hadde sett for seg. Han var i en situasjon, hvor han følte press fra flere kanter. Han skulle produsere sæd, som hadde en avgjørende betydning for hans mulighet til å bli far og få en familie. Det var dette som ga han prestasjonsangst. Dette ble utfordrende for Aksel, men han forsøkte å glemme hvor han befant seg slik at han kunne prestere. Etter hvert fikk

han det til, men skjønnte senere at det var bedre å gjøre det hjemme, *“mens Oline var på stuen eller kjøkkenet.”* Slik kunne han *“få det til effektivt, sånn at det liksom ikke ble en greie.”*

Daniel hadde kun avlagt sine prøver hjemme, og på samme måte som Aksel gjorde han ikke et stort nummer ut av dette. Han fortalte at *“å komme med prøven hjemmefra er litt som å levere en urinprøve eller noe.”* Dette kan si noe mer generelt om hva en sædprøve betyr. Mennene fikk en plastikkopp i hånden, og ble enten vist til et rom for å ta prøve eller så kunne de gjøre det hjemme og ta den med tilbake. Liberty W. Barnes (2014: 54) sier noe om de stereotypiske forventningene rundt det å avlegge sædprøve. Det forventes at menn kan onanere hvor som helst og at dette er en fornøyelse. Dette viste seg imidlertid ikke å holde mål for mennene i min studie.

Videre reflekterte Daniel over hvordan det kunne oppleves å avlegge prøven utenfor hjemmet og sa at *“det hadde følt litt spesielt, for da måtte jeg jo ha sagt: ‘Nei, jeg skal inn på dette avlukket og ronke nå.’ Det hadde vært veldig rart.”* Aksel bekreftet dette, og fortalte at

Det eneste du tenker på, er at det er noen som vet at jeg står her og onanerer. For jeg har nettopp snakket med han eller henne, og de har sendt meg hit. Så man har liksom fjeset hans eller hennes i... Det er så rart da.

Aksel var ukomfortabel med å avlegge sædprøve på sykehuset, fordi noen visste hva han gjorde inne på toalettet. Dette var ubehagelig å tenke på, fordi onani er noe som ellers forbindes med noe seksuelt og intimt. Legen og sykepleieren kunne ikke se hans intime handlinger, men han følte seg likevel utlevert. Han følte seg sett, selv om ingen så han. Mot slutten av intervjuene med mennene presenterte jeg et bildesett som omhandlet avlegging av sædprøve. Aksel identifiserte seg med et av disse bildene, og sa



og så synes jeg den her siste, hvor han er delvis inne i et sånt avlukke... Det beskriver jo litt den følelsen jeg snakket om før i dag. I hvert fall det at han legen står og ser på klokka, fordi du føler liksom at du må kjøre på.

Aksel opplevde at noen ventet på at han skulle bli ferdig, og følte at han måtte sette i gang og få det overstått. Han skulle prestere i avlukket, noe han opplevde som vanskelig. Selv om Aksel foretrakk å avlegge sædprøven hjemme, måtte han av praktiske årsaker gjøre dette gjentatte ganger på en privat fertilitetsklinikk. Dette beskrev han som *“annerledes, for der har du et rom som er veldig langt unna. Det er faktisk litt utenfor lokalene.”* Selv om han opplevde rommet som et *“veldig rart rom som menn går til for å onanere”* fungerte dette bedre, fordi det var *“mye mer skjermet.”* Det ga han litt *“privatliv.”* Dette sier noe om dette rommet formet hans opplevelse av onani som noe privat. Under omvisningene på en av klinikkene sa en klinikkansatt at de prøvde å innrede rommene for å bevare det private. I tråd med dette hevder Thompson (2005: 110) at *“circumstances for blurring the distinctions between public and private are so pervasive in infertility clinics that there is a well-worked-out choreography of privacy.”* Selv om mennene i min studie fikk tildelt et eget rom for avlegging av sædprøve, opplevde de ikke dette rommet som særlig privat. Man kunne være fysisk alene i rommet, men tanken på at noen stod utenfor og ventet på dem, gjorde opplevelsene mindre private. Til tross for dette foretrakk Martin å avlegge sædprøve på sykehuset, noe som avvok fra ønskene til de andre mennene:

Første gangen det skulle gjøres, så tok jeg den hjemme. Men så ble det jo litt sånn... Da skulle den holdes varm og man måtte jo levere den innen én time og sånt, så jeg følte at det ble litt stressende. Det er litt sånn verditransport, liksom. Vi måtte skynde oss til sykehuset og sånt.

Som vist i sitatet var Martin redd for at noe skulle skje med prøven, fordi hans potensielle farskap var avhengig av dette. *“Verditransport”* indikerer at han skulle frakte med seg noe viktig. Videre fortalte han ikke ville risikere at prøvene skulle bli ødelagte, så *“når jeg har tatt sædprøve ved senere anledninger, så har jeg tatt det på sykehuset.”* Dette gjorde han fordi *“det var bedre å ta prøven der, for da ble det mindre stress.”* Det var noe som måtte gjøres for å oppnå noe større. Det var nødvendig for å bli far. Det spilte ingen rolle hvor prøven ble avlagt, men det var mindre stressende å gjøre det på sykehuset.

#### *Fra mekanisk sexliv til befriende seksualitet*

De fleste fertile menn er ikke avhengig av assistanse for å lage barn. De klarer dette selv, og behøver ikke hjelp. Noen ganger er barnet planlagt og andre ganger ikke. Infertilitet betyr at noe ved kroppene ikke er i stand til å reprodusere. I assistert reproduksjon må kropp forstås på en annen måte, fordi betingelsene for å lage barn er noen andre enn ved vanlig samleie (Lie, Ravn & Spilker 2011). Som en konsekvens av at infertile par kan få hjelp til å lage barn,



omdefinieres en kropp i ustand til en *assistert kropp*. For det første betyr dette at reproduksjonens hovedarena flyttes fra hjem til klinikk. En intim handling som i utgangspunktet er privat, blir offentlig ved at paret søker om assistanse. For det andre inkluderes flere aktører i “prosjekt barn”, og paret kastes ut i en kontekst som er ny og utfordrende. Befruktning skjer utenfor kroppen, noe som endrer de reproduktive oppgavene. Jeg har sett nærmere på hvordan mennene i min studie opplevde én av disse oppgavene – sædprøven, men teknologisk assistanse hadde også noe å si for hvordan de opplevde sine sexliv.

For mennene i min studie var sexliv i prøveperiodene noe annet enn under behandlingsprosessene, eksempelvis fortalte Daniel at han *”falte at det var mer maskinelt før vi begynte på prøverør. For da var det: ’Okey, egglosning. Bang, bang, bang. Hanky panky.’ Og så var det bare å vente og se hvordan det gikk.”* Før de tok kontakt med en fertilitetsklinikk, var sex noe maskinelt. På hvilket tidspunkt de hadde sex, ble bestemt av hennes egglosning. De hadde ikke sex fordi de hadde lyst, men fordi det var nødvendig for at de skulle bli gravide. Sitatet sier noe om at par som aktivt prøver å bli gravide og mislykkes med dette, kan oppleve at det lystbetonte ved sex ofres for kalenderplanlegging. Videre sa Daniel at *“hvis du holder på med det veldig lenge, så forsvinner gnisten ut av hele opplegget,”* og som en konsekvens av dette opplevde han sex som maskinelt. En av terapeutene omtalte dette som *“teknifisert seksualitet,”* og forklarte at *”det resultatorienterte kommer i fokus. At det skal være på spesielle tider i døgnet. At det skal være på spesielle dager.”* I tråd med dette sa Aksel at *”man har jo ikke god sex. Man har et tvangspålagt, skjematisk og planlagt samliv.”* Videre fortalte han at *”man klarer ikke å ha sex og ha det gøy og glede seg sammen hvis man vet at hun ikke har egglosning før om fire dager. Da er denne sexen, den er helt bortkastet.”* Hvis kona hadde egglosning om fire dager, var sex bortkastet. Sex var meningsløst hvis dette ikke førte til barn. Det kunne virke som at han sparte seg til neste egglosning.

Seksualitet omhandler både det å reprodusere seg, men forbindes også med frihet og nytelse (Inhorn et al. 2009). Som vist settes dette på spill av infertilitet. Noe ved kroppene til menn gjorde at de verken kunne reprodusere seg eller nyte sex. De begynte å tenke over hva egglosning var og når den kom i forhold til menstruasjon, noe de aldri hadde tenkt over før. Før de prøvde å få barn ble menstruasjon ansett som en hindring for sex, mens de under prøvingen var avhengig av når den kom og måtte aktivt forholde seg til den. De hadde ikke

sex for sexens skyld, eller bare for å ha det gøy og være intime. De hadde ”sex for å få barn,” og “*man trenger jo ikke å være rakettforsker for å skjønne at det ikke var noe gøy,*” som Daniel sa.

Tradisjonelt sett har unnfangelse blitt ansett som et resultat av samleie mellom en mann og en kvinne, mens via reproduksjonsteknologi kan befruktning skje uten at kroppene må møtes (Lie, Ravn & Spilker 2011). En eggcelle og en sædcelle hjelpes mot hverandre, noe som opphever en av naturens grunnleggende betingelser for å skape nytt liv. Som konsekvens av dette utvides forestillingene om forholdet mellom seksualitet og reproduksjon. Assistert reproduksjon fører med seg en ny forståelse av seksualitet, noe Daniel ga uttrykk for på følgende måte

Jeg synes den prøverørsbiten er en sånn befrielse på det der. For jeg bare ronker i en kopp, og leverer den inn. Så sånn rent seksuelt synes jeg det var mer maskinelt før prøverørsbehandling. Derfor var det ganske befriende å få den beskjednen om at: ’Okey, jeg har treige svømmere.’ Det kommer til å ta en evighet hvis vi skal holde på sånn her. Du kan slappe av litt med prøveopplegget. Og det var veldig befriende og bra for oss. [...] Du slipper styret rundt å prøve selv og håpe hver måned. Nå er det liksom den måneden skjer det. Og da er du fri. Alt annet er fritt da. Du kan senke skuldrene... Få litt pause fra det å prøve selv. Sånn at man kan ha et mer vanlig sexliv.

For Daniel var assistanse befriende for hans sexliv, fordi han følte at sex ble mye mindre maskinell på klinikkene. Med andre ord førte assistansen til en endring i hans opplevelse av seksualitet. Klinikkene fikk det reproduktive ansvaret, slik at de ikke trengte å tenke mye på å prøve selv. Ifølge Mosegaard (2009) *deseksualiseres* reproduksjon i møte med assistanse, fordi ansvar blir overlatt til klinikkansatte slik at par kan avlastes. Seksuell frihet skapes i møte med klinikkene, og de ansatte er hjelpere som bidrar til en *befriende seksualitet*. På klinikkene erfarte mennene seksualitet annerledes, fordi assistanse ga sex en annen betydning. Noe som før var seksuelt, ble et middel for å oppnå et større mål. Som en konsekvens av dette opplevde mennene ronking i plastikkopp som noe ikke-seksuelt. Sex i forbindelse med behandling ble noe teknisk og ikke-seksuelt, slik at mennene kunne ha et ”vanlig” sexliv på hjemmebane. I samsvar med dette, sa gynekologen at

Noen uttrykker lettelse av å være i gang med en behandling, fordi da føler de at de kan få et normalt sexliv tilbake. For da kan de ha sex for å ha det koselig og sånn som det var før. Ikke

bare fordi det er en positiv egglosningstest og for at kvinnen ønsker eller trenger sperm for å prøve å bli gravid. Det er det en del menn som har kommentert på faktisk.

Assistert reproduksjon medførte en todeling av mennenes sexliv, noe som var et interessant og kanskje litt overraskende funn i min studie. Før de søkte om og fikk hjelp, hadde de ”sex for å få barn” som var preget av planlegging og stress. Under behandlingsprosessene følte mennene har de i større grad kunne ha ”sex for sexens skyld.” Selv om de måtte fylle en plastikkopp med sæd og få teknologisk assistanse, følte mennene at de endelig kunne senke skuldrene og tenke på noe annet. De kunne få tilbake et lystbetont sexliv. Ifølge Pedersen (2005) formes det intime og personlige i interaksjon med andre, og disse møtene finner sted i en spesifikk kontekst. Seksualitet må forstås som relasjonelt og i samspill med kontekstene de befinner seg i. For mennene i min studie kan man snakke om en *hybrid seksualitet*, bestående av to ulike sexliv som tjener hvert sitt formål og som er situert i to forskjellige kontekster. Vi i dag er vitne til nye former for seksualitet i lys av samtidens utviklingstrekk (Pedersen 2005), noe som stemmer godt med funnene i min studie.

### 6.3 Oppsummering av funn

I dette kapitlet har jeg sett nærmere på mennenes opplevelse av assistanse som biografisk fortsettelse, og møtene mellom kropp og reproduksjonsteknologi, samt konsekvensene av assistanse for mennenes sexliv. Selv om infertilitet var en vond beskjed å få, ble mennene håpefulle om en *biografisk fortsettelse* via assistert reproduksjon. Til tross for variasjon i sæd kvalitet, representerte assistert farskap et teknologisk *håp* om en fremtid som far og at de kunne komme seg videre, noe som klinikkansatte også vektla i møtene med infertile menn. Mennene opplevde diagnostisering som en *lettelse*, fordi de fikk vite hva som var galt og hva de kunne gjøre for å komme seg videre. Videre verdsatte de assistanse og anså teknologien som uproblematisk, noe som kan tyde på at dette var mer akseptert og mindre tabubelagt enn infertilitet. Sædprøve ble i første omgang ansett som en *enkel oppgave* i forhold til hva kvinnene måtte gå gjennom, men som viste seg å være mer kompleks enn som så. Noen menn foretrakk å avlegge prøven hjemme, fordi dette var mer privat. En av mennene ville avlegge prøven på klinikkene, i frykt for at han ellers ville ødelegge den. Et av de viktigste funnene i dette kapitlet var en todeling mellom ”sex for å lage barn” før assistanse og ”sex for sexens skyld” etter assistanse. I assistert reproduksjon fikk klinikkene ansvaret for det reproduktive ved sex, slik at mennene kunne ha et ”vanlig” sexliv på hjemmebane.





## 7. (Re)konstruksjon av maskuliniteter

Dette kapitlet bygger på de foregående analysekapitlene, og tar sikte på å utforske hvordan maskulinitet knyttes til assistert reproduksjon. Infertile menn må forholde seg til en ny og utfordrende situasjon som strider mot hva som tradisjonelt sett assosieres med det å være mann. I dette kapitlet diskuteres konsekvensene av infertilitet og assistanse for maskulin identitet, samt hva menn gjør som menn for å bli assisterte fedre. Følgende analysespørsmål stilles: *Hvordan (re)konstrueres maskulinitet i forbindelse med assistert farskap?* Som inngang til å besvare dette spørsmålet, a) sier jeg noe om at mennene kom til kort som menn. Videre diskuteres b) følelsene som oppstod og c) de maskuline strategiene som mennene brukte i forbindelse med assistert farskap. Dette omhandler hva mennene gjorde som menn for å bli assisterte fedre. Mennene måtte bevege seg rundt på klinikkene og utføre bestemte oppgaver for å bli fedre, hvor de potensielt kunne påvirkes av omgivelsene. I dette kapitlet vil jeg også bruke ekspertintervjuene til å si noe om hvordan klinikkene legger opp til en koreografi for hvordan menn bør gjøre kjønn i assistert reproduksjon.

### 7.1 Å komme til kort som mann

Som en konsekvens av infertilitet fortalte mennene i min studie at de følte seg utilstrekkelige, fordi de fikk ikke til noe som de følte at de burde få til. Kroppene deres fungerte ikke som de skulle, noe som gikk utover deres manndom. Gard fortalte at

Det går litt utover manndommen av og til. Tror jeg da. Selv om du ikke gir uttrykk for det. Jeg ga ikke uttrykk for det i hvert fall, til Lise. Til å begynne med... Om at det her var et problem for min del. Så var det jo egentlig det.

Som nevnt tidligere, fikk Gard beskjed om at han hadde svært nedsatt sædkvalitet. Til og begynne med delte han ikke dette med noen, heller ikke med sin partner. For det første tyder dette på at infertilitet er et sårbart tema. For det andre måtte han kanskje akseptere at han var infertil før han kunne dele dette videre. For det tredje ville han ikke belaste sin partner for dette, fordi hun ble *"proppet full av hormoner og fandens oldemor"* og hadde allerede nok å tenke på. Mennene i min studie holdt tankene om infertilitet for seg selv, og anså dette som et privat problem. De delte dette med sine partnere, men ikke så mange utover dette. Videre fortalte Gard at *"i og med at vi fikk Trym på naturmetoden, så hadde det i hvert fall ingenting å si. Da var jeg jo mann allikevel."* De ble gravide gjennom samleie før de i det hele tatt rakk å begynne på behandling, noe han omtalte som "herlig." Dette var en stor opplevelse for han.

Det var en suksessopplevelse og en seier, samt en bekreftelse på hans maskulinitet. Til tross for svært nedsatt sædkvalitet, ble de gravide og dette kobler han direkte til det å være mann.

Daniel påpekte at *"det er liksom det der med mandighet. Jeg føler meg litt mindre sånn macho mann"* og at han *"egentlig aldri har vært en supermacho fyr, men det har gjort litt med meg. Litt sånn redusert syn på min mandighet."* Dette sier noe om hans opplevelse av det å være mann i møte med infertilitet. For Daniel var maskulin identitet knyttet til det å være macho, noe han hadde et ambivalent forhold til. Han hadde et redusert syn på seg selv som mann, fordi han ikke fikk til å være macho. "Macho" assosieres ofte med hegemonisk maskuline egenskaper som dominans og kontroll, samt fysisk styrke og emosjonell løsrivelse (Connell 2000, 2005; Gutmann 1996, 2009). For Daniel var macho en idealtypisk beskrivelse på hvordan en mann skulle være, noe han ikke innfridde. Dette hadde tydelig påvirkning på hans selvbilde som mann.

Infertilitet var problematisk, fordi det satte maskuliniteten på spill. Flere av mennene i min studie brukte ord som "manndom," "mandig" og "mann nok" for å beskrive hvordan de følte seg som menn i assistert reproduksjon. "Manndom" er et ord som gjerne forbindes med mannens edle deler, og som blant annet kobles til det å ha en sterk kropp som kan produsere barn (Goldberg 2009). En fysisk sterk kropp er en egenskap ved hegemonisk maskulinitet, som viser til en normativ idealtipe ofte assosiert med menn som har kontroll og dominerer over kvinner og andre menn, som igjen kan knyttes til reproduktiv makt (Barnes 2014). Det er en nær sammenheng mellom maskulinitet og makt, noe som brytes når menn får vite at de er infertile. Som infertile var ikke mennene i min studie i stand til å lage barn. Kroppene deres var ikke sterke nok, og de følte at de kom til kort som menn.

*Mengde sæd, mann nok?*



Man sitter og føler at man må gjemme prøven sin, liksom. Det kjenner jeg meg for så vidt litt igjen i. Det er liksom 'walk of shame' fra døen til laboratoriet.

I siste del av intervjuene med mennene presenterte jeg også et bilde, som illustrerer tre menn som skulle levere sædprøve. Mennene som sitter ytterst, prøver å skjule sin kolbe med sæd. Mannen i midten holder frem sin kolbe, som inneholder stor mengde sæd. Som vist i sitatet identifiserte Aksel seg med mennene som skjulte kolbene sine. Det var pinlig å gå rundt med en plastikkopp med sæd, og følte at han måtte dekke den til på vei fra toalettet til laboratoriet. Sæd er et interessefelt i *Sperm Counts. Overcome by Man's Most Precious Fluid*, hvor Moore (2007) utforsker hva sæd har å si for de normative fortellingene om maskulinitet. Her spiller assistanse en viktig rolle, fordi sæd behandles atskilt fra menn. Menn har ikke kontroll over dette, noe som kan påvirke deres opplevelse av maskulin makt (Moore 2007). Mennene i min studie begynte å tenke over hvor mye sæd de produserte, og skulle levere fra seg. Aksel tenkte tilbake på en gang han skulle levere sædprøve og sa at

Man får noen sånne tanker: "Er det nok?" Det er en veldig rar tanke, men det tror jeg at mange menn tenker... Fordi når vi gjør det i en liten kopp, så ser du plutselig hvor lite det er. Og det er fryktelig lite, så da får man plutselig litt prestasjonsangst.

Samtlige av mennene i min studie koblet sædkvalitet til maskulinitet. Da Aksel skulle levere sædprøve, var han usikker på om han hadde produsert nok sæd, noe som kan indikere en forventning om at det burde ha vært mer. Hadde han utnyttet kroppens fulle potensial? Ifølge Barnes (2014: 5) er en utbredt oppfatning at "real men gush sperm," noe som kan forklare hvorfor Aksel var usikker. Han gruet seg til å levere den inn, fordi han ikke visste om det holdt mål. Mengde sæd sa noe om hvor maskulin Aksel følte seg, og de usikre tankene medførte en trussel for hans maskuline identitet. I tråd med dette sier Moore (2007: 148) at menn er "clearly invested in the representations of semen as inherently linked to their sense of selfhood. [...] The more masculine the man, the more manly his semen and vice versa," og som en konsekvens av dette vil liten mengde sæd "hits personal masculine identities right were it counts" (Barnes 2014: 5). Selv om maskulinitet utfordres av nedsatt sædkvalitet, vektla mennene i min studie at konsekvensene av infertilitet utgjorde størst trussel. Det å være infertil stod i kontrast til det å være fertil, fordi farskap ble satt på vent. En fremtid som far var en viktig del av hva det ville si å være mann, men for å oppnå dette måtte sædcellene prestere. Maskulinitet var både knyttet til sædkvalitet og til det å bli far, med særlig vekt på det sistnevnte.

## 7.2 Følelsspråk

Emosjonell løsrivelse er en egenskap som assosieres med hegemonisk maskulinitet, og som idealtypiske menn forventes å inneha (Connell 2005). De forventes å skjule følelsene for å vise at de har selvkontroll. Tidligere forskning viser også at menn og kvinner ikke har de samme følelsene i forbindelse med det å være infertil og behandles i henhold til dette (Chachamovich et al. 2010; Dudgeon & Inhorn 2009; Schmidt 2009). I tråd med dette fortalte en av sykepleierne om hva menn spør om på klinikkene:

Menn er mer opptatt av praktiske ting og antall spermier, og hvor mange som er bra og hvor mange som er dårlig. Litt mer sånn fakta. Mens kvinner har flere spørsmål om tanker og følelser rundt det, oppturer og nedturer, litt mer sånn emosjonelt.

For det første tyder dette på at maskulinitet settes på spill i møte med infertilitet, hvor klinikkansatte beskrev menn som annerledes enn kvinner. For det andre støtter klinikkansatte tidvis seg til og koreograferer en tradisjonell forståelse av menn som faktaorienterte, heller enn emosjonelle. Klinikkerne la opp til en *ontologisk koreografi* for hva som kreves og forventes av de ansatte og par som søker om assistanse (Thompson 2005). Denne koreografien skapes i interaksjonen mellom menneskene på klinikkene, noe som potensielt kunne påvirke hva mennene i min studie erfarte.

Selv om ekspertene var opptatt av å inkludere og ivareta menn på klinikkene, la de fortsatt større vekt på forskjellene mellom menn og kvinner. For ekspertene i min studie innebar *følelseskoreografi* at a) kvinner er følsomme, mens b) menn er mer opptatt av det praktiske (Adrian 2006: 103). Videre fortalte en annen sykepleier at menn også generelt ikke er like åpne som kvinnene, og at de ofte er tause under klinikkbesøkene, fordi "*det er liksom lettere å forholde seg til et par tette eggledere enn et par tette sædledere.*" I tråd med dette sier Tjørnhøj-Thomsen (2009) at infertilitet ofte assosieres med kvinnene, og at de ofte forventes å være mer sosialt og emosjonelt tilknyttet assistert reproduksjon. Fordi de medisinske prosedyrene rettes mot kvinnene og kroppene deres, har både tidligere forskning og media fokusert på kvinners erfaringer med infertilitet og assistanse (Bloch 2013; Hinton & Miller 2013; Mikkelsen, Madsen & Humaidan 2013). Dette sier noe om at det er behov for også å tenke over maskulinitet i forbindelse med infertilitet. Videre fortalte gynekologen jeg intervjuet at



Alle trives best med å både få og gi gode beskjeder, men det er måten disse beskjedene blir gitt på som er viktig. Det er for at de skal klare å gå videre på en så god måte... Som en så sterk og stor mann som de i utgangspunktet var.

Som illustrert i sitatet, la gynekologen opp til en bestemt måte å forstå kjønn på. Flere klinikkansatte tok ubevisst utgangspunkt i at fertile menn var store og sterke støttespillere, noe som var en av de stereotypiske forestillingene som ble koreografert på klinikkene. I samsvar med dette fant Barnes (2014: 164) at "preconceived notions about masculinity inform and shape medical practices, and traditional hegemonic gender norms are invoked in doctor-patient interactions." Videre kan dette indikere en normalitet for hva som forventes av menn på klinikkene. Menn blir ofte omtalt som og forventes å være det sterke kjønn, uten at dette problematiseres ytterligere (Hanna & Gough 2015). Her er det snakk om emosjonell styrke, hvor de forventes å være stabile partnere. Disse forventningene utfordres av infertilitet, og plasserer menn i en sårbar situasjon som svake (Daniels 2006). For mennene i min studie skjedde en vekselvirkning mellom hvem som var sterk og hvem som var svak, eksempelvis sa Johan at

Man får jo virkelig testet grensene... Man får jo testet alt egentlig. Tålmodigheten til begge to, for man blir jo testet. Ja, og sint blir man jo begge to også. Vi får i hvert fall finne ut hvem som er sterkest hele tiden. For det går veldig mye på det psykiske da. Tenker veldig mye.

Å være emosjonelt sterk var ikke alltid like enkelt. Følelsene til mennene ble satt i sving og testet. Noen ganger var han den sterke, andre ganger var hun sterkest. Daniel fortalte at "*nå er jo jeg den svake og hun den sterke,*" men hvis han var fertil og hun infertil, hadde han "*fått en annen rolle. Da hadde jeg vært den sterke parten og hun hadde vært den svake.*" Som påpekt av Hanna og Gough (2015: 5) "although men play the role of the 'rock', this does not mean that men do not have other emotive responses to infertility, or that 'being strong' is an emotionally easy role for men to play." Mennene i min studie strevde med å balansere mellom å være sterk og svak, noe som tyder på at maskuliniteten ble *skjør* i møte med infertilitet.

Mennene i min studie representerte noe nytt, fordi de i stor grad var emosjonelt engasjert i assistert reproduksjon og et viktig funn var at mennene satte ord på følelsene sine. Infertilitet og assistanse representerte ikke bare en avbrytelse og fortsettelse i mennenes biografi, de satte også følelsene i sving. Som vist i kapittel 5 og 6 kom følelsene frem, både i forbindelse med det å ikke være i stand til å lage barn og ved prøving og feiling i assistert reproduksjon.

Mennene hadde et *følelsesspråk* som var detaljrikt og metaforisk, noe som de to følgende underoverskriftene tar for seg, og som igjen sier noe om hvor viktig det er å få frem de tause stemmene til infertile menn.

### *Følsom mann på fjelltur*

Når du går fjelltur, så er det noen turer som er laget sånn at du bare går toppturer. Og du bare har finvær og du lykkes med alle oppturene og alt bare matcher. Og sånn følte alle de andre. De som gikk forbi oss med barn i magen eller alle vennene våre som ringte og sa at de var gravide. De var liksom på topptur hele tiden. Mens for oss så følte det som å gå den evige turen nede i myra... Nede i dalen. Aldri ha noen høydepunkter. Du bare går og går og går... Og det er tungt, ikke sant? Du kommer deg aldri noen steder. Så for oss nå så er det jo faktisk at vi får den toppturen. Vi har gått DRITLANGT, og så er det et utrolig fint fjell med en fantastisk utsikt. Det er sånn det føles.

Etter ni forsøk med ICSI over seks år, var Aksel straks i mål. På intervjudtidspunktet var det 16 dager til kona hadde termin, og det var han lykkelig over. Endelig hadde de fått det til, noe han beskrev som *"litt uvirkelig."* Han brukte "fjelltur" som beskrivelse på opplevelsene av behandlingsprosessene. Å gå på fjelltur kan virke som en evighet, hvor man gjentatte ganger kan spørre seg selv eller andre: "Er vi fremme snart?" Man kan se en topp i det fjerne og håpe at man snart er ved målet. Jo nærmere man kommer, desto mindre blir dette håpet. Når man er oppe på første topp, ser man en ny topp langt borte. Man må ned i "myra," før man kan komme seg til denne. Alle som har gått i myr, vet at dette er tungt. Myra gir motstand og skrittene blir tunge, og det kan noen ganger føles som at man sitter fast. Det kan sammenlignes med å stå i kvikksand. Man synker, og foten må trekkes opp med kraft. For Aksel representerte alle toppturene de positive beskjedene som førte til at de kom seg nærmere foreldreskap, eksempelvis da testene viste at de var gravide. I tillegg til dette er toppturene også en illustrasjon på alle vennene som ble gravide og gravide "på gata" som de stadig vekke la merke til. Myrene viser til de negative beskjedene, og hvor de befant seg etter hvert mislykkede forsøk. Det hadde tatt lang tid å komme seg til mål, men de var straks fremme. De skulle bli foreldre, noe Aksel beskrev som *"fantastisk."* Disse beskrivelsene handler ikke om kropp, men om følelsene som oppstod i møte med assistanse. Videre fortalte Aksel at

Det kan jo hende noen menn bare er liksom sanne roboter og ikke blir så følelsesmessig rundt akkurat det der og bare kan gå på jobb og yte og komme hjem og passe på kona si som om det

er en hamster som er død, liksom. Men for meg så funker det ikke sånn. Jeg sitter på jobb og tenker ikke på noe annet enn det... Ja, så det var fælt. Det var skikkelig, skikkelig... Det er en følelse jeg ikke unner noen.

I dette sitatet gjør Aksel en sammenligning av seg selv med andre menn. Han forklarte at noen menn ikke viser følelser og er robotaktige, noe han ikke identifiserte seg med. Dette sier noe nytt om hvordan infertilitet og assistanse oppleves som mann. Mennene i min studie var involverte i assistert reproduksjon og basert på svarene jeg fikk, ble de emosjonelt bombardert. De brydde seg om ”prosjekt barn.” De var også opptatt av at kvinnene skulle ha det bra. På samme måte som i studiene til Brandth og Kvande (2003, 2013) var de *nærværende* som assisterte fedre.

### *Emosjonell berg- og dalbane*

Behandlingsprosessene beskrives som en ”emosjonell berg- og dalbane” i dokumentene om infertilitet, samt i tidligere forskning (se for eksempel Greil, Slauson-Blevins & McQuillan 2010). Dette var en annen metafor jeg presenterte i del to av intervjuene, for å høre om dette var noe mennene relaterte seg til. Før jeg rakk å si noe mer enn å nevne hvilken metafor det var snakk om, ble jeg avbrutt av Daniel:

Ja, det stemmer. For det første så må du hele tiden jobbe med forventninger... Det er DRITVANSKELIG, men du må prøve å ha rasjonelle forventninger. Det kan jo ende at... Altså, det kan føre til den ene eller den andre konklusjonen. Eller ingen konklusjon. Det er tungt å jobbe med å holde forventningene i sjakk. Så det blir jo fort en berg- og dalbane. Du forventer noe, og så blir det ikke sånn. Og så forventer du noe mer, og så blir det ikke sånn.

For Daniel var det vanskelig å tenke rasjonelt underveis i behandlingsprosessene. De kunne få vite hva som var feil eller hva som skulle skje videre, eller ingen av delene. Det var en mulighet for at klinikkene ikke fant en forklaring på hvorfor de ikke ble gravide. Dette sier noe mer generelt om det å skape en balanse mellom forventninger og realitet, fordi forventningene man har kan avvike fra det som faktisk skjer. Dette kan oppleves som en berg- og dalbane. Samtlige av mennene i min studie kunne denne metaforen for å beskrive hva de opplevde i behandlingsprosessene. Aksel fortalte at dette var en god beskrivelse, fordi *”det går fort opp og ned, og du blir slengt hit og dit. Noen elsker å ta berg- og dalbane, men mange kjenner også igjen frykten i det. Det er på en måte en blanding mellom frykt og glede.”* For han var berg- og dalbane både noe fint og skremmende. Det var fint, fordi det sa noe om

at resultatet var verdt forsøkene de hadde gått gjennom. Det var skremmende, fordi de opplevde at mange ting ikke gikk som planlagt, og at de alltid ville være en risiko for å mislykkes.

Behandlingsprosessene bar preg av *følelsmessig ambivalens*, eksempelvis sa Johan at *“det er en bra berg- og dalbane i livet, ja. Det er helt sikkert,”* fordi *“man er gjennom såpass mange skuffelser og gleder. Og tøffe tider. Det er veldig mye positivt og negativt på en gang.”* På spørsmål om hvor han ville plassere hendelsene, fortalte han at første nedoverbakke var *“da man fikk vite at man ikke kunne bli gravid eller få til unger.”* Deretter fikk han håp om at dette ikke trengte å bli problematisk, noe som representerte en oppoverbakke. Den andre oppoverbakken var *“den første gangen vi ble gravide. Da var alt bra.”* Videre beskrev han at andre nedoverbakke var da de fikk *“den negative beskjeden om at fosteret ikke lever lenger. Da faller du langt ned.”* Slik har behandlingsprosessene fortsatt gjennom 12 forsøk. Noen av hendelsene kunne befinne seg midt i en oppoverbakke eller nedoverbakke, noe som kom til uttrykk i beskrivelsene av testikkelbiopsiene: *“For at jeg skal bli far, så må det jo gjøres. Så det kan jo ikke være helt på bunnen selvsagt. Men det er såpass vondt at det ligger ikke helt på toppen heller, men... Sånn litt over midten.”* For Johan var testikkelbiopsiene en vond opplevelse, men de måtte til for at han skulle bli far. Derfor plasserte han disse opplevelsene i en oppoverbakke. Det var mer positivt enn negativt med nålestikk og ispose, som sier noe om hvor stort hans ønske om farskap var. Han var forberedt på å gå gjennom smertefulle inngrep for at dette skulle realiseres.

Gard beskrev sin opplevelse av behandlingsprosessene som en kortvarig berg- og dalbane, og spilte videre på metaforen:

Det var et lite tivoli, ikke sant? Det var ikke noe stort. Det var ikke en stor fornøylespark for å si det sånn... Fordi vi kom inn i prosessen ganske fort. For min del så var det litt sånn opp og ned, ikke sant? Men da vi først kom i mål, så flatet det ut. Det gjorde det.

Som konsekvens av at de begynte på en behandlingsprosess kort tid etter at de tok kontakt med klinikken, opplevde de få oppturer og nedturer. De fikk barn på første forsøk og han brukte ordene ”tivoli” og ”fornøylespark,” som hentyder noe positivt. Mennene i min studie varierte med hensyn til hvordan de opplevde behandlingsprosessene som en berg- og dalbane, og trakk frem to av de vanskeligste hendelsene – spontanabort og de negative graviditetstestene. Daniel fortalte at han ble lei seg de gangene det ble sponanabort, *“vi hadde*

*en veldig tidlig ultralyd og da var det liv. Og så hadde vi en ultralyd litt senere hvor det ikke var liv. Og det var desidert... Det var... Det var SKIKKELIG KJIPT.” Videre reflekterte han over hvor vanskelig det måtte være for par som prøver om og om igjen, og sa at “jeg kan tenke meg at hvis du har gjort prøverør, og så ble du gravid. Og så kommer du dit og skal begynne på prøverør igjen. Den loopen der er i hvert fall en berg- og dalbane.”*

Flere av mennene trakk frem de negative graviditetstestene som en stor nedtur. For dem var dette en test som fungerte som et teknisk hjelpemiddel for å finne ut av om de var gravide eller ikke, som innebar at partneren urinerte på en testpinne før de sammen ventet på resultatet. For Aksel var dagene før de skulle ta en graviditetstest

den verste tidsperioden. Helt fra uttak så er det noen veldig intensive dager, hvor hver eneste natt er en utfordring, fordi du på en måte står opp til en ny virkelighet. Har eggene overlevd natten? Er de befruktet? Er de klare til å settes inn? Det er nye milepæler hele veien. Og så er det aller verste, det er de to ukene etter innsett. Da venter man to uker, og så gjør man en vanlig graviditetstest. Det er de lengste to ukene du kan ha... I hvert fall i mitt liv.

Intervjuer: Hva tenkte du da?

[...] Man får jo ikke sove. Man vil jo bare tenke på den testen. Så vi testet jo som regel klokken to eller halv tre på natten, i desperasjon. Da står man på badet og ser på den jævla testen. Når man tar en graviditetstest, så må man jo vente en liten stund for at den skal fungere. Og da legger man den under et papir, sånn at man liksom ikke skal se på den. At den blir negativ. Så setter man på en klokke på to minutter, og venter i 120 SEKUNDER. Tiden går så sakte. Så står man der, kald og fryser, og bare gruer seg. Og så tar man av papiret, og så er det himmel eller helvete under der. Det er et veldig rart øyeblikk. Og som regel så var det som forventet. Negativt. Så blir man dritforbanna, så blir man dritlei seg. Får lyst til å knuse et eller annet.

I dagene før de skulle teste om de var gravide, opplevde Aksel å stå opp til en ny virkelighet. Dette var en periode hvor han var usikker og kjente at følelsene skapte et *indre kaos* (Becker 1997). I samsvar med dette sier Faxe (2012: 53) at en graviditetstest både i praksis og mer symbolsk kan sette en ny dagsorden, som “kaster med eksponentiel fart det elskende par ind i en ny verden, et nyt paradigme, en ny virkelighet.” Hva testen viste var avgjørende for hans fremtid som far. Aksel fikk ikke sove, fordi han ville så gjerne at de skulle teste positivt. Han hadde et håp om at de kunne være gravide, men var usikker og ville ha svaret med en gang. Derfor stod de opp midt på natta. De var desperate. Han håpte på det beste, men var forberedt

på det verste. Han ble sint på at testen viste at de ikke var gravide, men konsekvensene av dette var det verste for han. Ville det bli “himmel” eller “helvete”? Ville de bli gravide eller måtte de prøve på nytt? En positiv test betydde at han skulle bli far. En negativ test betydde en ny og krevende prosess med prøving og potensielt feiling. For mennene i min studie var det verste ”å gå rundt og tenke på: ‘Går det bra? Går det bra?’,” som Gard sa.

### 7.3 Maskuline strategier

For mennene i min studie var farskap en viktig del av det å være mann, eksempelvis fortalte Martin om sitt ønske om å stifte en familie og ”gjøre en jobb som forelder. Å ha noen å ta vare på og beskytte. Å leve et familieliv, hvor jeg er mannen i huset. Så det er en viktig del av mitt ønske. Og hva det vil si å være mann.” Gard var far til to barn, hvor Fredrikke ble ”laget hjemme” og Trym ble ”laget på sykehuset.” Han kunne ikke tenke seg et liv uten ”gullklumpene” sine. De betydde alt for han. De gjorde han stolt, fordi ”for meg i dag å si at jeg er far til to stykker. Det gjør meg godt. Jeg kjenner at det er godt i hjertet mitt... Å tenke på at jeg har de to.” Dette tydeliggjør at farskap ikke bare var viktig for en biografisk fortsettelse, men også for hva det ville si å være mann (Rostgaard & Møberg 2015). Som vist ble maskuliniteten skjør og ambivalent i møte med infertilitet, hvor mennene følte seg utilstrekkelige og usikre på seg selv som menn. Kroppene fikk ikke til å levere, og som konsekvens av dette ble farskapet satt på vent. De kom til kort, både kroppslig og i sosialt forstand. Deres rolle som mann ble satt på prøve, og de ble usikre på hva de kunne gjøre for å komme seg videre. Hva skulle de gjøre? Hva skulle de si? Slik utgjorde infertilitet en trussel for maskulin identitet. Når det å være mann var synonymt med det å bli og være far, utfordres maskuliniteten av infertilitet (Dudgeon & Inhorn 2009).

#### *Passiv, men handlende kropp*

I reproduksjon assosieres menn med aktivitet, mens kvinnene regnes som passive. Martin (1991: 489) viser i sin humoristiske artikkel ’The egg and the Sperm. How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles’ hvordan forholdet mellom eggcelle og sædcelle beskrives som en romanse i vitenskapelige dokumenter, hvor de tilskrives egenskaper ved tradisjonell feminitet og maskulinitet:

It is remarkable how ‘femininely’ the egg behaves and how ‘masculinely’ the sperm. The egg is seen as large and passive. It does not *move* or *journey*, but passively ‘is transported,’ ‘is swept,’ or even ‘drifts’ along the fallopian tube. In utter contrast, sperm are small,

‘streamlined,’ and invariably active. They ‘deliver’ their genes to the egg, ‘activate the developmental program of the egg,’ and have a ‘velocity’ that is often remarked upon. Their tails are ‘strong’ and efficiently powered. Together with the forces of ejaculation, they can ‘propel the semen into the deepest recesses of the vagina.’ For this they need ‘energy,’ ‘fuel,’ so that with a ‘whiplashlike motion and strong lurches’ they can ‘burrow through the egg coat’ and ‘penetrate’ it.

Hun stiller spørsmålstegn ved hvor feminint eggcellen og hvor maskulint sædcellene oppfører seg i de vitenskapelige dokumentene. Befruktning fremstilles som et vitenskapelig eventyr, hvor menn og deres sædceller beskrives som sterke og aktive arbeidere, mens kvinnen og hennes egg som passiv mottaker. Hvis egget blir befruktet av en sædcelle, får eventyret en lykkelig slutt. Infertilitet står i kontrast til dette, fordi sædcellene ikke er aktive og konkurransedyktige, samt at befruktningen skjer utenfor kroppen (Barnes 2014; Gutmann 2009).

I assistert reproduksjon har sædcellene en passiv rolle, mens teknologien er aktiv. Som vist i underkapittel 6.2 fortalte mennene i min studie at sædcellene ble ”hentet ut” eller ”plukket ut” før de ble ”transportert” og ”sprøytet” inn i en eggcelle. Sædcellene fikk en passiv rolle som stod i kontrast med de maskuline egenskapene knyttet til konvensjonell reproduksjon (Connell 2005). Da de brukte ICSI, byttet kjønnsrollene og det maskuline ved sædcellene ble assistert. Eggcellen lå fortsatt og ”ventet,” mens sædcellene fikk assistanse til å penetrere og befrukte egget. Til tross for de passive sædcellene, var kroppene aktive på en annen måte. Selv om mennene kom til kort på cellulært nivå, kunne de bli aktive via reproduksjonsteknologi. Ifølge Barnes (2014: 152) bombarderes menn av

the inescapable challenges of trying to measure up to the most hegemonic ideals of masculinity. To navigate the treacherous terrain of infertility, patients embrace medical technologies and treatments as the means for harnessing control over conception.

Infertilitet utgjorde en trussel for maskulin identitet. For å leve opp til de hegemoniske idealene, gjorde mennene i min studie maskulinitet på en annen måte for å (re)konstruere og bekrefte sin identitet som mann og far. Til tross for at de var infertile, befant de seg i en situasjon hvor det var mulig å bli assisterte fedre. Idet mennene fikk assistanse, brukte de *maskuline strategier*, som varierte fra mann til mann. For å realisere farskap og dermed komme seg videre i sin biografi, måtte de gjøre noe nytt. De brukte teknologien på klinikkene, og handlet på en strategisk måte for å komme seg i mål. Gjennom omfavelse av teknologisk

assistanse, demonstrerte de en form for *fremvoksende maskulinitet* – et begrep som brukes for å forstå nye former for maskulinitet som oppstår i interaksjon med reproduksjonsteknologi (Inhorn 2012: 58). Mennene i min studie gikk fra å være infertile menn til å bli assisterte fedre, hvor interaksjon med klinikkansatte og andre eksperter inngikk i (re)konstruksjonsprosessen. I de resterende avsnittene vil jeg presentere tre av de maskuline strategiene som kom til uttrykk i intervjuene.

### *Prosjektledere*

Under behandlingsprosessene var Aksel ”*en slags prosjektleder*.” Dette innebar blant annet å planlegge og ha oversikt over forsøkene. Samtlige av mennene i min studie var aktive deltakere i de medisinske prosedyrene, noe som ga dem en følelse av å være til nytte. De var aktive og involverte, og tok over mange av de praktiske oppgavene. De fikk også opplæring av klinikkene. Aksel fortalte at

Man blir jo lært opp i å måle eggløsning eller forstå når man har eggløsning. Det kan man gjøre på mange forskjellige måter. Man kan gjøre det ved temperaturmåling, man kan gjøre det ved at man sjekker slim i skjeden til kvinnen og man kan gjøre det på kalender. Eller man kan også gjøre det med urin, og sånne eggløsningstester.

Gard brukte også en strategi som prosjektleder, og fortalte at han fikk opplæring av klinikkene til å sette hormonsprøytene på kona:

Det at man får en opplæring, med hvordan man skal sette en hormonsprøyte... ’Gjør det hver morgen’, liksom. Klokken åtte. Vi valgte det tidspunktet. Så var det jo bare å sprette opp, finne sprøyten, måle opp, gå ned, klype tak i bukskinnet på Lise, sette inn sprøyten... Det var ikke noe problem. Det var ikke det. ’Okey, skal vi prøve å få et barn så må vi bare gjennom det her.’ Vi var ganske praktiske sånn sett.

Sitatene fra Aksel og Gard sier noe om at klinikkene ga assistanse gjennom å lære opp parene til selv å utføre dette. Gard satte sprøytene på kona, og fikk en aktiv rolle i møte med assistansen. Klinikkansatte la opp til en aktiviserende koreografi, som førte til at mennene tok ansvar (Thompson 2005). Ifølge Inhorn (2012) er ”ekte” menn, ansvarlige menn. Mennene tok ansvar for at de skulle realisere farskap, men også for å opprettholde sin identitet som menn. I tråd med studiene til Inhorn (2012: 2012) fant jeg at mennene inntok en strategi som prosjektleder som et forsøk på å ”embody idealized forms of masculinity.”



Mennene i min studie varierte med hensyn til det å ta kontakt med klinikkene. Aksel tok initiativ til å kontakte klinikken, og Gard ringte og avtalte forsøk. De andre mennene lot kvinnene ta seg av telefonsamtalene, men var aktive på andre måter. Eksempelvis var Johan mer aktiv i husarbeid under behandlingsprosessene, og mente at *”du skal ikke sitte og se på fotball og drikke øl, mens kvinnfolket står på kjøkkenet, vasker klær og vasker kopper og alt sånt. Du skal være med i hverdagen.”* Ved å bruke en strategi som prosjektledere tok mennene både *hegemonisk kontroll* over sitt reproduktive liv, og viste omsorg for kvinnene ved å avlaste dem (Brandth & Kvande 2003, 2013; Connell 2005).

### *Støttespillere*

For samtlige av mennene i min studie var det viktig å være støttende, mens kvinnene måtte gå gjennom de omfattende medisinske prosedyrene. De følte at de ikke kunne gjøre mye annet enn dette, både hjemme og på klinikkene. Aksel fortalte at han følte seg *”utilstrekkelig, fordi jeg ikke kan ta en pille. Jeg kan jo ikke ta en sprøyte. Så jeg må bare støtte kona veldig. Heie på og hjelpe til. Som en heilagjeng.”* Som støttespillere viste mennene omsorg for kvinnene, og gjorde maskulinitet på en *nærværende* måte (Brandth & Kvande 2003, 2013).

Dette var en av de mest fremtredende maskuline strategiene som kom tydelig frem i intervju med mennene, men også i ekspertintervjuene. Klinikkene konstruerte en koreografi som la opp til at menn skulle handle som støttespillere for kvinnene under behandlingsprosessene, noe som potensielt kunne virke inn på hva menn gjorde i praksis. Menn forventes å følge med, slik at de senere kan støtte og avlaste kvinnene, noe som en av sykepleierne illustrerte ved å si at

Det er viktig at de er med, fordi når kvinnene er her til uttak, for eksempel, så får de en god del medisiner og da husker de nesten ingenting når de kommer hjem. Så da er det mest mannen jeg henvender meg til når vi prater, har den samtalen før de går hjem. Sier det at hun kommer ikke til å huske så mye av at hun har vært her, så det er veldig viktig at du husker det jeg sier og at du heller da gjenforteller det når dere kommer hjem. Ser litt etter, lytter litt ekstra. Da føler de seg viktige.

Det kan tenkes at mennene i min studie fulgte de koreografiske trinnene på klinikkene, men dette kan ikke sies med sikkerhet. I tråd med studiene til Dudgeon & Inhorn (2009: 91) var mennene *”caught in a double bind.”* De følte at de ikke kunne ta stor plass og prioriterte derfor å støtte kvinnene, selv om de også var sårbare. Dette anså de ikke som problematisk,

noe som kan indikere at ”mannen som støttespiller” er en ”vanlig” og akseptert strategi å bruke som mann i assistert reproduksjon.

### *Steril, punktum finale*

Gard fortalte om en opplevelse som skilte seg fra biografiene til de andre mennene i min studie. Som tidligere nevnt tok de kontakt med en klinikk og søkte om assistanse, for å kunne fortsette sin biografi. De fikk Fredrikke *”på naturmetoden, mens vi stod i køen. Vi fikk beskjed om at vi var nestemann. Vi skulle egentlig sette i gang med prosessen, men så ble vi gravide,”* noe han beskrev som *”et lykketreff.”* Hans drøm ble til virkelighet, han ble far. Minnene satt godt. Da tankene om barn meldte seg for andre gang

var det ikke noe snakk om prevensjon, for da var vi jo på den der at: ‘Det her fikk vi til selv, så kanskje vi får det til enda en gang?’ Hvis det kom et barn til eller en graviditet til på kjappen, så var jo det: ‘Okey, hjertelig velkommen.’

Etter at Fredrikke ble født, la Gard og kona prevensjonen på hylla. De ville bli foreldre igjen, fordi *”vi tenkte at vi ble for gamle. Det ligger vel noe der. Pluss at ønsket om å ha et barn til grodde jo mer og mer frem da vi så hvor herlig det var å ha ett barn. Og så var det greit å ha søsken.”* Gard var klar over at det fortsatt var behov for assistanse for at dette skulle skje. De tok derfor kontakt med klinikken, og etter kort tid begynte han og kona på første forsøk med ICSI. Han fortalte at *”vi tok kontakt og så POFF! sa det, og så var vi i gang. Nesten med en gang, altså. Vi var jo i gang nesten med en gang vi la på røret, ikke sant?”* Gard hadde sett for seg at det kom til å ta rundt ett år før de var i gang med behandling, men fikk seg en positiv overraskelse. For han var dette *”spennende. Det var det. For da var vi i gang, liksom...”* De var på vei mot mål, noe han beskrev som en *”god periode.”* Det er interessant at Gard beskrev dette som noe spennende og godt, fordi mot intervjuets slutt fortalte han om noe som fikk meg til å måpe:

Nei, vi skal ikke ha flere barn. Okey, da har vi flere muligheter til det. Det er jo prevensjon. Jeg bruker prevensjon. Hun bruker prevensjon. Så finner vi ut at det blir mye styr med prevensjon. Så jeg bestiller meg en time for å sterilisere meg... Fordi da er vi i hvert fall sikre på at vi ikke får flere barn.

Som maskulin strategi valgte Gard å sterilisere seg, fordi prevensjon ikke ble ansett som en sikker nok metode. Han ville ikke risikere å få flere barn, noe som ikke samsvarte med hans biografi så langt. Han hadde ønsket seg barn av hele sitt hjerte, og til tross for svært nedsatt

sædkvalitet, fikk han oppfylt dette to ganger. Det er verdt å merke seg at de hadde vært gjennom en vanskelig periode, som hadde mye å si for hans valg. Trym slet i en lengre periode med kraftig allergi, noe han opplevde som mentalt krevende. De kom til slutt frem til at “*vi stopper nå. Vi stopper mens leken er god.*” Videre fortalte Gard at han aldri hadde sett for seg dette hvis han befant seg i en tidligere livsfase. Før han begynte å tenke på barn, var graviditet uønsket og prevensjon ble brukt for å hindre dette. Da de bestemte seg for å få barn, var alle barn hjertelig velkomne. Etter å ha fått to barn, steriliserte han seg. “*Det var bare en prosess som jeg måtte gjennom,*” sa han. Dette satte også maskuliniteten på spill, men ikke på samme måte som infertilitet gjorde. Han fortalte at

hvis du har sterilisert deg, så er du litt mer mann, skjønner du. Enn det å plutselig få beskjed om at: ‘Det her går ikke. Du får ikke barn du, fordi du ikke fungerer. Sædcellene dine er ikke bra nok,’ eller ‘du har ikke noen’ eller ‘vi må hjelpe deg.’ Det er en veldig sårbar situasjon. Men når du tenker på at menn steriliserer seg, så gjør de det fordi de ikke skal ha noen flere barn. Da snur du liksom mynten. Da kan du være litt mer rakrygget, for å si det sånn.

Sitatene fra Gard sier noe om at sterilitet var noe han valgte, mens infertilitet var ufrivillig. Han hadde kontroll over det ene, men ikke det andre. Som maskulin strategi tok han hegemonisk kontroll over sitt reproduktive liv, og satt en strek (Connell 2005). Maskuliniteten gikk fra å være *skjør* til å bli *robust*. Videre kan valget til Gard begrepsfestes som en *biografisk fortsettelse*, fordi at han ga slipp på alle de frustrerende tankene rundt reproduksjon og kom seg videre (Grønning 2014). Sterilitet var en måte å komme seg videre på, men det markerte også slutten på noe. I forlengelse av dette kan man snakke om sterilitet som *biografisk punktum*, som satte en stopper for hans videre reproduktive liv. Som han selv sa, “*jeg var fornøyd.*” Han var i mål.

#### **7.4. Oppsummering av funn**

I dette kapitlet har fokus vært på konsekvensene av assistert farskap som biografisk prosess for hvordan mennene (*re*)konstruerte maskulinitet. Mennene følte at de kom til kort som menn, både kroppslig og i sosial forstand. Infertilitet satte maskuliniteten på spill, fordi noe ved kroppene ikke samsvarte med en idealtypisk, sterk kropp. Klinikkansatte la opp til en *kjønnenet koreografi* for hvordan menn forventes å oppføre seg på klinikkene, som inkluderte at a) menn burde være sterke og støttende partnere, samt at b) kvinnene tilsynelatende brydde seg mer om følelser enn menn. Mennene i min studie var imidlertid *emosjonelt engasjerte* i

assistert reproduksjon, men det var ikke enkelt å være emosjonelt sterk. Et viktig funn var at mennene hadde et detaljrikt og metaforisk *følelsspråk*. De satte ord på følelsene sine, eksempelvis ved å bruke metaforen ”fjelltur,” samt relatere behandlingsprosessene til en ”emosjonell berg- og dalbane.” For mennene var farskap en viktig del av det å være mann, noe som førte til at maskuliniteten ble *skjør* og *ambivalent* i møte med infertilitet. Idet de fikk assistanse brukte de *maskuline strategier* for å komme seg videre i sin biografi og realisere farskap, men også for å bekrefte seg selv som menn. De to mest fremtredende maskuline strategiene var ”prosjektleder” og ”støttespiller,” som spilte på et *nærværende* farsideal. Den tredje strategien gikk ut på at Gard steriliserte seg for å sette et *biografisk punktum* i sitt reproduktive liv, og som representerte noe annet enn infertilitet. Sterilitet er et valg, mens infertilitet var ufrivillig. Sentrale funn fra dette kapitlet vil diskuteres ytterligere i neste kapittel.



## 8. Avslutning

I de foregående analysekapitlene diskuterte jeg assistert farskap som *biografisk prosess*, samt konsekvensene dette fikk for hvordan mennene (re)konstruerte maskulinitet. Dette kapitlet bygger videre på disse, især kapittel 7, og har til hensikt å diskutere andre del av oppgavens overordnede problemstilling. Altså, ”*hva kan dette fortelle om maskulinitet i endring?*” I tillegg til dette vil jeg komme med forslag til hva som kan være interessant å forske videre på. Til slutt presenteres en oppsummerende konklusjon.

### 8.1 Assistert farskap og maskulinitet i endring

Farskap er sosialt konstruert, noe som betyr at det å være far er noe man *gjør* i interaksjon med andre (Collier & Sheldon 2008; Eydal & Rostgaard 2015). Slik er farskap noe flertydig, fordi hva fedre gjør avhenger av de sosiale kontekstene de befinner seg i. Tradisjonelt sett ble makt og status assosiert med en patriarkalsk far, og maskulin omsorg var synonymt med det å være en god forsørger. ”Ekte” menn var gode forsørgere for sin familie, og ble ansett som maskuline ”vinnere” (Brandth & Kvande 2003). I dag kombineres farskap og maskulinitet på nye måter. Det har skjedd omfattende endringer i forbindelse med hva en far er og hvordan farskap praktiseres i Norge, hvor mange menn dyrker et *nærværende* farsideal (Brandth & Kvande 2003, 2013). Dagens fedre er aktive og involverte både i hjem og familieliv, hvor de i større grad enn tidligere tar del i husarbeid, samt gjør omsorg på en annen måte enn sine egne fedre. De tilbringer tid sammen med familie og barn, og samværet med barn preges av prosjektarbeid og lek (Aarseth 2011).

De aktive fedrene er synlige i norsk offentlighet, noe som også avspeiles på pappabokmarkedet. De fleste pappabøkene skrives av fedrene selv, og omhandler at fedrene er aktive fra svangerskap til fødsel, og videre i oppdragelsen (Lorentzen 2012). I samsvar med dette så mennene i min studie for seg å bli *nærværende* fedre, eksempelvis Daniel som så frem til å ta pappaperm. I tråd med dagens farskap la han vekt på være sammen med barnet, og leke utendørs (Aarseth 2011). Som påpekt i kapittel 5 satte assistert farskap spørsmålsteget ved *når* far blir til far, fordi tankene om farskap oppstod lenge før en eventuell unnfangelse. Samtlige av mennene i min studie tenkte på seg selv som fedre allerede i prøveperiodene. De så for seg hva de kunne gjøre som fedre, og ble bevisste på at farskap var en viktig del av deres biografi – noe som ble avbrutt av infertilitet.

Maskulinitet er også sosialt konstruert og endres i takt med tiden vi lever i (West & Zimmerman 1987). For å forstå assistert farskap må man ta i betraktning at det er snakk om menn, og at assisterte fedre derfor må forstås i et kjønnsperspektiv. I dag regnes farskap som en viktig del av det å være mann, som igjen sier noe om hva maskulinitet består av (Rostgaard & Møberg 2015). I tråd med dette opplevde mennene i min studie farskap som synonymt med det å være mann. Eksempelvis var Gard far til to barn, noe som betydde alt for han. Hva skulle han gjort uten ”gullklumpene” sine? Farskap var viktig for han, noe han ga uttrykk for ved å insistere på at han ikke var en ”prøverørsmann,” men ”pappaen til Trym.” Dette sier noe om hvor viktige barna var for hans identitet som mann. Assistert farskap er en illustrasjon på maskulinitet i endring, fordi utviklingen innen reproduksjonsteknologi har gjort det mulig for flere menn å bli fedre. Også menn med nedsatt sædkvalitet, noe som utfordrer *hegemonisk maskulinitet* (Connell 2005). Videre endrer teknologiene hva det vil si å være mann og kvinne i reproduksjon, fordi de grunnleggende antakelsene om å lage barn utfordres (Franklin 2013).

Samtlige av mennene i min studie gjorde noe *nytt* for å bli assisterte fedre. Via reproduksjonsteknologi gjorde de maskulinitet på en strategisk måte for å komme seg i mål. De gjorde dette til sitt maskulinitetsprosjekt. De tok utgangspunkt i et *nærværende farsideal* og brukte *maskuline strategier* som ”prosjektleder” og ”støttespiller” for å komme seg nærmere farskap, samt bekrefte seg selv som menn. En parallell til dette er fedre som har fått ansvar for barn alene etter at mor har gått ut i arbeidslivet (Brandth & Kvande 2016). De må finne ut av og forstå dette egenhendig, og kommer nær barnet på en annen måte enn sine egne fedre. Alenefedrene tok avstand fra et tradisjonell, patriarkalsk farsideal, og omsorg ble integrert i deres maskuline identiteter – uten å svekke maskulin status. Dagens farskap åpner opp for en maskulinitet som preges av omsorg og følelsesmessig forpliktelse (Brandth & Kvande 2013; Elliott 2015). Som vist i min studie gjelder dette også for assistert farskap.

Det er behov for forskning på infertile menn og deres rolle i assistert reproduksjon, både i norsk og internasjonal kontekst. Som vist i min studie, satte mennene ord på følelsene sine – noe som er underbelyst i forskning på menn i assistert reproduksjon (Throsby & Gill 2004; Dudgeon & Inhorn 2009). Et av mine funn – *følelsesspråk* – kan brukes til å forstå følelsene til menn, noe som det burde forskes videre på. Som påpekt av Inhorn (2012) er menn ofte emosjonelt engasjert i assistert reproduksjon. De bidrar ikke bare med en kopp med sæd, men bombarderes av egne utfordringer og bekymringer. Mennene i min studie var emosjonelt engasjerte i assistert reproduksjon, hvor de opplevde at følelsene skapte et *indre kaos* (Becker

1997). I forbindelse med infertilitet følte de at de ikke strakk til som menn, både kroppslig fordi de ikke fungerte som de skulle og sosialt, fordi farskap ble satt på vent. Disse negative følelsene tok stor plass hos mennene, og de meldte seg titt og ofte. Behandlingsprosessene satte følelsene i sving, hvor de opplevde både noe positivt og noe negativt om hverandre. De satt i en *emosjonell berg- og dalbane* og var usikre på når turen ville ende. Det hadde vært interessant å se nærmere på de metaforiske beskrivelsene for å forstå hvordan behandlingsprosessene oppleves. I min studie tolkes disse som en måte å skape mening på, men kanskje de for andre fungerer som en distanserende teknikk?

De lange intervjuene tyder på at menn har et behov for å snakke med noen, og her er det viktig informasjon å hente. For å forstå infertilitet, må man lytte til de som selv erfarer dette. Ved å lytte til mennene fikk jeg viktig kunnskap om hva det vil si å være infertil mann i Norge. Min studie gir infertile menn en stemme, noe jeg håper at andre forskere tar med seg videre og som klinikkene kan ha nytte av i sitt fremtidige arbeid med menn. Jeg har også et ønske om at andre menn i samme situasjon skal høre disse stemmene, og dermed få vite at de ikke er alene. For som mennene i min studie sa, var det enklere å være åpen hvis de visste at også andre menn var i samme situasjon som dem selv. Videre kan dette potensielt medføre økt åpenhet om mannlig infertilitet.

Andre pek mot videre forskning kan være å få tak i menn som sliter med å unnfange, men som ikke har søkt om hjelp enda. De løse kriteriene jeg satte i forbindelse med dette – at mennene skulle *ha til hensikt, være i gang* med eller *ha tatt i bruk assistert befruktning i Norge* – ga meg menn som var i startfasen eller som hadde gått gjennom mange forsøk. Hva med de som har gått gjennom tre eller fire forsøk? De som har gått gjennom ”gratisforsøkene” til staten, og må velge mellom å gi seg eller fortsette. Her møter de en økonomisk utfordring, fordi hvert forsøk har en femsifret prislapp. Kanskje de opplever prosessen på en annen måte? Et annet interessant funn jeg er mer nysgjerrig på er opplevelsene av et todelt sexliv. I prøveperiodene hadde mennene ”sex for å få barn,” mens de i møte med assistanse kunne ha ”sex for sexens skyld.” De opplevde dette som befriende og som en slags ansvarsfraskrivelse, hvor klinikkansatte fikk det reproduktive ansvaret. Her hadde det også vært interessant å vite noe om hvordan klinikkene koreograferer seksualitet.

Videre forskning kan også forske på likhetene og forskjellene mellom infertilitet og sterilitet. Gard opplevde sterilitet som et *biografisk punktum*, hvor han selv satte strek i sitt reproduktive liv. Det var lettere å være åpen om dette, noe som tyder på at infertilitet oppleves

som mer privat enn sterilitet – selv om begge har å gjøre med teknologi og sæd. Det som imidlertid er en forskjell går ut på at infertilitet er ufrivillig, mens man kan velge å sterilisere seg. Det hadde vært interessant å se nærmere på maskulinitet i forbindelse med sterilitet som valg og infertilitet som ikke-valg. I etterkant av intervjuene har jeg også vært nysgjerrig på hvordan det gikk med påbegynte forsøk. Var forsøk nummer to vellykket? Hva med nummer 13? Aksel skulle bli far 16 dager etter intervjutidspunktet, og det hadde vært interessant å høre om opplevelsene fra *barnevognsallergi* til barnevogn.

## 8.2 Oppsummerende konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hvordan mennene i min studie erfarte og forstod infertilitet og assistert farskap, samt hva dette kan fortelle om maskulinitet i endring. For å utforske dette formulerte jeg følgende overordnede problemstilling: *Hvordan erfarer menn infertilitet og assistert farskap i Norge, og hva kan dette fortelle om maskulinitet i endring?* For å få besvare denne, foretok jeg dybdeintervju med fem infertile menn. I tillegg til dette brukte jeg feltarbeid som kontekst, for å forstå kontekstene mennene befant seg i. Dette bestod av ekspertintervju, omvisninger på fertilitetsklinikkene i Trondheim og en gjennomlesning av offentlig tilgjengelige dokumenter om infertilitet.

Inspirert av utvalgt teori formulerte jeg tre analyse spørsmål, som ble fokus i hvert sitt kapittel. De to første analysekapitlene tok for seg assistert farskap som *biografisk prosess*, hvor jeg besvarte spørsmålene ”*hvordan kan infertilitet oppleves som biografisk avbrytelse?*” og ”*hvordan kan assistanse oppleves som biografisk fortsettelse?*” I siste analysekapittel søkte jeg svar på ”*hvordan (re)konstrueres maskulinitet i forbindelse med assistert farskap?*” Disse analysekapitlene la et grunnlag for en senere diskusjon av maskulinitet i endring.

Mennene i min studie var unike på hver sin måte og må forstås som dette, og som vist i analysekapitlene må denne variasjonen tas i betraktning. Dette avspeiler hvor sammensatt infertilitet som fenomen er. Basert på funnene i min studie, kan jeg både si noe om infertilitet blant menn som fenomen og hva assistert farskap som biografisk prosess kan fortelle om maskulinitet i endring. Kort sagt anså mennene farskap som viktig for å komme seg videre i sin biografi, samt for hva det ville si å være mann. Infertilitet representerte derfor både en *biografisk avbrytelse*, og en trussel mot mennenes maskuline identitet. Idet mennene tok kontakt med en fertilitetsklinikk og fikk hjelp til å lage barn, opplevde de en *biografisk fortsettelse*. De ble håpefulle om at de kunne bli fedre via assistanse. De verdsatte assistanse



og var takknemlige for å få hjelp. De opplevde også et skift fra et mekanisk sexliv til en befriende seksualitet, fordi klinikkansatte tok over ansvaret for det reproduktive ved sex. Slik fikk de tilbake et ”vanlig” sexliv og hadde ”sex for sexens” skyld igjen.

Klinikkene la opp til en *kjønnenet koreografi* for hva som forventes av menn, som innebar blant annet a) menn som sterke og støttende partnere, samt at b) kvinnene som tilsynelatende var mer følsomme enn menn. Det viste seg at ikke alle sidene ved assistert reproduksjon var en dans på roser, eksempelvis ble følelsene satt i sving av de blandede beskjedene de fikk under behandlingsprosessene. Mennene slet med å være emosjonelt sterke, og følte at de kom til kort som menn. Maskuliniteten ble *skjør* i møte med infertilitet, noe som førte til at de ble åpne for å prøve noe nytt. Via assistert reproduksjon (re)konstruerte de seg selv som menn for å bli assisterte fedre. I denne (re)konstruksjonsprosessen brukte de maskuline strategier som ”prosjektleder” og ”støttespiller,” hvor omsorg for partneren stod sentralt. Som assisterte fedre var mennene et aktive og involvert i farskap, og illustrerte dermed endringene i maskulinitet som foregår i dagens Norge. I min studie var det de *nærværende* fedrene som snakket.





## 9. Referanseliste

- Aarseth, H. (2011), *Moderne familieliv. Den likestilte familiens motivasjonsformer*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Adrian, S. (2006), 'Nye skabelsesberetninger om æg, sæd og embryoner. Et etnografisk studie af skabelser på sædbanker og fertilitetsklinikker.' *Doktorgradsavhandling*. Linköping: Tema Genus.
- Almeling, R. (2007), 'Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks, and the Medical Market in Genetic Material.' *American Sociological Review*, 72 (3), 319-40.
- Almeling, R. (2011), *Sex Cells. The Medical Market for Eggs and Sperm*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- Almås, E. (2009), 'Ejakulat.' *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/ejakulat>.
- Andersson, G., Rønsen, M., Knudsen, L.B, Lappegård, T., Neyer, G., Skrede, K., Teschner, K. & Vikat, A. (2008), 'Cohort Fertility Patterns in the Nordic Countries.' *Demographic Research*, 20, 313-352.
- Barnes, L.W. (2014), *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine, and Identity*. Philadelphia: Temple University Press.
- Becker, H.S. (1973), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Becker, G. (1990), *Healing the Infertile Family*. Berkeley: University of California Press.
- Becker, G. (1994), 'Metaphors in Disrupted Lives: Infertility and Cultural Constructions of Continuity.' *Medical Anthropology Quarterly*, 8, 383-410.
- Becker, G. (1997), *Disrupted Lives. How People Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.
- Becker, G. (2000), *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California press.
- Becker, G. (2002), 'Deciding Whether to Tell Children about Donor Insemination: An Unresolved Question in the Unites States.' I M.C. Inhorn & F. van Balen (red.), *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press, 119-33.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966), *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday.
- Bioteknologirådet (2016), *Assistert befruktning*. Hentet fra <http://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/>.
- Bjørndal, C.R.P. (2011), *Det vurderende øyet. Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning. 2.utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bloch, A.L. (2013), 'Mater semper certa est? Hvem som er mor er alltid sikkert? En diskursanalyse som omhandler hva vi i dag forstår som foreldreskap, og om hvordan forståelsene utfordres, i møte med moderne reproduksjonsteknologi,' *Masteroppgave*. Oslo: Institutt for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bourdieu, P. (2005), *The Social Construction of the Economy*. Cambridge & Malden: Polity Press.
- Brandth, B. & Kvande, E. (2003), *Fleksible fedre. Maskulinitet, arbeid, velferdsstat*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Brandth B. & E. Kvande (2013), *Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brandth, B. & Kvande, E. (2016), 'Masculinity and Fathering. Alone during Parental Leave.' *Men and Masculinities*, 1-19.
- Bury, M.R. (1982), 'Chronic Illness as Biographical Disruption.' *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-82.
- Bury, M.R. (1991), 'The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects.' *Sociology of Health and Illness*, 13 (4), 451-68.
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C., Bradley, R., Hofferth, S. & Lamb, M. (2000), 'Fatherhood in the Twenty-First Century.' *Child Development*, 71 (1), 127-36.
- Carlsen, E., Giwercman, A., Keiding, N. & Skakkebæk, N.E. (1992), 'Evidence for Decreasing Quality of Semen During the Past Fifty Years.' *British Medical Journal*, 305, 609-12.
- Carlsen, E., Swan, S.H., Petersen, J.H. & Skakkebæk, N.E. (2005), 'Longitudinal Changes in Semen Parameters in Young Danish Men from the Copenhagen Area.' *Human Reproduction*, 20 (4), 942-49.
- Carlson, M.J. & Furstenberg, F.F. (2006), 'The Prevalence and Correlates of Multipartnered Fertility among Urban U.S. Parents.' *Journal of Marriage and the Family*, 68, 718-32.
- Carpenter, J. (2008), 'Metaphors in Qualitative Research: Shedding Light or Casting Shadows,' *Research in Nursing & Health*, 31 (3), 274-82.
- Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M.P., Knauth, D. & Passos, E.P. (2010), 'Investigating Quality of Life and Health-related Quality of Life in Infertility: A Systematic Review.' *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31 (2), 101-10.
- Charmaz, K. (1983), 'Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill.' *Sociology of Health & Illness*, 5 (2), 169-95.
- Charmaz, K. (1991), *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996), *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Collier, R og Sheldon, S. (2008), *Fragmenting Fatherhood: A Socio-legal Study*. Portland: Hart Publishing.
- Connell, R. W. (2000), *The Men and the Boys*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. W. (2005), *Masculinities*. 2.utgave. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R.W. og Messerschmidt, J.W. (2005), 'Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept.' *Gender & Society*, 19 (6), 829-59.
- Creswell, J.W. (2014), *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4.utgave. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013), 'Where Are All the Men? The Marginalization of Men in Social Scientific Research on Infertility.' *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 225-35.
- Dalen, M. (2011), *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Daniels, C. (2006), *Exposing Men: The Science and Politics of Male Reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Dommermuth, L., Hart, K.R., Lappegård, T., Rønsen, M. & Wiik, K.A. (2015), 'Kunnskapsstatus om fruktbarhet og samliv i Norge.' *Statistisk Sentralbyrå*, rapport 31.
- Dooley, M., Nolan, A. & Sarma, K.M. (2011), 'The Psychological Impact of Male Factor Infertility and Fertility Treatment on Men: A Qualitative Study.' *The Irish Journal of Psychology*, 32 (1), 14–24.
- Dudgeon, M.R. & Inhorn, M.C. (2009), 'Gender, Masculinity, and Reproduction: Anthropological Perspectives.' I M.C Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg, M. La Cour Mosegaard (red.), *Reconceiving the Second Sex. Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Berghahn Books, 72-102.
- Ellingsæter, T., og Leira, A. (2006), *Politicising Parenthood in Scandinavia. Gender Relations in the Welfare State*. Bristol: Polity Press
- Ellingsæter, A.L. & Widerberg, K. (2012), *Velferdsstatens familier – Nye sosiologiske Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ellingsæter, A.L., A-M. Jensen og Lie, M. (2013), *The Social Meaning of Children and Fertility Change in Europe*. Routledge.
- Elliott, K. (2015), 'Caring Masculinities: Theorizing an Emerging Concept.' *Men and Masculinities*, 1-20.
- Engwall, K. & Peterson, H. (2010), *Frivillig barnlöshet – barnfrihet i en nordisk kontext*. Stockholm: Dialogos Förlag.
- Eydal, G. B. & Rostgaard, T. (2015), *Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing Care Policies and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Faxe, P. (2012), 'Infertilitetens Rum. Sæd, seksualitet og mandighet i sociologisk perspektiv.' *Masteroppgave*. Københavns Universitet: Sociologisk Institut.
- Fisher, J.R.W., Baker, G.H.W. & Hammarberg, K. (2010), 'Long-term Health, Well-being, Life Satisfaction, and Attitudes Toward Parenthood in Men Diagnosed as Infertile: Challenges to Gender Stereotypes and Implications for Practice.' *Fertility & Sterility*, 94 (2), 574–580.
- Fjell, T.I. (2008), *Å si nei til meningen med livet? En kulturvitenskapelig analyse av barnfrihet*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Franklin, S. (1997), *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*. London & New York: Routledge
- Franklin, S. (1998), 'Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life.' I S. Franklin & H. Ragonè (red.), *Reproducing Reproduction. Kinship, Power, and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 102-17.
- Franklin, S. (2013), *Biological Relatives. IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*. Durham & London: Duke University Press.
- Frejka, T. & Sobotka, T. (2008), 'Fertility in Europe: Diverse, Delayed and Below Replacement.' *Demographic Research*, 19, 15-46.
- Førde, K.E. (2010), 'Når 'vi' blir gravide.' Kronikk i KILDEN Informasjonssenter for kjønnsforskning, 11.07. Hentet fra <http://forskning.no/svangerskap-kjonn-og-samfunn-likestilling-samliv/2010/06/nar-vi-blir-gravide>.

- Gannon, K., Glover, L. & Abel, P. (2004), 'Masculinity, Infertility, Stigma and Media Reports.' *Social Science & Medicine*, 59, 1169-75.
- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gilham, B. (2005), *Research Interviewing. The Range of Techniques*. Berkshire: Open University Press
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Goldberg, H. (2009), 'The Sex in the Sperm: Male Infertility and its Challenges to Masculinity in an Israeli-Jewish Context.' I M.C. Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg & M. la Cour Mosegaard (red.), *Reconceiving the Second Sex: Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Berghahn Books, 203–25.
- Green, G. (2009), *The End of Stigma? Changes in the Social Experiences of Long-term Illness*. London: Routledge.
- Greil, A.L. (1991), *Not yet Pregnant. Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Greil, A., Slauson-Blevins, K. & McQuillan, J. (2010), 'The Experience of Infertility. A Review of Recent Literature.' *Sociology of Health & Illness*, 32, 140-162.
- Grønning, I. (2014), 'Fedmefortællinger: Om vektnedgang og biografiske opprykk.' *Sosiologisk Tidsskrift*, 22 (3), 227-48.
- Gutmann, M.C. (1996), *The Meanings of Macho: Being a Man in Mexico City*. Berkeley: University of California Press.
- Gutmann, M.C. (2009), 'The Missing Gamete? Ten Common Mistakes or Lies about Men's Sexual Destiny.' I M.C Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg & M. la Cour Mosegaard (red.), *Reconceiving the Second Sex. Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Berghahn Books, 21-44.
- Guzzo, K.B. & Furstenberg, F.F. (2007), 'Multipartnered Fertility among American Men.' *Demography*, 44 (3), 583-601.
- Hanna, E. & Gough, B. (2015), 'Experiencing Male Infertility. A Review of the Qualitative Research Literature,' *SAGE Open*, 1-9.
- Hadley, R., & Hanley, T. (2011), 'Involuntarily Childless Men and the Desire for Fatherhood.' *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 56-68.
- Herrera, F. (2013), 'Men Always Adopt.' Infertility and Reproduction from a Male Perspective.' *Journal of Family Issues*, 34, 1059-80.
- Hinton, L. & Miller, T. (2013), 'Mapping Men's Anticipations and Experiences in the Reproductive Realm. (In)fertility Journeys.' *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 244-52.
- Hobson, B. & Morgan, D.H.J. (2002), 'Introduction,' I B. Hobson (red.), *Making Men into Fathers. Men, Masculinities and the Social Politics of Fatherhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-21.
- Hochschild, A.R. (2003), *The Commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press.
- Inhorn, M.C. (2012), *The New Arab Man. Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*. Princeton: Princeton University Press.

- Inhorn, M.C. (2015), 'New Arab Fatherhood: Male Infertility, Assisted Reproduction, and Emergent Masculinities.' I M.C. Inhorn, W. Chavkin & J-A. Navarro (red.), *Globalized Fatherhood*. New York & Oxford: Berghahn Books, 243-66.
- Inhorn, M.C., Chavkin, W. & Navarro, J-A. (2015), 'Introduction. Globalized Fatherhood: Emergent Forms and Possibilities in the New Millennium.' *Globalized Fatherhood*. New York, Oxford: Berghahn Books, 1-30.
- Inhorn, M.C., Tjørnhøj-Thomsen, T., Goldberg, H. & la Cour Mosegaard, M. (2009), *Reconceiving the Second Sex: Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Berghahn Books.
- Inhorn, M.C. & Wentzell, E.A. (2011), 'Embodying Emergent Masculinities: Reproductive and Sexual Health Technologies in the Middle East and Mexico.' *American Ethnologist*, 38 (4), 801–15.
- Jensen, A.M. (2004), 'Harde fakta om myke men.' I A.L. Ellingsæter & A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Jensen, A-M. & Østby, L. (2014), 'Stadig flere menn i Norge er barnløse.' *Samfunnsspeilet*, 2, 20-23.
- Kitterød, R. H. & Rønsen, M. (2013), 'Yrkes- og familiearbeid i barnefasen. Endring og variasjon i foreldres tidsbruk 1970-2010.' *Statistisk sentralbyrå*, rapport 44.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015), *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980), *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lappegård, T. & Rønsen, M. (2013), 'Socioeconomic Differences in Multipartner Fertility Among Norwegian Men.' *Demography*, 50 (3), 1135-53.
- Lappegård, T., Rønsen, M. & Skrede, K. (2011), 'Fatherhood and Fertility.' *Fathering* 9 (1) 103-20.
- Lie, M., Ravn, M.N. & Spilker, K. (2011), 'Reproductive Imaginations: Stories of Egg and Sperm.' *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 19 (4), 231-48.
- Lorentzen, J. (2012), *Fra farskapets historie i Norge 1850-2011*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lovdata (2016), *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100>.
- Malik, A. & Coulson, N. (2008), 'The Male Experience of Infertility. A Thematic Analysis of an Online Infertility Support Group Bulletin Board.' *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 18-30.
- Marcus, G.E. (1995), 'Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography.' *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.
- Marsiglio, W., Lohan, M. & Culley, L. (2013), 'Framing Men's Experience in the Procreative Realm.' *Journal of Family Issues*, 34, 1011-36.
- Martin, E. (1991), 'The Egg and Sperm. How Science has Constructed a Romance based on Stereotypical Male-female Roles.' *Signs*, 16 (3), 485–501.
- Medisinsk fødselsregister (2015), *Assistert befruktning*. Folkehelseinstituttet.
- Melhuus, M. (2012), *Problems of Conception. Issues of Law, Biotechnology, Individuals and Kinship*. New York: Berghahn Books.

- Mikkelsen, A.T., Madsen, S.A. & Humaidan, P. (2013), 'Psychological Aspects of Male Fertility Treatment.' *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9), 1977-86.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Millington, B. & Wilson, B. (2010), 'Context Masculinities: Media Consumption, Physical Education, and Youth Identities.' *American Behavioral Scientists*, 53 (11), 1669-88.
- Moore, L.J. (2007), *Sperm Counts. Overcome by Man's Most Precious Fluid*. New York: New York University Press.
- Morgan, David H.J. (2011), *Rethinking Family Practices*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mosegaard, M. la Cour (2009), 'Stories of Fatherhood: Kinship in the Making.' I M.C Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg, M. La Cour Mosegaard (red.), *Reconceiving the Second Sex. Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Berghahn Books, 349-70.
- Pedersen, W. (2005), *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ravn, M.N. (2005), 'A Matter of Free Choice? Some Structural and Cultural Influences on the Decision to Have or Not to Have Children in Norway.' I Douglass, C.B. (red.), *Barren States. The Population 'Implosion' in Europe*. Oxford & New York: Berg Publishers.
- Ravn, M.N. & Lie, M. (2013), 'The Cultural Ideal of the Joint Decision. Illuminating Values of Individuality and Relationality of the Child Choice.' I A.L. Ellingsæter, A-M. Jensen & M. Lie (red.), *The Social Meaning of Children and Fertility Change in Europe*. London: Routledge, 1-11.
- Riessman, C.K. (2008), *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications.
- Rostgaard, T. & Moberg, R.J. (2015), 'Fathering: The Influence of Ideational Factors for Male Fertility Behaviour.' I G.B. Eydal & T. Rostgaard, (red.), *Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing Care Policies and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Rønning, A. (2009), 'Assistert befruktning øker.' *Kronikk på forskning.no*. Hentet fra <http://forskning.no/medisin-svangerskap/2009/05/assistert-befruktning-oket>.
- Rønsen, M. & Skrede, K. (2010), 'Can Public Policies Sustain Fertility in the Nordic Countries? Lessons from the Past and Questions for the Future.' *Demographic Research*, 22 (13), 321-46.
- Schmidt, L. (2009), 'Social and Psychological Consequences of Infertility and Assisted Reproduction – What are the Research Priorities?' *Human fertility*, 12 (1), 14–20.
- Silverman, D. (2011), *Interpreting Qualitative Data. A Guide to the Principles of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Skrede, K. (2004), 'Færre menn blir fedre.' *Økonomiske analyser*, 6, 57-68.
- Spilker, K.H. (2008), 'Assistert slektskap. Biopolitikk i reproduksjonsteknologienes tidsalder.' *Doktorgradsavhandling*. Trondheim: NTNU-trykk.
- Smart, C. (2007), *Personal Life. New Directions in Sociological Thinking*. Polity Press.
- SSB (2016), 'Fødte, 2015', *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet fra <http://ssb.no/fodte>.
- Thagaard, T. (2013), *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 4.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson, C. (2005), *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Throsby, K. & Gill, R. (2004), 'It's Different for Men: Masculinity and IVF.' *Men and*



- Masculinities*, 6, 330-48.
- Tjora, A. (2012), *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. (1999), 'Tilblivelseshistorier. Barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark,' *Doktorgradsavhandling*. København: Institut for Antropologi.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. (2009), 'It's a bit unmanly in a way.' Men and Infertility in Denmark.' I M.C. Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg, M. la Cour Mosegaard (red.), *Reconceiving the Second Sex. Men, Masculinity, and Reproduction*. New York & Oxford: Bergahn Books, 226–52.
- Turner, D.W. (2010), 'Qualitative Interview Design. A Practical Guide for Novice Investigators.' *The Qualitative Report*, 15 (3), 754-60.
- van Balen, F. & Inhorn, M.C. (2002), 'Interpreting Infertility. A View from the Social Sciences.' I M.C. Inhorn & F. van Balen (red.), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press, 3-32.
- Webb R. & Daniluk, J. (1999), 'The End of the Line. Infertile Men's Experiences of being Unable to Produce a Child.' *Men and Masculinities*, 2 (6), 6-25.
- West, C. & Zimmerman, D.H. (1987), 'Doing Gender.' *Gender & Society*, 1 (2), 125-51.
- Whiteford, L.M. & Gonzalez, L. (1995), 'Stigma: The Hidden Burden of Infertility.' *Social Science & Medicine*, 40 (1), 27-36.
- Widerberg, K. (2001), *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Williams, R. (1978), *Marxism and Literature*. Oxford: Oxford University Press.
- Williams, G. (1984), 'The Genesis of Chronic Illness. Narrative Re-construction.' *Sociology of Health & Illness*, 6 (2), 175-200.
- Wischmann, T. & Thorn, P. (2013), '(Male) Infertility. What Does It Mean to Men? New Evidence from Quantitative and Qualitative Studies.' *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 236–43.
- Wu, C.L. (2011), 'Managing Multiple Masculinities in Donor Insemination. Doctors Configuring Infertile Men and Sperm Donors in Taiwan.' *Sociology of Health & Illness*, 33 (1), 96–113.



## Appendiks 1: Godkjenning fra REK



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Øystein Lundestad	73597507	02.12.2015	2015/1756/REK midt
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til den det måtte angå,

Det bekreftes herved at studien "Mannlig infertilitet og assistert befruktning" (vår ref. 2015/1756) ble ferdigbehandlet på REK midts møte den 23. oktober 2015. Studien ble godkjent med enkelte standardvilkår. For videre detaljer vises det til vedtak datert 12. november. Reviderte informasjonsskriv er etter dette mottatt og foretatte endringer er i henhold til komiteens merknader.

Komiteen har ingen videre merknader til studien.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold,  
Professor, Dr. med.  
Leder, REK midt

Øystein Lundestad  
Rådgiver

---

**Besøksadresse:**  
Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk  
forskningssenter 7489  
Trondheim

**Telefon:** 73597511  
**E-post:** rek-midt@medisin.ntnu.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff



## Appendiks 2: Godkjenning fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Elin Kvande  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap NTNU  
Dragvoll  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 16.11.2015

Vår ref: 44777/3/HIT

Deres dato:

Deres ref:

### AVSLUTTET SAKSBEHANDLING

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 20.09.2015, samt godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) mottatt 13.11.2015 for prosjektet;

44777

*Mannlig infertilitet og assistert befruktning*

Personvernombudet tar til orientering at prosjektet faller inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at prosjektet er godkjent av REK midt.

Personvernombudet avslutter dermed saksbehandlingen av meldingen uten å realitetsbehandle denne. Vi avslutter også all videre oppfølging av prosjektet.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kopi:  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU  
Nina Helen Aas Røkkum, Fjordgata 66, 7010 TRONDHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 61 53. solvi.anderssen@uit.no



## **Appendiks 3: Informasjonsskriv og skjema for samtykkeerklæring til menn**

Trondheim, 13.november 2015

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning**

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning. Jeg ønsker å snakke med menn som opplever infertilitet eller nedsatt fruktbarhet, og som har til hensikt, er i gang med eller har tatt i bruk assistert befruktning i Norge. Prosjektet er en masteroppgave i sosiologi ved NTNU, og blir veiledet av professor Elin Kvande og stipendiat Ingvill Stuvøy.

Mye forskning har blitt gjort på kvinner, deres kroppslige erfaringer og rolle i reproduksjonen. Jeg ønsker å få en forståelse av menns perspektiv og få frem deres stemmer. Formålet med mitt prosjekt er derfor å undersøke infertilitet og assistert befruktning slik det blir opplevd og forstått av menn.

I prosjektet kommer jeg i tillegg til å intervjuere personer som arbeider med assistert befruktning, og som i sin arbeidshverdag har kontakt med par og/eller menn som opplever infertilitet.

#### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Deltakelse i prosjektet innebærer et dybdeintervju med en varighet på en til en og en halv time. Lengden på intervjuet avhenger av hvor mye du har lyst til å fortelle meg. Jeg vil bruke lydopptaker under intervjuet, og det vil gjennomføres på et sted etter ditt ønske. Spørsmålene vil hovedsakelig omhandle dine tanker om og erfaringer med infertilitet eller nedsatt fruktbarhet og assistert befruktning.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun jeg og veilederne mine som vil ha tilgang til denne informasjonen. Lydopptakene vil oppbevares på en innelåst ekstern harddisk og behandles på en datamaskin som er beskyttet gjennom brukernavn og passord. Etter intervjuene vil lydopptakene bli transkribert og pseudonymisert. Jeg vil derfor

bruke fiktive navn og unngå å bruke opplysninger som kan identifisere deg, slik at du ikke vil bli gjenkjent i den ferdige oppgaven.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst. Jeg vil da slette intervjuet og opplysningene om deg. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av mai 2016. Informasjon om deltakere som allerede har gått inn i vitenskapelige analyser eller brukt i publikasjoner, vil av kontrollhensyn bli lagret også etter prosjektslutt og slettes etter fem år.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015/1756/REK midt), samt Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet, ta direkte kontakt med meg på telefon 415 66 566 eller epost [nina.rokkum@gmail.com](mailto:nina.rokkum@gmail.com).

Med vennlig hilsen,

Nina Røkkum

### **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning**

Jeg har mottatt både skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta.

Dato:

---

(Signatur prosjektdeltaker)



## **Appendiks 4: Informasjonsskriv og skjema for samtykkeerklæring til eksperter**

Trondheim, 13.november 2015

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning**

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning. Jeg ønsker å snakke med personer som har innsikt i tematikken. Prosjektet er en masteroppgave i sosiologi ved NTNU, og blir veiledet av professor Elin Kvande og stipendiat Ingvill Stuvøy.

Jeg ønsker å få en forståelse av hvordan klinikkarbeidere og andre personer med relevant ekspertkunnskap arbeider med par som sliter med å unnfange som følge av mannlig infertilitet eller nedsatt fruktbarhet hos mannen. Jeg søker derfor personer som arbeider med og har kunnskap om assistert befruktning, og som i sin arbeidshverdag har kontakt med par og/eller menn som opplever infertilitet.

I prosjektet kommer jeg i tillegg til å intervjuere menn som opplever infertilitet og som har til hensikt, er i gang med eller har tatt i bruk assistert befruktning i Norge.

#### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Deltakelse i prosjektet innebærer et intervju med en varighet på en halv time til tre kvarter. Lengden på intervjuet avhenger av hvor mye du har lyst til å fortelle meg. Jeg vil bruke lydopptaker under intervjuet, og det vil gjennomføres på et sted etter ditt ønske. Spørsmålene vil hovedsakelig omhandle din praksis og erfaring med assistert befruktning, og hva par og/eller menn som opplever infertilitet møter på klinikkene eller gjennom organisasjonen deres.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun jeg og veilederne mine som vil ha tilgang til denne informasjonen. Lydopptakene vil oppbevares på en innelåst ekstern harddisk og behandles på en datamaskin som er beskyttet gjennom brukernavn og passord. Etter intervjuene vil lydopptakene bli transkribert og pseudonymisert. Jeg vil derfor

bruke fiktive navn og unngå å bruke opplysninger som kan identifisere deg, slik at du ikke vil bli gjenkjent i den ferdige oppgaven.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst. Jeg vil da slette intervjuet og opplysningene om deg. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av mai 2016. Informasjon om deltakere som allerede har gått inn i vitenskapelige analyser eller brukt i publikasjoner, vil av kontrollhensyn bli lagret også etter prosjektslutt og slettes etter fem år.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015/1756/REK midt), samt Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet, ta direkte kontakt med meg på telefon 415 66 566 eller epost [nina.rokkum@gmail.com](mailto:nina.rokkum@gmail.com).

Med vennlig hilsen,

Nina Røkkum

### **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt om mannlig infertilitet og bruk av assistert befruktning**

Jeg har mottatt både skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta.

Dato:

---

(Signatur prosjektdeltaker)

## **Appendiks 5: Intervjuguide for intervju med menn**

### **Presentasjon**

Hei, mitt navn er Nina og jeg kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. I forbindelse med min mastergrad i sosiologi, gjennomfører jeg et prosjekt om infertilitet blant menn og assistert reproduksjon. Mer spesifikt er jeg interessert i hvordan infertilitet og assistert reproduksjon blir opplevd og forstått av menn. Jeg er derfor interessert i dine opplevelser og tanker rundt dette, for å få en bedre forståelse av hva infertilitet betyr for menn i Norge.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du angrer på noe du har sagt eller ønsker å si noe på en annen måte, tar jeg hensyn til dette. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og du vil holdes anonym.

Underskrift på samtykkeerklæringsskjema.

*Kan jeg ta opp denne samtalen?*

Dette intervjuet består av to deler, hvor jeg i første del ønsker å høre om din livssituasjon, samt hvilke tanker om og erfaringer med infertilitet og assistert reproduksjon du har. I den andre delen vil jeg presentere noen stimuli og høre hva du tenker om disse. Du velger selv hvordan du vil svare på spørsmålene, og det er ingen fasitsvar. Kom gjerne med konkrete eksempler.

Del 1 - Narrativ

---

### **Livssituasjon og betydning av å få barn**

*Kan du innledningsvis fortelle litt om deg selv og din nåværende livssituasjon?*

*Når meldte tanken om barn seg? Hvor lenge har dere prøvd å bli gravide?*

*Kan du si noe om hva det å få barn betyr for deg?*

*Hvordan ser du for deg at et barn vil påvirke din hverdag?*

*Opplever du en forventning om å få barn?*

### **Infertilitet**

*Kan du fortelle om dine erfaringer med infertilitet?*

**Oppfølgingsspørsmål:**

*Kan du fortelle om da du fikk vite at du var infertil og hva du tenkte om å få beskjed om dette?*

*Hvor lenge siden er dette?*

*Opplever du utfordringer knyttet til infertilitet?*

*Hadde du en anelse om at du som kunne være årsaken til at dere ikke ble gravide? Hvis ja:*

*Hva har dette å si for tankene om å få barn?*

*Hva tenker du om at det er du som er infertil og ikke partneren din? Tror du det hadde vært annerledes hvis din partner var infertil?*

*Hva har infertilitet å si for dine tanker om deg selv? Påvirket det selvbildet ditt på noen måte?*

*Har infertilitet gjort noe med din opplevelse av deg selv som mann?*

*Har infertilitet hatt betydning for hvordan du opplever kroppen din?*

*Har det fått betydning for sexlivet ditt?*

**Assistert reproduksjon**

*Kan du fortelle om prosessen dere måtte gå gjennom for å få barn?*

**Oppfølgingsspørsmål:**

*Hvorfor valgte dere å søke om assistert befruktning?*

*Hvem tok dere først kontakt med? Kan du beskrive første møte med klinikken? Var det du eller din partner som tok initiativ til dette møtet?*

*Kan du fortelle om behandlingsprosessen og hva den bestod av for din del?*

*Hvordan opplevde du å avlegge sædprøve?*

*Hvilken type assistert befruktning brukte dere? IVF? ICSI? Har dere vurdert sæddonasjon?*

*Hva med adopsjon?*

*Hvordan opplevde du terskelen for å søke om hjelp til å få barn?*

*Hva har assistert reproduksjon å si for hvordan du opplever det å få barn?*

*Kan du fortelle om noe du husker spesielt godt fra behandlingsprosessene?*

*Hvordan har det vært å være mann under behandlingsprosessene?*

*Har assistert reproduksjon påvirket ditt parforhold? Har dere vurdert å ikke få barn?*

*Kan du fortelle om din opplevelse av tid under behandlingsprosessene?*

I denne delen av intervjuet vil jeg presentere noen stimuli som blant annet er hentet fra brosjyrer om infertilitet, og høre om ditt førsteinntrykk og assosiasjoner.

### **Informasjon**

*Kan du fortelle om de ulike stedene og måtene du har skaffet deg eller fått informasjon om infertilitet og assistert reproduksjon?*

*Er det noe konkret materiale som du husker at du har sett eller lest? Hva tenker du om denne informasjonen?*

### **Metafor 1:**

”Prøverørsmannen” er et begrep hentet fra en brosjyre om mannlig infertilitet.

*Hva assosierer du med denne metaforen?*

*Er dette et begrep du kan kjenne deg igjen i?*

### **Metafor 2:**

I en artikkel i Ønskebarns medlemsblad blir mannen beskrevet som ”gjøre-gravid-maskinen.”

*Hva tenker du om denne metaforen?*

*Hva har assistert befruktning å si for din opplevelse av å gjøre din partner gravid?*

*Kan du relatere dine erfaringer til en slik beskrivelse?*

### **Metafor 3:**

I brosjyren om mannlig infertilitet beskrives assistert reproduksjon som et ”maratonløp.”

*Stemmer eller avviker dette fra din opplevelse av assistert reproduksjon?*

### **Metafor 4:**

Assistert reproduksjon blir også beskrevet som en ”emosjonell berg- og dalbane.”

*I hvilken grad kan denne metaforen brukes om din opplevelse av prosessen med assistert befruktning?*

## Bilde 1:



Dette er forsiden til en barnebok om sæddonasjon. Den er rettet mot barn fra 4-5 år og oppover, samt skrevet for å hjelpe foreldre med å fortelle donorbarn på en enkel og ufarlig måte om hvordan de ble til.

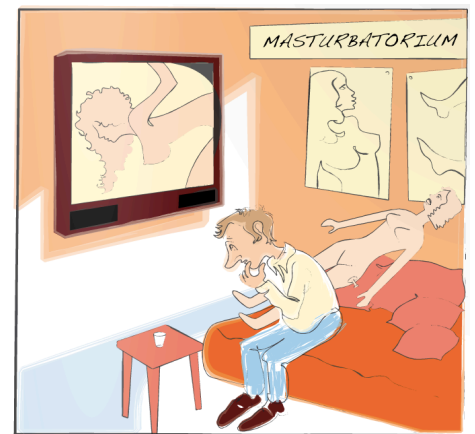
*Har du hørt om eller lest denne boka?*

*Hva tenker du om det å fortelle et barn om at det er laget av donorsæd fra en annen mann?*

I boken blir ”magisk rumpetroll” brukt som en metafor for sæd fra en donor, mens mannens sæd blir omtalt som ”vanlig.”

*Hva tenker du om dette?*

## Bildesett:



Disse bildene er hentet fra brosjyren om mannlig infertilitet. De omhandler å levere sædprøve.

*Kan du fortelle om ditt førsteinntrykk av disse bildene?*

*Hvordan stemmer eller avviker disse bildene med dine erfaringer?*

### **Tekstutdrag 1:**

Dette er et tekstutdrag fra Ønskebarns medlemsblad:

”Når man skal møte helsevesenet, som for mange oppleves som teknisk og upersonlig, er det lett at det kommer opp følelser av uverdighet, uegnethet og skam. Det er også lett å begynne å se på seg selv som en pasient, et menneske det er noe feil med og som trenger behandling.”

*Hva tenker du om dette tekstutdraget?*

*Er dette noe du kan kjenne deg igjen i?*

### **Tekstutdrag 2:**

Dette tekstutdraget er hentet fra brosjyren om mannlig infertilitet:

”Det er som om et ukontrollert urinstinkt roper inni meg at jeg for faen må være mann nok til å klare å føre mine egne gener videre selv! Jeg vil faktisk at mine barn skal få praktfulle ørneser og blek hud som stammer direkte ned fra sure bønder i Vest-Jämtland.”

*Hva tenker du om dette tekstutdraget, og hvilke tanker har du om det å føre dine gener videre?*

### **Avslutning**

*Er det noe annet du mener er viktig å få med, som vi ikke har snakket om?*

*Har du vært åpen om utfordringene med det å få barn? Hvis ja: Med hvem har du snakket om dette? Hvilke reaksjoner har du fått, og hva tenker du om disse? Hvis nei: Hvorfor ikke?*

*Føler du at det er åpenhet rundt infertilitet?*

*Hva med assistert befruktning?*

*Hvordan var det å snakke med meg om dette?*

*Kan jeg kontakte deg senere hvis jeg har flere spørsmål?*

Tusen takk for intervjuet!





## **Appendiks 6: Intervjuguide for intervju med klinikkansatte**

### **Presentasjon**

Hei, mitt navn er Nina og jeg kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. I forbindelse med min mastergrad i sosiologi, gjennomfører jeg et prosjekt om infertilitet blant menn og assistert reproduksjon. Mer spesifikt er jeg interessert i hvordan infertilitet og assistert reproduksjon blir opplevd og forstått av menn. I tillegg til dette ønsker jeg å få innblikk i hva som møter disse mennene på en fertilitetsklinikk, og vil derfor snakke med deg som har kontakt med dem i din arbeidshverdag.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Alt som blir sagt under intervjuet er konfidensielt, og du vil holdes anonym i oppgaven.

Underskrift på samtykkeerklæringsskjema.

*Kan jeg ta opp denne samtalen?*

### **Arbeidshverdag**

Aller først ønsker jeg å få innblikk i arbeidshverdagen din på klinikken.

*Kan du fortelle om arbeidet dere gjør som klinikk?*

*Hva er din rolle på klinikken?*

*Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?*

*Kan du fortelle hvordan dere i praksis arbeider med mannlig infertilitet og assistert befruktning?*

*Har du tidligere erfaringer med barnløshet fra andre jobber?*

### **Møtet mellom klinikkansatte og infertile menn**

Videre lurer jeg på hva menn som opplever infertilitet møter når de tar kontakt med dere.

*Kan du beskrive hvem som typisk henvender seg til dere? I hvilken situasjon er de når de tar kontakt? Hvem tar initiativ?*

*Kan du fortelle om hva menn møter på klinikken?*

*Hva er det menn lurer på når de tar kontakt med dere? Er det noen tema som går igjen? Hva synes de er fint? Hva synes de er vanskelig eller vondt? Er det noen utfordringer eller*

*bekymringer som går igjen blant mange av dem? Lurer menn på det samme, eller ikke?  
Er det forskjeller eller likheter mellom hva menn og kvinner spør om?  
Har du fått inntrykk av at menn som kommer til dere også har vært i kontakt med andre og  
snakket om situasjonen de befinner seg i?  
Hva er du opptatt av i dine møter og samtaler med infertile menn?*

### **Behandlingsprosessen**

Jeg ønsker en forståelse av behandlingsprosessen mennene må gjennom på klinikken, og lurer derfor på:

*... om du kan fortelle om prosessen som følger etter at infertile menn har tatt kontakt med  
dere?  
Følger dere noen bestemte framgangsmåter i møte med menn som opplever infertilitet?  
Hvilke behandlingsmetoder tilbyr dere menn som opplever infertilitet? Hvilke alternativer blir  
vurdert? Opplever dere at noen metoder er mer ønsket enn andre?  
Hvem gir beskjed om infertilitet, og på hvilken måte blir dette gjort?  
Hva består behandlingsprosessen av for mennene?  
Hvor lang tid tar behandlingsprosessen?  
Hva skjer hvis behandlingen ikke lykkes?*

### **Infertile menn og assistert reproduksjon**

Til slutt ønsker jeg å høre litt om hvordan menn snakker om infertilitet og assistert reproduksjon med dere.

*Hvordan snakker menn om sin infertilitet? Snakker menn om infertilitet på samme måte, eller  
finnes det variasjoner?  
Er det forskjeller eller likheter mellom hvordan menn og kvinner snakker om infertilitet?  
Har du fått inntrykk av at menn snakker om infertilitet som noe som går ut over deres  
selvfølelse?  
Hvordan beskriver infertile menn sitt forhold til egen kropp?  
Påvirkes parforholdet eller sexlivet av assistert reproduksjon?*

## **Avslutning**

*Har dere kontakt med mennene etter behandlingsprosessen? Har du fått noen inntrykk av hvor løpet deres fortsetter eller ender?*

*Er det noe annet som du mener er viktig å ta med i intervjuet?*

*Kan jeg kontakte deg i etterkant hvis det er noe mer jeg lurer på eller opplever som uklart?*

Tusen takk for intervjuet!



## **Appendiks 7: Intervjuguide for intervju med terapeuter**

### **Presentasjon**

Hei, mitt navn er Nina og jeg kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. I forbindelse med min mastergrad i sosiologi, gjennomfører jeg et prosjekt om infertilitet blant menn og assistert reproduksjon. Mer spesifikt er jeg interessert i hvordan infertilitet og assistert reproduksjon blir opplevd og forstått av menn. I tillegg til dette ønsker jeg å snakke med deg, fordi du har kontakt med infertile menn i din arbeidshverdag.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Alt som blir sagt under intervjuet er konfidensielt, og du vil holdes anonym i oppgaven.

Underskrift på samtykkeerklæringsskjema.

*Kan jeg ta opp denne samtalen?*

### **Arbeidshverdag**

Først vil jeg gjerne få innblikk i hva du arbeider med og hvordan du opplever dette arbeidet.

*Kan du beskrive en helt vanlig arbeidsdag?*

*Hvordan opplever du arbeidet du gjør?*

*Har du tidligere erfaringer med barnløshet fra andre jobber?*

*Hva har du lært gjennom arbeidet med infertile par?*

### **Hva lurer folk på?**

Videre er jeg nysgjerrig på hva folk lurer på når de tar kontakt med deg.

*Hvor i prosessen er de du snakker med?*

*Har du fått noen inntrykk av at de som kommer til deg også har snakket med noen andre om situasjonen de befinner seg i?*

*Har du fått noen inntrykk av hvilke tema som går igjen?*

*Lurer menn på de samme tingene som kvinner?*

## **Infertile menn**

*Kan du si noe om hva som går igjen i historiene til infertile menn, eller hva som skiller de fra hverandre?*

*Hvordan forstår du infertilitet etter å ha snakket med de som befinner seg i situasjonen?*

*Hva ser du på som utfordringer for infertile menn?*

Jeg er også nysgjerrig på om og på hvilke måter infertilitet og ideer om maskulinitet og seksualitet kan påvirke hverandre.

*Har du noen tanker om dette?*

*Tror du at mannlig infertilitet kan gå ut over menns følelse av å strekke til som partner og som mann?*

*Hva med seksualitet?*

*Kan du fortelle i hvilken grad menn snakker om kropp, og hvordan de snakker om dette?*

## **Assistert reproduksjon**

Til slutt ønsker jeg å høre litt om assistert reproduksjon.

*Hvordan forholder du deg til assistert reproduksjon i arbeidet ditt?*

*Hva tror du assistert reproduksjon har å si for hvordan infertile menn opplever det å få barn?*

*Hva er din erfaring av hvordan menn opplever det å få hjelp til å lage barn?*

## **Avslutning**

*Har du kontakt med infertile par etter at de har vært hos deg?*

*Har du fått noen inntrykk av hvor løpet deres fortsetter eller ender?*

*Er det noe annet som du mener er viktig å ta med i intervjuet?*

*Kan jeg kontakte deg i etterkant hvis det er noe mer jeg lurer på eller opplever som uklart?*

Tusen takk for intervjuet!

## **Appendiks 8: Intervjuguide for intervju med Ønskebarn**

### **Presentasjon**

Hei, mitt navn er Nina og jeg kommer fra institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. I forbindelse med min mastergrad i sosiologi, gjennomfører jeg et prosjekt om infertilitet blant menn og assistert reproduksjon. Mer spesifikt er jeg interessert i hvordan infertilitet og assistert reproduksjon blir opplevd og forstått av menn. I tillegg til dette ønsker jeg å snakke med deg, fordi du har kontakt med infertile menn i din arbeidshverdag.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Alt som blir sagt under intervjuet er konfidensielt, og du vil holdes anonym i oppgaven.

Underskrift på samtykkeerklæringsskjema.

*Kan jeg ta opp denne samtalen?*

### **Informantens rolle i Ønskebarn**

Aller først vil jeg gjerne høre litt om din rolle og erfaring i Ønskebarn.

*Hvor lenge har du arbeidet i Ønskebarn, og hvordan endte du opp med å arbeide her?*

*Kan du fortelle om hvilken rolle du har i organisasjonen?*

*Hvordan opplever du det arbeidet dere gjør?*

*Har du tidligere erfaringer med barnløshet fra andre jobber?*

### **Ønskebarn som organisasjon**

Jeg ønsker videre å få mer innsikt i hva Ønskebarn er og gjør.

*Hvilken type organisasjon er Ønskebarn, og hva arbeider dere med?*

*Hva er kjernesakene?*

*Kan du beskrive hvordan dere arbeider, og hva dere ønsker å oppnå med arbeidet?*

*Hva ser dere på som utfordringer for norske barnløse?*

### **Kontakt, tilbud og formidling**

Det neste jeg ønsker å høre om, er hvordan Ønskebarn møter medlemmene sine, samt hva og hvordan dere formidler informasjon til dem.

*Hvordan får folk vite om Ønskebarn, og hvordan tar de kontakt med dere?*

*Hvordan og med hvilke tjenester møter dere disse mennene og parene?*

*Hva er dere opptatt av å formidle, og hvordan opplever dere formidlingsprosessen?*

### **Hva lurer folk på?**

Videre er jeg nysgjerrig på hva folk lurer på når de tar kontakt med dere, og utfordringer knyttet til dette.

*Hva lurer menn på når de tar kontakt med dere?*

*Har du fått noen inntrykk av hvilke tema som går igjen?*

*Hva opplever dere at menn sliter med? Hva synes de er vanskelig eller vondt? Er det noen utfordringer eller bekymringer som går igjen blant mange av dem?*

### **Infertile menn og assistert reproduksjon**

Til slutt vil jeg gjerne se nærmere på temaene mannlig infertilitet og assistert reproduksjon, og høre hvordan Ønskebarn forholder seg til dette.

*Kan du beskrive hvordan dere forholder dere til mannlig infertilitet, og hvordan dere i praksis arbeider med dette?*

*Opplever dere at infertilitet går ut over menns følelse av å strekke til som partner og som mann?*

*Følger dere noen bestemte fremgangsmåter i møte med menn som opplever infertilitet?*

*Kan du fortelle om hvordan dere forholder dere til assistert reproduksjon og hvordan dere i praksis arbeider med dette?*

*Opplever dere at mannlig infertilitet og assistert reproduksjon er sensitive tema som det er vanskelig å formidle informasjon om?*

*Hvordan kan man best mulig formidle informasjon om mannlig infertilitet og assistert befruktning?*

### **Avslutning**

*Er det noe annet som du mener er viktig å ta med i intervjuet?*

*Kan jeg kontakte deg i etterkant hvis det er noe mer jeg lurer på eller opplever som uklart?*

Tusen takk for intervjuet!