

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:24

”Den tysta förlusten”
- kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet

ULRIKA DAHLEMAN
IDA JOGELAND



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

*”Och ändå hade jag inte förlorat någon.
Något som jag ägt hade inte tagits ifrån mig.*

*Inget lik.
Ingen död,
som en gång varit någon jag älskat.
Och ändå sörjde jag förlusten av något stort.*

*Drömmarna,
förhoppningarna om en framtid full av barn.
Av oss som en familj.*

*Varma, runda barnarmar runt min hals.
Glada ögon, händer som vill visa,
- Mamma se vad jag har plockat.
Små svettiga nävar med vårens första vitsippor
i en ojämn bukett med alltför korta stjälkar...*

*Att få läsa sagorna högt om barnen i Bullerbyn,
Emil,
Madicken,
Vem skall trösta knyttet?...*

*Dörren till den världen stängdes
av ett telefonbesked från en gynekolog.”*

(Hallén s.45)

Uppsatsens titel: ”Den tysta förlusten” – kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet

Författare: Ulrika Dahleman, Ida Jogeland

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK27a

Handledare: Lise-Lott Berg

Examinator: Lotta Dalheim Englund, Ingela Rydström

Sammanfattning

Uppskattningsvis beräknas idag 10-15 procent av alla par i Sverige vara ofrivilligt barnlösa och denna siffra beräknas stiga i framtiden. Ämnet ofrivillig barnlöshet är tabubelagt och känsloladdat, vilket bland annat kan medföra svårigheter i kommunikationen mellan den ofrivilligt barnlösa kvinnan och sjuksköterskan. Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet. På så sätt avses sjuksköterskan få fler verktyg i själva bemötandet för att kunna utveckla vårdrelationen. Resultatet har sammanställts genom analys av fem självbiografier, gällande kvinnors upplevelser av sin ofrivilliga barnlöshet. Resultatet presenteras i fem teman och elva subteman. Det första temat, *Livsvärlden omkullkastas*, grundas på tre subteman som beskriver kvinnornas upplevelser av en kropp i obalans, hopp och förtvivlan samt att överlämna sin fertilitet till sjukvården. Det andra temat, *Kontrollförlust – Vredens vakuum*, baseras på två subteman som beskriver kvinnornas upplevelser av frustration samt ilska och avund. Det tredje temat, *Sorgens hemliga lådor*, byggs på de två subtemana sorg och tomhet – den osynliga förlusten samt den yttersta okvinnligheten – ett utanförskap. Det fjärde temat, *Existentiella tankar*, grundas på två subteman, varför just jag samt skam och skuld. Det sista och femte temat, *Återtagandet av kontrollen*, baseras på två subteman som beskriver vändpunkten – att begrava en barnönskan samt avslutet. Diskussionen behandlar huruvida kvinnorna kommer till acceptans över sin barnlöshet samt att det inte finns någon bra applicerbar krismodell för infertilitetskrisen. Vidare diskuteras den livslånga sorgen och de konsekvenser det får på framtida barnbarnlöshet.

Nyckelord: *Ofrivillig barnlöshet, upplevelser, kvinnor, infertilitet, livskris*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ofrivillig barnlöshet	1
Utredning och orsaker till infertilitet	2
Behandling – Assisterad befruktning	2
Krisen kring den ofrivilliga barnlösheten	3
Traumatisk kris och utvecklingskris	3
Infertilitetskrisens tre dimensioner	4
Sjuksköterskans roll	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling	6
Dataanalys	6
RESULTAT	7
Livsvärlden omkullkastas	8
Kroppen och själen i obalans	8
Ett pendlande mellan hopp och förtvivlan	9
Att överlämna sin fertilitet till sjukvården	10
Kontrollförlust – Vredens vakuum	11
Frustration	11
Ilska och avund	11
Sorgens hemliga lådor	13
Sorg och tomhet – Den osynliga förlusten	13
Sorg över förlorad kvinnlighet – Ett utanförskap	14
Existentiella tankar	15
Varför just jag	15
Skam och skuld	15
Återtagandet av kontrollen	16
Att begrava en barnönskan	16
Avslutet	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Implikationer för sjuksköterskan	22
Framtida forskning	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	27
Översikt av analyserad litteratur	27

INLEDNING

Ämnet ofrivillig barnlöshet, uppmärksammades under en praktiktid på kvinnokliniken. Då flertalet ofrivilligt barnlösa kvinnor påträffades i denna vårdverksamhet, upptäcktes en rad svårigheter i bemötandet mellan sjuksköterska och patient. För många kvinnor är barn livets mening, vilket i sin tur kan leda till en livskris där livsvärlden tycks falla samman för de drabbade när barnlösheten blir ett faktum (Möller & Bjuresten, 2005; Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad & Lalos, 2006). Idag väljer allt fler kvinnor att fokusera på jobb och karriär innan man planerar att bilda familj. Detta medför att åldern på förstföderskorna stiger och förmågan att bli med barn minskar. Då åldern spelar en signifikant roll i kvinnans fertilitet, tyder detta på att antalet barnlösa par i framtiden kommer att stiga (Johansson & Berg, 2005; SCB, 2006). Det är härmed av största relevans att sjuksköterskan skaffar sig mer kunskap och därmed fler redskap i mötet med patienter som är drabbade av denna problematik. Avsikten med denna studie är därför att beskriva hur dessa kvinnor upplever sin situation, detta för att kunna öka förståelsen samt belysa vad som är viktigt i bemötandet mellan sjuksköterska och patient.

BAKGRUND

I bakgrunden kommer rubrikerna: *Ofrivillig barnlöshet, Utredning och orsaker till infertilitet, Behandling – Assisterad befruktning, Krisen kring den ofrivilliga barnlösheten, Traumatisk kris och utvecklingskris, Infertilitetskrisens tre dimensioner* samt *Sjuksköterskans roll* att presenteras.

Ofrivillig barnlöshet

”I vår tid får vi inte barn. Vi skaffar oss dem. När det passar oss.” (Ernald Netterfors & Hallén, 1994. s.11). Uppskattningsvis beräknas idag 10-15 procent av alla par i Sverige vara ofrivilligt barnlösa (SCB, 2006). Historiskt sett har kvinnans identitet till stor del kretsat kring fruktsamhet och moderskap. Att bära och föda ett barn är förmodligen det största och mest feminina som en kvinna kan uppleva (Lalos, 1998). De tysta förväntningar och sociala normer som finns i samhället gällande kärnfamilj och fertilitet, gör att den kvinna som inte uppfyller dessa ”krav” kan uppleva skam och utanförskap (Möller & Bjuresten, 2005). Ända in på 1950-talet sågs barnlösheten i Sverige som ett kvinnligt problem och mannen utreddes inte. Att vara ofrivilligt barnlös är ett vanligt förekommande problem och samtidigt ett känsloladdat och tabubelagt ämne (Lalos, 2000)

Att få barn, och därmed föra sina gener vidare, är en fundamental drift hos människan och att kunna skapa ett nytt liv är en viktig del i den egna identitetsutvecklingen (Johansson & Berg 2005; Lundin, 1997). Att drabbas av ofrivillig barnlöshet skapar i de flesta fall stora problem på många plan; såväl medicinskt och psykologiskt som socialt och sexuellt (Lalos, 1998; Möller & Bjuresten, 2005). När människan inte upplever sig själv som hel, hotas identiteten och människan lider. Lidandet blir således en konsekvens av upplevelsen av kontrollförlust och en förlorad helhet. Lidandet medför även att våra livsmål kan tyckas gå förlorade och en identitetsförvirring kan infinna sig (Wiklund, 2003). Enligt Eriksson (1994) är det viktigt att medmänniskor visar att han

eller hon ser personens lidande samt att tid ges för människan att ”lida ut”. Enligt Nationalencyklopedin (2008) definieras infertilitet som ”brist på förmåga att alstra livsduglig avkomma”. Det betecknas som ofrivillig barnlöshet om man försökt bli med barn i över ett år utan att lyckas (SCB, 2006). Letherby (2002) och McQuillan, Greil, White och Casey Jacob (2003) skiljer på begreppen infertilitet, barnlöshet och att vara ofrivilligt barnlös. McQuillan et al (2003) menar att man kan vara barnlös men inte vara infertil och vice versa. Infertilitet och barnlöshet var för sig behöver inte leda till ett lidande, det är först då dessa kombineras som det kan resultera i smärta och sorg. Andra studier visar att ofrivilligt barnlösa kvinnor känner förtvivlan, maktlöshet och isolering. Kvinnorna i studierna beskriver även att infertiliteten har haft en markant påverkan och påfrestning i deras äktenskap (Imeson & McMurray, 1996; Johansson & Berg, 2005; Leiblum, Aviv & Hamer, 1998).

Utredning och orsaker till infertilitet

Infertilitet definieras, utreds och behandlas som ett medicinskt problem, men det upplevs av de drabbade som ett psykologiskt och socialt fenomen (Möller & Bjuresten, 2005). Orsakerna till infertilitet kan vara många, både hos kvinnan och hos mannen. Vanligt förekommande orsaker kan vara infektioner och könssjukdomar, exempelvis klamydia, skador och defekter på äggledare och äggstockar, tidigare missfall och utomkvedshavandeskap, outvecklade ägg samt hos mannen försämrade spermakvalitet. Dessutom kan en rad livsstilsfaktorer, exempelvis rökning, alkohol, stress och fetma påverka fertiliteten negativt. Den stigande genomsnittsåldern på förstföderskor för också med sig att fertiliteten minskar hos den kvinna som väljer att skjuta upp graviditeten och detta resulterar i ett större antal ofrivilligt barnlösa par. Medelåldern hos förstföderskor i Sverige 2006 var 29 år, detta kan jämföras med 1970 då medelåldern var 24 år. Detta kommer att medföra att ofrivillig barnlöshet blir ett ökande problem i framtiden (Fredholm & Johansson Rosander, 2002; Johansson & Berg, 2005; SCB, 2006; Söderberg & Wilöf Mindus, 1998).

Behandling – Assisterad befruktning

Många av de barnlösa paren söker hjälp på vårdcentral eller kvinnoklinik då de inte blir med barn. Vad det blir för behandling beror på diagnosen. Ofta blir paren remitterade till specialiserade kliniker för att få genomgå assisterad befruktning. Assisterad befruktning är ett samlingsnamn som innefattar ett flertal tekniker för att ett ägg på konstgjord väg befruktas och används för att hjälpa ofrivilligt barnlösa par att bli föräldrar (Socialstyrelsen, 2008). Den vanligaste behandlingen är in vitro fertilisation, IVF, eller i vardagligt tal ”provrörsbefruktning” (Lundin & Mikkelsen, 2005). Antalet lyckade IVF-behandlingar i Sverige, som lett till ett levande fött barn, har mellan 1991 till 2005 stigit från 712 till ungefär 2900 barn (Socialstyrelsen, 2008). Inledningsvis i IVF-behandlingen genomgår kvinnan en hormonbehandling för att producera ett större antal mogna ägg. Äggen tas ut ur kvinnan och befruktas av mannens spermier utanför kroppen, under mikroskop. Två till fyra dagar senare återförs det embryo som har störst potential att leda till en graviditet, medan resterande befruktade ägg, som celldelats till fysiologisk belåtenhet, fryses ned för eventuell senare tillbakaförande i kvinnans livmoder. Två veckor senare får kvinnan göra ett graviditetstest (Hyden-Granskog,

2005; Johansson & Berg, 2005; Lundin & Mikkelsen, 2005; Lundin & Levkov, 2005; Söderberg & Wilöf Mindus, 1998; Wramsby & Sunde 2005).

Studier visar att IVF-behandlingen är den psykiskt och fysiskt mest krävande delen i den ofrivilliga barnlösheten (Lukse & Vacc, 1999; Peddie, Teijlingen & Bhattacharya, 2005). En annan studie visar att hoppet är den viktigaste drivkraften hos de ofrivilligt barnlösa kvinnorna, oavsett orsaken till infertiliteten (Johansson & Berg, 2005). Wiklund (2003) skriver att hoppet är att våga ta upp kampen med sitt lidande, för att så småningom kunna försonas med det. Hoppet föds ur tron på framtiden, på den egna självläkande förmågan eller att ett mirakel kan ske. Tron behöver inte ha en religiös anknytning, för det har ingen betydelse *vad* människan tror på, utan *att* man tror (Siegel, 1990; Wiklund, 2003). Att ha en känsla av hopp är uttryck för att inte ge upp och ha en livsvilja vilket är en vital del av människans välbefinnande och hälsa (Eriksson, 2000). Johansson och Berg (2005) beskriver hur kvinnorna i deras studie fick bättre självförtroende och självkänsla i samband med IVF-behandlingen genom att hoppet gav kvinnorna ny kraft.

Krisen kring den ofrivilliga barnlösheten

Infertilitet resulterar ofta i ett lidande som mynnar ut i en livskris. Barnlöshetens tillstånd karaktäriseras av känslomässigt kaos och kan innebära ett hot mot könsidentiteten, självkänslan och kroppsuppfattningen och därmed påverkas den subjektiva kroppen (Lalos, 1998; Merleau-Ponty, 1999; Möller & Bjuresten, 2005). Det är genom den subjektiva kroppen som människan har tillgång till sitt liv och till världen. Den subjektiva kroppen har inte bara en fysisk aspekt, utan är ett flerdimensionellt och holistiskt begrepp som även innefattar det psykiska, andliga och existentiella. Människan "har" inte sin kropp, utan "är" sin kropp, och varje liten förändring i kroppen påverkar hur livsvärlden och livet uppfattas, i både positiv och negativ bemärkelse. Livsvärlden beskrivs som den verklighet som vi upplever genom den subjektiva kroppen. Det är hur vi själva uppfattar omgivningen och inte endast den fysiska verkligheten. Kroppen är också ett härbärge för vår identitet som formas av våra sinnesupplevelser och erfarenheter. På detta vis skapar vi vår självbild och vår känsla för världen. Om kroppen förändras, sker även en förändring av tillgången till världen och den subjektiva kroppen, vilket i sin tur kan medföra att människan blir främmande inför sig själv och sin omgivning. Hos den friska människan är kroppen och jaget ett, man tar kroppen förgiven och det är inte förrän man upplever någon form av lidande som jaget och kroppen distanseras från varandra (Merleau-Ponty, 1999). Studier visar att ofrivilligt barnlösa kvinnor upplever ett lidande då det uppstår en förändring i kroppsbilden. Den subjektiva kroppen förändras dels av medicinering och hormoner och dels av den emotionella obalansen (Imerson & McMurray, 1996; Lukse & Vacc, 1999).

Traumatisk kris och utvecklingskris

Cullberg (2005) definierar en psykisk kris som ett tillstånd där ens tidigare, levda erfarenheter inte är tillräckliga för att kunna hantera den aktuella händelsen och situationen. Krisen delas in i två kategorier - den traumatiska krisen och utvecklingskrisen. Den traumatiska krisen kännetecknas av ett yttre, plötsligt hot mot den egna existensen, självbilden och tryggheten. Utvecklingskrisen behandlar mer

händelser i det ”normala” livet, exempelvis separationer, att få barn eller att gå i pension. Den traumatiska krisen kan utlösas av olika faktorer, och är högst subjektiva. En utav dessa faktorer är förlusten av något, konkret eller abstrakt, som värdesätts och är viktig för personen i fråga. Det kan vara ett dödsfall av nära anhörig såväl som ett borttappat gosedjur för en treåring. En annan faktor är kränkningar av vår självkänsla som utlöses av t ex offentliga misslyckanden och skamsituationer. Kränkningen exemplifieras genom den ofrivilliga barnlösheten, då de flesta människor anser att förmågan att kunna få barn är mycket värdefullt och i och med den ofrivilliga barnlösheten så går en del av livsdrömmen förlorad.

Cullberg (2005) beskriver krisens läkningsförlopp i form av fyra faser; *den akuta* som kännetecknas av chock, *reaktionsfasen* med huvudsymtom som ilska, isolering, skuld och depression, *bearbetningsfasen* och *nyorienteringsfasen* där nya möjligheter och utvägar kan ses. Lalos (1998, 2000) menar däremot att infertilitetskrisen har ett mer utdraget och mer komplicerat förlopp än den vanliga traumatiska krisen. Det är vanligt förekommande att de ofrivilligt barnlösa kvinnorna fastnar i reaktionsfasen (Imeson & McMurray, 1996; Lalos, 1998, 2000). Infertilitetskrisen omfattar både en traumatisk kris samt en utvecklingskris. Den medicinska utredningen och behandlingen skapar tillsammans med upprepade traumatiska händelser, såsom missfall och misslyckade IVF-försök, ständiga kast mellan hopp och förtvivlan. I studier beskrivs dessa kast mellan hopp och förtvivlan som en känslomässig berg-och-dalbana. Detta lidande förhindrar en ”normal” krisbearbetning, och skapar den kroniska kris som gör det så svårt för de infertila paren att gå vidare (Daniluk, 2001; Imeson & McMurray, 1996; Lalos, 1998, 2000; Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al., 2006). De fastnar lätt i en ond cirkel av sexuella problem, isolering, oro, frustration och skuldkänslor. Svårigheterna i sorgearbetet består i att förlusten är osynlig, man sörjer ett barn som aldrig blev till, en dröm, och att omgivningen ofta är ovetande om infertiliteten på grund av det tabu som råder kring ämnet barnlöshet (Lalos, 1998, 2000).

Infertilitetskrisens tre dimensioner

Möller och Bjuresten (2005) delar in infertilitetskrisen i tre dimensioner. Den första handlar om samhörighet kontra övergivenhet, där ett utanförskap gentemot partnern, den egna kroppen samt omvärlden kan infinna sig. Det är vanligt att uppleva depressiva känslor i form av tomhet, saknad och tristess, samt längtan efter det barn som aldrig blev. Den andra dimensionen handlar om meningsfullhet kontra meningslöshet. Då barn för många ses som meningen med livet, kan det bli svårt att se meningen i barnlösheten. Detta kan resultera i en existentiell kris där man kommer att ifrågasätta och söka meningen i allt som sker. I den tredje dimensionen handlar det om positiv självbild kontra självförkastelse. Då självbilden, den subjektiva kroppen, hotas riskerar man att erfarä känslor av misslyckande, mindervärde och underlägsenhet vilket resulterar i ett ökat lidande hos kvinnan. I denna dimension förvärras dessutom problematiken genom den medicinska utredningen och behandlingen, på grund av de eventuella misslyckanden som kommer i samband med IVF-behandlingen.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskor skall arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531). Enligt Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2005) ska omvårdnaden bygga på en holistisk människosyn, där varje patient ska ses som unik. Vidare beskrivs att sjuksköterskan ska vårda *hela* människan och ta i beaktning fysiska såväl som psykiska, sociala och andliga komponenter, för att patienten ska uppnå hälsa. Socialstyrelsen (2005) beskriver sjuksköterskans tre stora kompetensområden; omvårdnad, forskning och utbildning samt ledarskap. Detta ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn. Den etiska koden för sjuksköterskor, enligt ICN (International Council of Nurses) innebär att; ”främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007). För att uppnå hälsa är upplevelsen av trygghet betydande. Vikten av att patienter ska känna trygghet i vården betonas i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Enligt Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) bör sjuksköterskan betrakta patienten som den främsta experten på sin egen hälsa och sitt lidande. Patientens integritet bör också beaktas. Vikten av att kunna ge patienten ett existentiellt och andligt stöd skall beaktas samt patienternas behov av att synas här och nu. Detta konkretiseras genom gester och handlingar som att exempelvis tilltala patienten med namn, erbjuda dryck eller att stanna upp i korridoren för att fråga patienten om hon/han väntat länge. Vidare bör sjuksköterskan vara öppen, visa intresse samt lyssna på patienten för att kunna ta del av dennes livsvärld. Kristoffersen och Nortvedt (2005) skriver att den viktigaste egenskapen som en sjuksköterska kan besitta, är den empatiska förmågan, vilket innebär att förstå och känna med en annan människas lidande.

PROBLEMFORMULERING

Uppskattningsvis beräknas idag 10-15 procent av alla par i Sverige vara ofrivilligt barnlösa och dessa kvinnor kan påträffas inom all vårdverksamhet. De ofrivilligt barnlösa kvinnorna kan komma att drabbas av ett lidande som följer dem genom hela livet och forskning visar att detta kan resultera i en livskris. OFrivillig barnlöshet är också ett känsloladdat och tabubelagt ämne vilket medför svårigheter då det gäller kommunikationen mellan kvinnorna och omvärlden. Sjuksköterskan skall arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och förväntas även besitta förmågan att bekräfta patientens unikheter samt att ha ett holistiskt perspektiv. Det är därför angeläget att allmänsjuksköterskan är medveten och har kunskap om hur dessa kvinnor upplever sin situation, vilket kan leda till ökad förståelse och därigenom skapa förutsättningar för ett bra bemötande.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet.

METOD

För att beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet har en litteraturstudie gjorts i form av att analysera berättelser. Dahlberg (1997) och Dahlborg Lyckhage

(2006) beskriver analys av berättelser som ett bra och lämpligt sätt för att fånga andemeningen i upplevelserna. Dahlberg (1997) skriver vidare hur berättelser som handlar om människors olika upplevelser är högst subjektiva och komplexa. För att kunna förstå barnlösa kvinnors lidande och livsvärld, är det av yttersta vikt att kunna ta del av kvinnornas egna berättelser, för att kunna få fram essensen inom ämnet.

Modellen ”att analysera berättelser (narrativer)”, lägger tyngdpunkten på annan litteratur än den vetenskapliga, då man analyserar subjektiva upplevelser. Metodens huvuddrag går ut på att använda sig av litteratur av berättande karaktär exempelvis biografier, skönlitteratur, dagböcker eller memoarer (Dahlborg Lyckhage, 2006). Det görs en kvalitativ analys av innehållet, och fokus hamnar på så vis på människans upplevelser och livsvärld (Dahlberg, 1997).

Datainsamling

För att en uppfattning och en helhet skulle bildas inom ämnet ofrivillig barnlöshet söktes information på Internet. Detta genom att använda sökmotorn Google med sökorden ”ofrivillig barnlöshet”. Härigenom hittades bland annat hemsidorna; www.villhabarn.com, www.sjukvaradsradgivningen.se samt www.ffob.se som gav inspiration.

Till resultatet har fem självbiografier lästs och analyserats. Inklusionskriterierna för biografierna var att de skulle behandla svenska eller nordiska kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet, samt inte överstiga en ålder av tio år. Exklusionskriterierna var männens upplevelser samt biografier från kulturer som är olik den västerländska. I bibliotekskatalogen på Högskolan i Borås söktes litteratur genom sökorden ”ofrivillig barnlöshet”. Hylla Vg samt Lz söktes igenom på aktuell litteratur och två självbiografier av intresse hittades; *Barnen som aldrig blev – två kvinnors berättelser om barnlöshet* (1994) och *Ägglossning* (2001). En antologi hittades men valdes senare bort, då denna upplevdes sakna en fullständig livsvärldsbeskrivning, på grund av fragmentariska berättelser. Vidare söktes självbiografier med sökorden ”ofrivillig barnlöshet” i klassifikationen Lz på Borås stadsbibliotek. Där hittades *Älskling, vi blir inte med barn* (2008). Då utbudet var mycket begränsat inom detta ämne, söktes ytterligare biografier via LIBRIS. Boken *Barn av glas* (2004) kunde därigenom beställas via fjärrlån.

Dataanalys

Analysmodell valdes utifrån Evans (2002). Innehållsanalysen består av att man använder sig av den hermeneutiska cirkeln enligt principen; helhet-delar-helhet. Till en början skall texten läsas igenom ett flertal gånger för att få en känsla för helheten. I nästa steg sker själva analysen och meningsbärande enheter, eller nyckelord, plockas ut ur texten. Därefter tittar man åter på texten som en helhet. De meningsbärande enheterna förs samman till teman och subteman, i en ny sammanfattande text där skillnader och likheter jämförs. Graneheim och Lundman (2004) menar av denna genre av litteratur kräver att man i sin analys läser mellan raderna, eftersom det även finns ett latent innehåll utöver det som står skrivet. Dahlberg (1997) betonar vikten av att försöka förstå berättelsen genom att vara öppen och följsam vid läsning, att inte på förhand färgas alltför mycket av sin egen förförståelse. Reflektion är ett viktigt redskap att

använda sig utav för att ha kontroll på sin egen förförståelse samt medvetandegöra sina antaganden och teorier.

Först lästes hela självbiografierna igenom flera gånger av båda författarna, med förförståelsen i åminne, för att få en känsla av essensen/helheten. Biografierna lästes därefter igenom en andra och en tredje gång. I samband med detta markerades meningsbärande enheter, nyckelord, i böckernas marginaler utifrån uppsatsens syfte, att beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Utvald text från böckerna skrevs ner i ett ordbehandlingsprogram. Texten skrevs sedan ut och klipptes isär till enskilda stycken. Dessa sorterades sedan in i olika teman och sorterades upp i sex olika plastmappar. Vidare analyserades varje mapp för sig, likheter och skillnader söktes i de kondenserade textstyckena och vissa citat och teman omplacerades. Ett mönster utifrån syftet utkristalliserades, och de slutgiltiga temana och subtemana fastställdes. Resultatet sammanställdes, vart tema för sig. De mest talande citaten valdes ut för att kunna tydliggöra och styrka resultatet. Citat som inte presenteras i sin helhet, har valts att markeras med [...]. Detta har använts för att korta ner citat, där den utelämnade texten inte har ansetts påverka innebörden i det redovisade citatet.

RESULTAT

Efter att litteraturen analyserats och bearbetats har resultatet delats in i fem teman med subteman. Dessa fem teman är som följer; *Livsvärlden omkullkastas*, *Kontrollförlust – vredens vakuum*, *Sorgens hemliga lådor*, *Existentiella tankar* samt *Återtagande av kontrollen* (se tabell 1). Resultatet är strukturerat så att en viss kronologisk ordning skall kunna följas, med avsikt att följa biografiernas och krisens förlopp.

Tabell 1

Tema	Subtema
Livsvärlden omkullkastas	Kroppen och själen i obalans
	Ett pendlande mellan hopp och förtvivlan
	Att överlämna sin fertilitet till sjukvården
Kontrollförlust - vredens vakuum	Frustration
	Ilska och avund
Sorgens hemliga lådor	Sorg och tomhet - den osynliga förlusten
	Sorg över förlorad kvinnlighet - ett utanförskap
Existentiella tankar	Varför just jag
	Skam och skuld
Återtagandet av kontrollen	Att begrava en barnönskan
	Avslutet

Livsvärlden omkullkastas

Det blev aldrig mer som tidigare. Den dagen med telefonbeskedet blev till ett vägsکیل. Motorleden upphörde där och blev till landsväg med många kurvor och avtagsvägar. Det blev aldrig enkelt mer. (Ernald Netterfors s.51)

Samtliga kvinnor i självbiografierna såg barn som själva meningen med livet. Kvinnorna utstrålade en glädje och lycka, när de tillsammans med sina partners bestämde sig för att försöka bli med barn. Graviditeten sågs i denna fas som en självklarhet och förmågan att få barn togs mer eller mindre förgiven. Kvinnorna uttryckte en tro om att graviditeten skulle komma som på beställning och de reflekterade inte över eventuella svårigheter. När graviditeterna sedan uteblev efter en tids försök, uppkom känslor av tvivel och en molande känsla av att något var fel (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001). En kvinna (Holmgren, 2004) beskriver det som att fötterna sparkas undan och att livsvärlden omkullkastas i samband med beskedet om att de inte kan bli gravida på egen hand.

Kroppen och själen i obalans

I biografierna beskrivs kroppen som den värsta fienden, då den upplevs som dysfunktionell. Kvinnorna beskriver sin kropp som den som står emellan dem och deras mest innerliga önskan, att få ett barn. Denna konflikt i kroppen skapar en känsla av otillräcklighet och misslyckande. Vidare uttrycks känslor som förlorad kvinnlighet, och att inte känna sig hel som människa, något som skapar mycket lidande. Kvinnorna uttrycker gång på gång att de inte litar på sin kropp på grund av uteblivna graviditeter, missfall, utomkvedshavandeskap samt att de upplever kroppen som defekt och värdelös (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001). En av kvinnorna beskriver det så här:

Varje gång hade min knutna näve dunkat på min tomma livmoder och utropat hatfyllda ord över min värdelösa kropp. (Fransson s.275)

Konflikten mellan kropp och sinne samt mellan känsla och förnuft är ett återkommande tema i kvinnornas berättelser. Den subjektiva kroppen hamnar i obalans då kroppen är fysiskt utmattad efter upprepade behandlingar, samtidigt som hoppet och viljan skriker och överröstar kroppen. Kvinnorna frågar sig hur de ska få krafter för att få kroppen att orka. De upplever det som att de har en delad identitet (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Barnlösheten håller mig i marionettrådar, den vet nästa steg, inte jag. Längtan efter barn får mig att leva med delad identitet och ingen av de två är mina sanna. (Holmgren s.35)

Kvinnorna upplever sidor av sig själva som de inte visste fanns, de blir främmande för sin egen kropp och detta är en skrämmande insikt då de inte längre känner igen sig själva. Känslorna som uppkommer är starka och själen har svårt att förlåta och sluta fred med kroppen, då kroppen hindrar själen från att nå sin dröm. Kroppen tycks således undergräva livslyckan, och genom denna obalans mellan kropp och själ, skapas ett

livslångt lidande (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En kvinna beskriver denna obalans som följande:

Jag vet det ju. Men känslan och förnuftet håller tyvärr inte jämn takt med varandra. Vissa gånger kilar känslan före, andra gånger lufsar den efter förnuftet. Ibland tappar båda spåret och springer i dumma cirklar efter varandra, så att man inte längre kan urskilja vem som vill hålla takt med vem. Så är det nu för mig, en trasslig härva. Som tvätten i en centrifug snurrar jag ständigt runt i samma lilla cirkel kring min egen tomma mittpunkt. Hopknycklad, tilltrasslad, liten. Hur kommer jag ut härifrån? (Uyterlinde s.107)

Ett pendlande mellan hopp och förtvivlan

De ofrivilligt barnlösa kvinnorna beskriver hoppet som en genomgående livsnödvändighet genom barnlösheten. Kanske hade läkarna fel? Från att vara helt utlämnad, rådlös och frustrerad över den uteblivna graviditeten, stärks och återföds hoppet i samband med IVF-behandlingen. Kvinnorna beskriver tacksamhet och lättnad över att få hjälp, och det är med stor glädje och nytänt hopp som de tar emot beskedet om provrörsbefruktning, detta efter lång väntetid och utredning. Tiden under IVF-behandlingen gör att kvinnorna pendlar mellan hopp och förtvivlan, något som kan liknas med en känslomässig berg-och-dalbana. Att behöva lägga sin framtida familjelycka i sjukvårdens händer, blandas med lycka och hopp över att kunna bli mamma (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Parallellt med sorgens visshet, vi skulle aldrig kunna få ett barn, växte det vansinniga, omöjliga hoppet.[...] undret skulle kunna ske [...]Om inte hoppet hade funnits där så skulle vi ju inte ha uthärdat alla dessa år av undersökningar, operationer, mediciner, sprutor, ultraljud och väntan och åter väntan. Vi fann oss i det. Därför att det var det som höll vårt hopp vid liv. (Ernald Netterfors s.72)

När sedan graviditeterna uteblev resulterade det i kast mellan hopp och förtvivlan. Härigenom kommer menstruationen att få en nästan symbolisk innebörd där kvinnorna får sitt misslyckande bekräftat. Menstruationen agerar som ett slags tortyrredskap som följer kvinnorna genom hela livet. Samtidigt inger varje dag "över tiden" en liten strimma av hopp (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Jag borde ge upp. Ändå blir jag lika ledsen varje gång mensen kommer [...] jag ramlar ner i hålet efter mina efterlängttade ofödda. Varje gång, månad efter månad blir jag påmind om att det finns en sak jag absolut inte kan – få barn. (Hallén s.71)

Hoppet är en stark drivkraft och tycks bära kvinnorna genom IVF-behandlingen, samtidigt som det bryter ner dem. När provrörsbefruktningen misslyckas ser kvinnan det som ett personligt misslyckande, att hon gjort något fel. De fåtal graviditeter som lyckades under behandlingen, men som resulterade i missfall, gör att kasten mellan hopp och förtvivlan blir än mer markanta (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Att överlämna sin fertilitet till sjukvården

Gemensamt för kvinnorna är att de relativt snabbt vänder sig till sjukvården då de inte blir gravida. Efter beskedet från läkaren, att paren inte kan bli gravida på egen hand, uttrycker kvinnorna känslor av tomhet. Kvinnorna skäms då de trott att de skulle ha kunnat bli gravida, att de tagit det förgivet, och de känner sig dumma och naiva. Det som kändes som något självklart och lätt, blir en kamp mot den biologiska klockan. Känslor av total maktlöshet, kontrollförlust och utlämnande blir tydliga. Kvinnorna upplever att deras livsöde överlämnas i sjukvårdens händer, och ingenting blir längre enkelt. Att inte kunna bli gravid på egen väg gör att kvinnorna upplever panik och en kvävande känsla av vanmakt (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Jag hade ingen makt över mitt eget liv från den stunden. Det som jag som innerligt drömt om hade flyttats en hylla, och fastän jag stod på tå, så kunde jag inte nå det. (Holmgren s.20)

Tiden under fertilitetsutredning och behandling, utmynnar i en tydlig känsla av irritation och ilska gentemot sjukvården. Kvinnorna beskriver en lång väntan, försenad post och uteblivna telefonsamtal. Att känna sig totalt utelämnad orsakade båda lidande och stress (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Jag drog inte för skycket när jag klädde mig. Fumlade öppet med trosorna. Varför skulle jag skyla mig? Jag hade ju rullat ut mitt liv som en matta framför den här främmande människan. Min integritet var redan tillintetgjord, jag hade inget kvar att dölja. (Holmgren s.8)

Kvinnorna upplever det stötande att sjuksköterskorna tror sig kunna förstå och de klarar inte av allt för mycket medlidande. Samtliga kvinnor i självbiografierna beskriver en längtan och ett behov från sjukvården att få känna sig sedda. Det beskrivs som ett ökat välbefinnande när sjuksköterskorna bara lyssnade, att kvinnorna tilläts prata och ses som viktiga och unika. De underströk vikten i att bli tagna på allvar. Kvinnorna uttrycker att de vet att provrörsbefruktning är det enda sättet för dem att få ett barn. Drivkraften att bli mamma är så fundamental och stark att de gör vad som helst för att bli gravida. Vidare uttrycks även ett behov av hjälp för att orka ta sig ur IVF-behandlingarna, då de inte klarar av att ta beslutet själva. Att leva i sjukvårdens grepp, gör att kvinnorna upplever sig själva som en diagnos, som en livmoder, där allt kretsar kring IVF (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001). En kvinna beskriver det så här:

IVF har blivit min identitet. Jag äter, sover och lever IVF. Jag vill komma loss nu. Låta bojorna falla, men det är inte möjligt. För att bli mamma måste jag ta mig genom detta vakuum av smärta... (Holmgren s.47)

Kvinnorna beskriver hur hela IVF-konceptet tär på kärleksrelationen och påverkar den negativt. Bland alla medicinska termer, provrör och tester beskriver kvinnorna hur deras normala och spontana sexuella relation försvinner, då allt kretsar kring temperaturkurvor och ägglossningar. Det framkommer mellan raderna hur kvinnorna förlorar sig själva till sjukvården, medan livsglädjen och spontaniteten går förlorad

(Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Kontrollförlust – Vredens vakuum

– Vi håller inte längre i kopplet om vårt liv. Vi kommer inte att ha någon kontroll över vad som händer i min kropp. Vi måste helt och fullt lita på att främmande människor gör dom rätta valen i våra liv, och det svider i hjärtat. [...] Nu var vi inte längre vår egen motor. (Holmgren s.29)

Ur det faktum att kvinnorna blir utlämnade till sjukvården och att de förlorar makten över sin egen kropp, skapas en känsla av kontrollförlust. Denna kontrollförlust leder till frustration, ilska och avundsjuka (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Frustration

Vetskapen om att inte kunna bli mamma förrän flera år senare skapade oerhörd frustration. Från något som skulle ha varit okomplicerat och spontant, skapas istället en ny livsvärld med inrutade rutiner. All den väntan och tid som upplevs rinna iväg skapar också frustration hos kvinnorna. Alla turer och procedurer under utredning och behandling gör att flertalet kvinnor tappar tidsuppfattningen (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001). En kvinna (Holmgren, 2004) uttrycker att hon befinner sig som i ett vakuum, medan en annan kvinna (Fransson, 2008) beskriver den panik hon känner i samband med att sjuksköterskan meddelar henne att det tar tre månader innan hon ens får komma till första besöket på fertilitetsavdelningen.

Samtliga kvinnor i biografierna beskriver även känslor av frustration i parrelationen. Dessa tycks uppkomma på grund av att de inte förstår varandras sorg då de inte orkar eller vågar beröra ämnet barn. Den sexuella lusten förvandlas mer och mer till ett krav istället för att vara något som sker spontant. Fixeringen kring barnlösheten upplevs suga all kraft ur relationen (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uytterlinde, 2001).

Jävla unge! Varför kan du inte bara komma? Falla ner i vår tillvaro och vispa fram änglavingar i snön. Nu ställer din frånvaro bara till. Nu ställer du till bara genom att inte finnas, genom att dö innan du blivit till liv. Är du medveten om att din mammas och pappas liv håller på att falla ihop? (Ernald Netterfors s.47)

Ilska och avund

Ilskan och avunden går hand i hand med frustrationen. Kvinnorna i biografierna upplever att alla andra kvinnor i deras omgivning blir med barn så lätt. Gravida kvinnors magar upplevs som rent provocerande. Avundsjukan på andra kvinnors fruktsamhet resulterar också i missunnsamhet. Kvinnorna tycker inte att de som beklagar sig har ”samma rätt” till att ha ett barn och de har svårt att känna en genuin glädje över andras barnlycka. Då de barnlösa kvinnorna har en så stark längtan och

fixering efter att få barn, tycks de uppleva en större rätt till att få barn (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

[Skriker inom sig] Så ser inte världen ut! Ni är trångsynta och naiva och borde se er omkring för en stund. Livet är kanske en dans på rosor, men skillnaden mellan oss är att ni får dansa på bladen och vi på taggarna. Jag slår vad om att det kommer stunder i ert liv, när ni önskar er en barnfri helg och det får mig att må illa! Jag skulle aldrig önska mig en barnledig stund. Jag skulle prisa varje ögonblick med mitt barn. Därför har jag större rätt att få ett! (Holmgren s.27)

När en mamma ”beklagat sig” över hur jobbigt det kan vara med exempelvis sjuka barn, känner de barnlösa kvinnorna detta som ett rent hån, sorgen skrattar dem rakt i ansiktet. Samtliga kvinnor vill inte heller höra! De vill inte ta del av andra mammors berättelser om sina barn och de frågar sig varför de pratar om barn med dem. Den otroligt starka ilskan som uppkommer ur barnlösheten ter sig inte veta några gränser. Det upplevs som om kvinnorna brottas med sin vrede över orättvisan i att de inte kan få det som de mest av allt vill ha, samtidigt som paren i omgivningen tycks föröka sig i all oändlighet. De sociala ramarna kring hur man ”bör” uppföra sig hindrar dock kvinnorna från att leva ut sina aggressioner (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Varför berättar de aldrig om barnens silkeslena nackar? Varför berättar de bara om hur lite de får sova och hur snoriga ungarna är och hur de lääängtar efter att vara ensamma en dag? Är det så himla jobbigt? Varför i all sin dar skaffar de ungarna då? Och om och om igen dessutom. Det finns ju preventivmedel. Varför berättar de alls för mig? Varför pratar de bara om barn? Jag vill inte höra. Jag vill absolut inte höra. Jag får lust att hämnas. Jag ser åt ett annat håll när det kommer en kvinna med barnvagn och ska in i bussen. Det är busschaufförens skyldighet, tänker jag. Och du kan skylla dig själv. Det är din unge. Du som kan få barn, kan väl klara av en barnvagn själv. Det är väl inget. Mota att kämpa för att få ett barn. Ta i bara! Och när P. säger att det är ett lidande att inte kunna dricka kaffe när man är gravid, säger jag vasst: - Passa på och lid då, när du har chansen! Hur har du ens mage att påstå att det kulle ha det minsta likhet med ett lidande. (Ernald Netterfors s 42-43)

Avunden visades också i form av sorg och vemod. De gravida magarna, vilka tycks finnas överallt, konfronterar de barnlösa kvinnorna med vetskapen om deras misslyckande och det omöjliga (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En kvinna (Uyterlinde, 2001) skildrar hur hennes tomhet återspeglas i de stolta magarnas fyllighet. Vidare beskrivs hennes avundsjuka som följande:

Jag missunnar dem det inte, men däremot är jag avundsjuk på dem. Mest på deras graviditetens självklarhet. De tycker att det är så normalt att de till och med kan gå omkring och klaga. [...]. Det spelar ingen roll för dem om de är fertila eller inte. Världen befolkas av avundsvärda kvinnor: gravida kvinnor och karriärkvinnor. Jag befinner mig i ingenmanslandet mitt emellan. (Uyterlinde s.51-52)

Sorgens hemliga lådor

Sorgens fåglar hade landat i mig. De hackade och gnagde, det värkte och sved som av sår i bröstet, i magen, i ögonen. Något som värkte och gjorde ont hela tiden. Olika i intensitet, men ändå aldrig helt frånvarande. En tomhetskänsla utan slut. (Hallén s.44)

Sorgen ligger som en genomgående komponent genom den ofrivilliga barnlösheten. Svårigheten att ta sig ur sorgen tycks ligga i det faktum att det inte finns något konkret att sörja. Känslan av förlorad kvinnlighet medför utanförskap på så vis att kvinnorna drar sig undan (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Sorg och tomhet – Den osynliga förlusten

Kvinnorna beskriver hur jobbigt det är att inte vara ”synligt sjuk” och hur tabun kring ämnet barnlöshet gör det svårt för omvärlden att prata med dem. Sorgen spås dessutom på och ”dras ut” genom upprepade IVF-försök, misslyckade graviditeter, missfall och utomkvedshavandeskap. Det tycks vara svårt att sätta ord på sorgen, då det är en dröm som går förlorad. Kvinnorna sörjer något de aldrig fått och det är en stor saknad och tomhet som genomsyrar biografierna. Den osynliga förlusten fräter i kvinnorna och de klarar inte av att ta sig ur sorgen (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). Den osynliga förlusten exemplifieras av en kvinna som följer:

Det svåra i sorgen var känslan av att inte ha något konkret att sörja. Jag hade ju aldrig blivit gravid, så egentligen fanns det inget vi förlorat. Ändå kändes förlusten så enorm. (Holmgren s.54)

Den ständiga tomheten och längtan efter det uteblivna barnet beskrivs som oerhört plågsam. Det finns inget som kan kompensera barnen de inte fick och det upplevs stundtals inte finnas någon mening med livet. Kvinnorna har även ett stort behov av att få tröst. Genomgående för alla kvinnorna i självbiografierna, var dock att omgivningen misslyckades fatalt på detta plan. Inte bara för att omvärlden upplevs som oförstående, utan även för att kvinnorna känner sig obotligt tröstlösa. Kvinnorna upplever det som om människorna runtomkring ”tassar på tå”, ingen vågar beröra, eller tycks vet *hur* de skall behandla barnlösheten. Inte ens i relationen kunde barnlösheten beröras på ett ordentligt tröstande sätt (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En kvinna beskriver sin sorg så här:

Hör du inte vad jag inte säger? Tala med mig om mitt barn som aldrig vill bli till. Fyll min tomhet med något slags tröst, framsprungen ur din sympati för mig som står utanför. Tala om för mig att jag duger ändå, trots att jag inte kan ge livet åt ett barn och aldrig får bli lika rund om magen som du och aldrig får känna sparkarna av mitt barn i min mage. (Hallén s. 41)

Återkommande i självbiografierna är att samtliga kvinnor försöker fly från sin sorg och hela sin livssituation. Detta görs bland annat genom ett flertal resor, där kvinnorna upplever att de får ett andningshål från all dramatik och sorgsenhet. Det är under dessa

resor som kvinnorna kan få möjligheten att uppleva en stunds glädje och lättsamhet (Fransson, 2008; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Sorg över förlorad kvinnlighet – Ett utanförskap

Det är inte bara den osynliga förlusten som omtalas, utan även en känsla av förlorad kvinnlighet. Okvinnligheten tycks leda till ett socialt utanförskap. Kvinnorna sörjer sig själva, eller någon de skulle ha kunnat vara. De sörjer sin egen duglighet, både som fungerande livspartner rent fysiskt, men även dugligheten i samhället genom att kunna bilda den ”klassiska kärnfamiljen”. Kvinnorna uttrycker en känsla av misslyckande som människa (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Jag är ju utanför. I ett ingenkvinnsland varken barn eller vuxen tös eller matrona varken vuxen eller vuxen jag blir aldrig vuxen. Jag är utanför. (Ernald Netterfors s.69)

Den tabubelagda auran som omgiver barnlösheten gör att kvinnorna ofta behöll smärtan inombords. Kvinnorna upplever det som att det inte existerar någon ”barnfri zon” och att de inte är säkra någonstans. Detta medför att kvinnorna drar sig undan vilket förvärrar utanförskapet. Självbilden och självförtroendet raseras och kvinnorna tycks bli mer och mer inåtvända då de inte passar in någonstans (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En kvinna beskriver sitt utanförskap genom en metafor, hur hon står på andra sidan diket:

Det mest irriterande vid sådana besök [hos nyblivna mammor] är det unisona bråkande om graviditet och förlossning. Jag kan inte delta i de samtalen. [...]. Jag är fåret som har glidit ned i diket och kravlat upp på fel sida. Vattnet i diket ter sig plötsligt mycket djupare än jag någonsin förstätt. På avstånd står jag och ser på hur resten av flocken glatt skuttar omkring. Jag försöker på alla sätt och vis göra mig osynlig. (Uyterlinde s.48)

Problematiken kring utanförskapet och känslan av okvinnlighet gör att kvinnorna känner sig obekväma i sällskap med andra mödrar. De blir ständigt påmind om sin eget misslyckande, samtidigt som de beskriver att det inte går att undvika ”halva befolkningen”. I sociala sammanhang, på caféer, kalas och dylikt, känner kvinnorna sig mer utanför och än mer misslyckade då de inte kan ta del av samtalsämnet: barn. Kvinnorna beskriver hur de inte kunde tillföra något i samtalen, och hur de blev mer och mer osynliga i diskussionerna (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Så fruktansvärt utanför jag blir. Lika utanför som när homosexuella män samlas och bara ser varann.[...] I de fruktsamma livmödrarnas sammansvärjning har jag inte heller skuggan av en chans. (Hallén s.41-42)

Existentiella tankar

Vem ska ropa mamma till mig? Vem ska ställa frågor om sin födsel till mig? Vem kommer att krypa upp i mitt knä, slå armarna om min hals och viska, jag älskar dig mamma? (Fransson s.235)

Gemensamt för kvinnorna i självbiografierna är tankar, frågor och funderingar av existentiell art, vilka förekommer i hög grad. Samtliga kvinnor vänder sig även till Gud, till högre makter, även om de inte tidigare har varit troende. Skam och skuld är också känslor som tydligt framkommer i berättelserna (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Varför just jag

Då kvinnorna upplever barn som det yttersta livsmålet, uppstår tvivel om vad som egentligen är meningen med deras liv då de inte kan få några egna barn. Ett ifrågasättande av den egna existensen kan skönjas och tankar såsom ”Varför?” och ”Vad är meningen?” är ofta förekommande (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En av kvinnorna beskriver det så här:

Varför just jag? Varför just vi? [...] Vad har vi gjort för fel? Passar vi inte ihop? Älskar vi inte varandra tillräckligt mycket? Har vi syndat mer än alla andra? Har vi inte uppfyllt vår kvot för att belönas med ett barn? (Ernald Netterfors s.21)

De barnlösa kvinnorna i självbiografierna uttrycker sorg och ovisshet inför framtiden. Återkommande i texterna är tankar om att inte kunna föra sina gener vidare. I samband med dessa existentiella frågor uppkommer även en oro inför åldrandet och rädslor inför framtida ensamhet. Kvinnorna funderar kring tomheten och över vem som ska besöka dem då de blir gamla, eftersom barn och därmed barnbarn uteblivit (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Skam och skuld

Kvinnorna undrar om de gjort något fel i livet som gör att de inte förtjänar att få bli föräldrar. De grubblar över om de inte varit ”duktiga” nog eller om de inte passar ihop med sin partner (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). Dessa funderingar får närapå fatalistiska undertoner, då exempelvis en kvinna (Fransson, 2008) säger sig kunna offra sin själ för att kunna uppleva en graviditet och föda ett barn. En annan kvinna (Ernald Netterfors, 1994) undrar om hon på något sätt kan gottgöra sin ”skuld” genom att arbeta lite mer och göra allting rätt. En tredje kvinna beskriver tankarna på detta sätt:

Varför hade inte jag förärats med gåvan att på naturlig väg skapa mina barn? [...]Var jag inte nog bra som människa för att få bli mamma? Vad hade jag gjort för fel?! (Uyterlinde s.20)

Den existentiella krisen ter sig som en livskris där alla, till synes vardagliga, sysslor och händelser blir meningslösa och svåra (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). En kvinna beskriver sina tankar så här:

Vad är det för bra med att ha en sångröst om man aldrig får sjunga vaggvisor? Vad är det för mening med att läsa kokböcker om ingen minns att mina köttbullar var överlägsna alla andras? Varför ska man ta fram adventsljusstaken när ingen minns att ljusen lyste som mest förväntansfullt just i den? (Ernald Netterfors s.33)

Återtagandet av kontrollen

Min kropp och jag måste gå vidare tillsammans, det är lika bra att vi tar hand om varandra. (Uyterlinde s.139)

Slutligen kommer kvinnorna till en insikt om att situationen är ohållbar. Livet kan inte fortsätta kretsa enbart kring infertilitetsproblematiken. Kvinnorna inser att de måste försöka återta kontrollen över sina liv. Någon form av avslut tar form, där ett ceremoniellt inslag tycks vara till hjälp i sorgearbetet (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Att begrava en barnönskan

I flera av självbiografierna ställer männen ultimatumet, att de lämnar kvinnan om inte allt fokus kring barnlösheten får ett slut (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Uyterlinde, 2001). Varken männen eller kvinnorna orkar leva efter det inrutade mönster som har övertagit deras vardag. Kvinnorna uttrycker en längtan efter att åter få känna en genuin lycka och glädje, dels som individ och dels inom sin relation. Kvinnorna börjar så småningom ifrågasätta om de verkligen vill ha barn till varje pris. Även om kvinnorna inte accepterar det faktum att de inte kommer att få barn, så kommer de ändå till en punkt då de känner att ”nu får det vara nog!” (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

Jag skiter i mina ägglossningar! Jag orkar inte hålla på så här! Det här är inget liv, det är en äggkläckningsfabrik! Jag vill inte mer. Jag orkar inte mer. Men jag gråter när jag säger det, därför att det betyder: - Adjö barn, du som kanske hade kommit om jag hade orkat lite till, bara lite till. Så får jag dåligt samvete över alla resurser som har lagts ned på mig, för doktor N. som är så snäll... (Hallén s.89)

Ett behov av någon form av ritual eller ceremoni är något som efterlyses av kvinnorna i självbiografierna. Kvinnorna bär hela tiden med sig sin sorg över det de förlorat eller drömmen som inte förverkligades. Kvinnorna uttrycker ett behov av att begrava sin sorg genom någon form av ritual, för att kunna gå vidare i livet (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001).

När någon dör är begravningen ett slags sörjande, som gör det möjligt för de efterlämnande att dela sorgen med varandra. Man kan gemensamt ta farväl av kroppen och efteråt utbyta minnen av den avlidne. Men ingen bär på några minnen av vårt barn. För andra existerar det ju inte än. [...] finns det inga ritualer, ingen begravning. [...] absolut ingenting, förutom den oskrivna lagen att du skall bära förlusten i tysthet. (Uyterlinde s.32-33)

Kvinnorna tycks finna olika sätt att skapa ett gravstenssubstitut på. En kvinna (Uyterlinde, 2001) hanterar sin förlust genom att låta tatuera sig, där tatueringen får

symbolisera något oåterkalleligt som inte kan fråntas henne och som hon har kontroll över. En annan kvinna fann sitt eget sätt att begrava sin sorg på:

[På ett berg vid havet] Jag kastade armarna bakåt, vände ansiktet mot himlen och skrek. Jag skrek ur mig all sorg och smärta, all hunger och längtan som upptagit mitt inre. [...] Jag skrek till jag kände mig tom inuti. Jag lämnade min tunga smärta under stjärnorna. [...] När vi vände om för att gå ner till tältet, kändes det som att min smärta låg kvar som ett litet paket på de svarta stenarna. Jag skulle aldrig komma tillbaka för att hämta det! (Holmgren s.23)

Avslutet

När beslutet väl är fattat, att avbryta IVF-försöken, uttrycker kvinnorna en lättnad över att ha fattat beslutet. Vetskapen om att de gjort allt som stått i deras makt, tycks leda till någon form av inre frid. Kvinnorna upplever också att de är på väg att återta kontrollen över sina liv och de försöker finna andra värden och fokus i livet. Hoppet om att bli gravida släpper de dock aldrig (Ernald Netterfors, 1994; Fransson, 2008; Hallén, 1994; Holmgren, 2004; Uyterlinde, 2001). Tankar kring avslutet exemplifieras av de fem kvinnorna på följande vis:

*Jag vill så gärna göra allt det som mödrar gör
Men jag orkar inte mer.
Jag har nått slutstationen.
Jag tillhör dem som inte kan få ett barn. (Hallén s.90)*

När vi gick hem den kvällen kände jag mig lättad på något sätt. Jag hade insett att jag inte ville ha barn till varje pris. Jag slöt ett avtal med mig själv, när vi gick genom parken på väg hem; barn skulle inte få bli svaret på livet. (Holmgren s.52)

Jag skulle kunna göra ytterligare ett sista IVF-försök. Men jag skulle också kunna låta bli. Om jag ändå måste sluta någon gång, så är det här rätt tillfälle. Jag tror att jag är tillräckligt stark nu för att klara av min förlust. Vi har gjort vårt bästa. Det räcker. Det är dags för de goda åren. (Uyterlinde s.147)

Jag såg hur lycklig Krister blev av mina ord och kände både glädje och lättnad. Glädje över att se Krister lycklig igen och lättnad över att ha tagit beslutet att äntligen överge alla mediciner, prov, operationer och allt annat som hade med barnlöshet att göra och som hade tagit över min tid och mina tankar i sexton år. (Fransson s.337)

Jag sitter i soffan och låter Mozarts Requiem blåsa igenom min själ som vindar på höstlig begravnings. Jag begraver dem; barnen jag aldrig fick.[...] Och hoppet om henne [barnet hon aldrig fick] dör också, bit för bit. Jag måste tvinga det att dö. För det gör det inte av sig självt. Liv är så starkt. [...] Sov sött mina vackra barn! (Ernald Netterfors s.84-85)

DISKUSSION

Diskussionen delas in i två delar; *metoddiskussion* och *resultatdiskussion*. I resultatdiskussionen kommer även; *implikationer för sjuksköterskan* samt *framtida forskning* att behandlas.

Metoddiskussion

Vi har valt att analysera fem självbiografier som behandlar ämnet ofrivillig barnlöshet. Modellen, ”att analysera berättelser (narrativer)”, visade sig vara väl lämpad för ändamålet. Fenomenet; kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet, avspeglas tydligt i de självbiografiska texterna. Valet att arbeta med självbiografier gjordes då vi eftersträvat att fånga den subjektiva människan i sin helhet. Enligt Merleau-Ponty (1999) är det inte de enskilda orden som innehar ett budskap, utan dessa får en betydelse först när de ingår i ett sammanhang, eller i en helhet. Denna beskrivning anser vi ligga till grund för valet av vår metod. Modellen, ”att analysera berättelser (narrativer)”, gav en god inblick i kvinnornas livsvärld och gav en helhetsbild, då man fick ta del av deras berättelser och se det utifrån deras eget perspektiv. Detta gjorde att insikten om och förståelsen för deras känslor och upplevelser ökade. Självbiografierna gav oss ett otolkat material utifrån svenska kvinnors perspektiv där vi själva kunde analysera och välja ut de vi tyckte var viktigt. Det hade dock varit intressant att komplettera resultatet med artiklar eller en empirisk studie då detta hade utökat bredden av arbetet. Det fanns en hel del kvalitativ forskning gjord angående kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet, IVF-behandling och dylikt, men dock inte tillräckligt med forskning gjord på svenska kvinnor.

Efter noggrant övervägande togs en biografi från 1994 med, trots inklusionskriteriet på en ålder av maximum tio år. Motiveringen är att tidsaspekten visade sig vara irrelevant i detta sammanhang. Argument som stödjer denna motivering fanns i en studie (Wirtberg et al 2006), där kvinnor beskriver sin tid under behandling mycket detaljerat och levande, trots att det hade gått tjugo år sedan avslutad IVF-behandling. Argumentet för att även ta med självbiografien *Ägglossning*, trots att detta är en holländsk skildring, var att den visade sig stämma väl överens med de upplevelser som svenska kvinnor erfor. Utbudet av självbiografier gällande ofrivillig barnlöshet, visade sig vara mycket begränsat. Detta medförde limitationer i urvalet av böcker som har legat till grund för resultatet, detta anses dock inte ha påverkat kvaliteten på resultatet. De analyserade självbiografierna var uttrycksfulla och starkt känslomässiga samt visade sig följa ett mycket likartat mönster angående de sätt som kvinnorna levde och bearbetade sin situation. Kvinnorna i biografierna återgav sin livsvärld på olika sätt, men ändå kunde en essens urskiljas som var genomgående i samtliga böcker. Detta förvånade oss till viss del då vi före läsning hade tron om att kvinnornas kriser skulle te sig mer olikartade sinsemellan. Härav tog vi beslutet att fem biografier var tillräckligt för vår resultatanalys, då vi är övertygade om att kvantiteten, gällande självbiografier, inte hade påverkat resultatet.

Analysgången har varit en relativt lång process. Vi hade inga svårigheter med att finna gemensamma nämnare och nyckelord utan dessa tedde sig ganska självklara. Det som dock visade sig vara tidsödande och komplicerat, var att placera och strukturera enligt

teman och subteman. Svårigheterna låg i den komplexa infertilitetskris som kvinnorna genomgick. Krisens olika stadier flyter in i varandra och gör det näst intill omöjligt att särskilja känslotillstånden. Detta medförde svårigheter i att placera ut nyckelorden under rätt tema. Vi valde till sist fem teman med subteman men vi kunde lika gärna valt att ha *ett* tema; förlust, då detta på något sätt är upprinnelsen till alla känslor under infertilitetskrisen. Därav var valet av titel självklar.

Citaten i texten har för avsikt att ge validitet till resultatet. Det har varit svårt att välja bort citat eftersom de tydligt åskådliggör de ofrivilligt barnlösa kvinnornas situation. Vi hade kunnat presentera fem citat för respektive kvinna under varje tema och subtema, som behandlade samma känsla. Detta valdes dock att inte göras, då resultatet hade blivit oändligt långt. Vi har eftersträvat en balans mellan egen producerad text och citat. Dock valde vi att presentera fem citat som avslut, i syfte att visa kvinnornas olika sätt att säga farväl till sin barnönskan.

Modellen, ”att analysera berättelser (narrativer)”, har varit en bra och inspirerande modell. Vårt system att sortera och strukturera textstycken enligt teman i olika plastmappar, visade sig vara till stor hjälp i vår analysprocess, då texterna blev lättarbetade och överskådliga. Vi kan varmt rekommendera detta arbetssätt. Vi vill även poängtera fördelarna med ett dubbelt författarskap, då detta underlättat reflektion och analysgång.

Resultatdiskussion

Vårt resultat har, utifrån vårt syfte att beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet, givit oss svar och kunskap som kan sammanfattas med att infertilitetskrisen är något utdraget, komplext och livslångt. Dahlberg et al (2003) beskriver ett livslidande som ett lidande på alla plan, något som påverkar hela livssituationen. Detta lidande kan enligt Eriksson (1994) hota människans hela livsvärld. I vårt resultat åskådliggörs tydliga tecken på att de ofrivilligt barnlösa kvinnorna i självbiografierna befinner sig i ett livslidande. Tidigare forskning (Wirtberg et al, 2006) visar att ofrivilligt barnlösa kvinnor i sextioårsåldern fortfarande upplever ett livslidande, tjugo år efter avslutad IVF-behandling, då barnlösheten alltså genomsyrar deras existens. Även Johansson och Berg (2005) finner i sin studie att essensen i ofrivillig barnlöshet är livslidandet. Med dessa fakta som stöd menar vi att ofrivilligt barnlösa kvinnor även då de blir äldre, kommer att ha ett fortsatt lidande, och kommer med stor sannolikhet påträffas i olika vårdssammanhang under deras resterande livstid. Det är därför viktigt att sjuksköterskan bekräftar både lidandet och kvinnan som unik individ i vårdrelationen. Då den subjektiva kroppen i resultatet beskrivs som dysfunktionell, bör sjuksköterskan även ha kunskap om att kroppen och själen inte är i balans och därmed är det än viktigare med ett holistiskt perspektiv för att bekräfta och se hela kvinnan.

I resultatet fann vi att infertilitetskrisen är mycket komplicerad och följer inte det, enligt Cullberg (2003), normala krisförloppet. Det tycks inte finnas någon ”mall” för denna specifika kris. Cullbergs teori (2003) om krisförloppet är inte fullständigt applicerbar på de ofrivilligt barnlösa kvinnornas infertilitetskris, då de tycks fastna i reaktionsfasen. Fredholm och Johansson Rosander (2002) skriver i en intervju med Ann Lalos, professor i folkhälsovetenskap, om problematiken kring att paren inte får något

definitivt, negativt besked från läkaren och att detta för med sig att sorgearbetet aldrig riktigt utvecklas eller att kvinnorna återigen hamnar i chockfasen, vid exempelvis missfall eller misslyckade IVF-försök. Enligt Eriksson (1994) uppstår ett lidande när människan inte upplever att sorgen har någon mening. Frågan vi ställer oss är om kvinnorna egentligen någon gång befinner sig i bearbetningsfas, där ett sorts accepterande och inläring av en ny roll ska ta form. Enligt oss verkar det snarare vara så att kvinnorna, mer eller mindre går direkt från reaktionsfas till nyorienteringsfas. Bearbetningsfasen infinner sig inte, enligt det vi kunnat utläsa i vårt resultat. Möjligen infinner den sig senare, om det överhuvudtaget sker. Möller (2005) beskriver visserligen tre olika dimensioner i infertilitetskrisen, där reaktioner och känslor är mer sammansmälta, men det ges inga konkreta råd och instruktioner för hur situationerna i krisen bör hanteras. Vårdpersonal som möter dessa kvinnor i olika vårdsammanhang, skulle enligt oss vara hjälpta av utbildning i bemötandestrategier inom ämnet ofrivillig barnlöshet. Med i beaktningen bör även de olika faserna i krisen vara. I exempelvis reaktionsfasen kan den ofrivilligt barnlösa kvinnan som ter sig aggressiv och visar irritation, egentligen uttrycka sorg. Detta kräver än mer lyhördhet från sjuksköterskans sida.

Kommer då dessa ofrivilligt barnlösa kvinnor till någon form av acceptans? Eller lär de sig bara leva med sorgen? Att hoppet dör, behöver det nödvändigtvis innebära att kvinnorna accepterar sin barnlöshet? I två studier (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al, 2006) ges det uttryck för hur hoppet om att kunna bli gravid inte dog förrän kvinnorna kom in i klimakteriet. Vår uppfattning baserat på läst litteratur, är att de ofrivilligt barnlösa kvinnorna kanske accepterar sin infertilitet, *men* att de har svårare att förlika sig med det tomrum och det faktum att de inte fick några egna barn. Denna problematik fångade vår uppmärksamhet, vilket ledde våra tankar till framtida "barnbarnlöshet". De existentiella frågorna som framkommer i vårt resultat, exempelvis tankar om "vem som tar hand om mig när jag blir gammal", fick oss att inse vilka otroligt stora proportioner krisen och lidandet faktiskt har hos de ofrivilligt barnlösa kvinnorna. Wirtberg et al (2007), beskriver kvinnors livsvärld tjugo år efter misslyckade IVF-behandlingar. De kvinnor som i studien förblev barnlösa fick samtliga ett "återfall" i sin kris då de återigen konfronterades med sin sorg när andra jämnåriga kvinnor i omgivningen fick barnbarn. Detta styrker vår tes om att kvinnorna inte har bearbetat sin sorg färdigt, då krisen återkommer i samma skepnad. Vi anser oss i och med detta ha belägg för att Cullbergs (2003) krismodell inte fullt ut kan appliceras på de ofrivilligt barnlösa kvinnorna. Kvinnorna i studien (Wirtberg et al, 2007) berättade hur de undvek situationer där andras barnbarn kom på tal eller kom på besök. Återigen hamnar allt fokus på barn.

I vården är barn och barnbarn är ett naturligt och relativt lätt samtalsämne att beröra för sjuksköterskan i mötet med patienten. Man kan säga att ämnet barn agerar som ett slags inträde till det sociala nätverket. Vi anser att sjuksköterskan bör vara beredd i detta möte, då han eller hon kan ställas inför situationer där de stöter på ofrivilligt barnlösa kvinnor. Det är viktigt att sjuksköterskan då kan bemöta kvinnan på ett professionellt sätt, och vara medveten om vad hon/han bör och inte bör säga, då detta kan orsaka onödigt lidande. Då infertilitet inte är en synlig sjukdom, är det möjligt att många drabbade kvinnor med denna problematik, undviker att berätta om sin barnlöshet för omgivningen. Kan det vara för att inte hamna i en obekvämlig och konstlad situation? Det

kan även vara så att kvinnorna önskar att någon "öppnar upp" för samtal. I en studie (Wirtberg et al, 2007) önskade de ofrivilligt barnlösa kvinnorna att de haft någon att prata med, och de saknade detta från vårdens sida. Även Peddie et al (2005) skriver att kvinnorna eftersöker samtal, öppenhet, ärlighet och hjälp från vården. Som sjuksköterska är det viktigt att vara öppen och lyhörd inför dessa kvinnor och försöka läsa av huruvida de önskar prata om sina upplevelser. Vi fann att kvinnorna i självbiografierna uttryckte att de upplevde det lättare att kommunicera med sjuksköterskan än med läkaren, då kvinnorna fann sig mer bekväma tillsammans med sjuksköterskan och kunde tillåta sig att gråta, vilket gav dem en viss tröst. Enligt Dahlberg et al (2003) är vårdrelationen beroende av att det finns en god mellanmänsklig kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Denna vårdrelation kännetecknas av öppenhet för patientens livsvärld och subjektiva kropp, och avser att lindra lidande och främja välbefinnande. Wirtberg et al (2007) skriver även att många ofrivilligt barnlösa kvinnor upplever att det är skönt att få berätta sin livshistoria för någon som är utomstående och neutral. Detta är något som vårt resultat bekräftar, då det är baserat på just självbiografier. Troligen har författarna till självbiografierna använt skrivandet i terapeutiskt syfte, vilket säkert har hjälpt dem att bearbeta sin sorg. Vi frågar oss om det ges tillräckligt utrymme för existentiella reflektioner inom vården. Detta kan vara något att tänka på och avsätta tid till, både för vårdpersonal och vårdtagares välbefinnande. Dessa samtal är något som kan vara bra att ha i åtanke som sjuksköterska i äldreomsorgen, då även äldre kvinnor bevisligen kan ha ett livslidande orsakat av den ofrivilliga barnlösheten. Wirtberg et al (2007) lyfter fram att de äldre ofrivilligt barnlösa kvinnorna fortfarande sörjer och gråter. Kvinnorna beskriver att det under årens lopp skapats en tystnad i omgivningen kring ämnet barn, barnbarn och barnlöshet. De upplever att de har svårt att hitta sin roll och inse meningen med livet, då de varken är mormor eller farmor. I en studie (Alexander, Goodman & Luborsky, 1992) med ofrivilligt barnlösa kvinnor med en ålder över sextio år, påvisades att utanförskapet förvärrades när jämgamla får barnbarn. Vi anser att detta kan upplevas som ett socialt handikapp. I resultatet beskriver kvinnorna att de saknar någon sorts duglighet, både som partner och i samhället. Vad händer med de ofrivilligt barnlösa kvinnorna då de pensioneras? Då har de inte heller sin yrkesmässiga stolthet och samhällsfunktion kvar.

Vår förförståelse, innan läsning, var att paren skulle ha en genomgående dålig sexuell relation på grund av den press som IVF-behandlingen orsakar. Vi trodde även att adoption skulle vara ett mer självklart alternativ. Likaså förväntade vi oss att fler av kvinnorna skulle vända sig till något substitut, i form av exempelvis djur. Dessa förförståelser blev alla, förutom den sexuella relationen, motbevisade i resultatet. Något som förvånade oss var den intensiva ilska som genomsyrade kvinnornas liv och vilka proportioner denna ilska tog, i form av frustration och avund. I de studier vi tagit del av tycks fokus mer ha legat på sorg och depression. Undantaget är dock Imeson och McMurray's (1996) studie, där avund och hat får ett större utrymme.

Ju mer vi har läst om detta ämne, desto mer säkra är vi på att ofrivillig barnlöshet torde vara bland det svåraste att acceptera och komma till försoning med i en kvinnas liv. Vi har även haft tankar om huruvida sjukvården skulle kunna hjälpa till med någon typ av ceremoni för att kunna hjälpa kvinnorna att begrava sin barnönskan. Vi ställer oss frågan hur stort "mörkertalet" av ofrivilligt barnlösa kvinnor är och hur ofta sjuksköterskan möter dem, ovetande om deras situation och lidande.

Implikationer för sjuksköterskan

Råd och implikationer till sjuksköterskan som framkommit ur resultatet är som följer:

- Bemöt med medkänsla, respekt och lyhördhet.
- Visa inte medlidande alltför tydligt, då kvinnorna kan uppleva detta som förnedrande.
- Använd inte fraser som: ”tänk vad mycket du kan göra och uppleva utan barn, vilka resor du kan göra”, ”det kanske finns en mening med detta”, ”det kunde ha varit värre”, ”försök se det positiva i situationen” eller ”tänk inte så mycket på det, så kanske det händer”, då dessa kan uppfattas som kränkande.
- Ge inte alltför optimistiska råd och inge inte falskt hopp. Ärliga besked och uppriktighet uppskattas.
- Inbjud till samtal och lyssna under uppmärksam tystnad.
- Håll de tider som utlovats vad det gäller exempelvis telefonsamtal, då kvinnorna är otroligt sårbara i fråga om väntetider.
- Ha i åtanke att synligt gravida sjuksköterskor och undersköterskor eventuellt inte bör ha omvårdnadsansvaret för de ofrivilligt barnlösa kvinnorna. Fråga patienten hur hon upplever och vill ha det.
- Tänk på att barnlöshet kan vara ett känsligt ämne även hos äldre kvinnor.

Framtida forskning

Vi anser att det behövs mer fortsatt forskning inom området ofrivillig barnlöshet, med fokus på infertilitetskrisen då det tycks saknas en modell i bemötande och behandling för denna typ av kris. Andra intressanta inriktningar på området vore genusfrågan och att undersöka eventuella kulturella skillnader. Hur ser mannens infertilitetskris ut? Reagerar kvinnor och män olika, i så fall varför? Sverige är numera ett mångkulturellt land och vi anser att sjukvården behöver mer kunskap om hur kvinnor från andra kulturer kan uppleva ofrivillig barnlöshet. Kan den kulturella skillnaden leda till en annan sorts kris?

Vi skulle personligen anse det vara mycket intressant att gå vidare med en empirisk studie, i form av intervjuer med ofrivilligt barnlösa kvinnor med en ålder på minimum sjuttio år. Hur upplever kvinnorna sin barn- och barnbarnlöshet idag? Har dessa kvinnor nått någon form av acceptans och meningsfullhet i sin livsvärld? Lever kvinnorna fortfarande i infertilitetskrisen? Om inte, hur har de gått till väga? Slutar de någonsin att sörja sin dröm?

REFERENSER

- Alexander, BB., Rubinstein, RL., Goodman, M. & Luborsky, M. (1992). A path not taken: a cultural analysis of regrets and childlessness in the lives of older women. *The Gerontologist*, 32(5), 616-626.
- Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). Ingår i F. Friberg (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.139-148). Lund: Studentlitteratur.
- Daniluk, J. (2001). Reconstructing their lives: A Longitudinal, Qualitative Analysis of the Transition to Biological Childlessness for Infertile Couples. *Journal of counseling & development*, 79, 439-449.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.
- Ernald Netterfors, S., & Hallén, I. (1994). *Barnen som aldrig blev – två kvinnors berättelser om barnlöshet*. Smedjebacken: Alfabeta Bokförlag AB.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fransson, R. (2008). *Älskling, vi blir inte med barn*. Hakenäset: anomaR.
- Fredholm, K., & Johansson Rosander, I. (2003). *Vill ha barn – Inspiration och tröst, fakta och information till dig som har svårt att bli med barn och till dig som i arbetet möter ofrivilligt barnlösa*. Järvsö: Bauer Bok.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Holmgren, Å. (2004) *Barn av glas*. Borlänge: Förlags AB Björnen.
- Hyden-Granskog, C. (2005). Frysförvaring. Ingår i J Hreinsson, L. Hamberger, & T. Hardarson (red.), *Infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s.141-151). Lund: Studentlitteratur.

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Hämtad 2008-11-25 från <http://rixlex.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?sok=&titel=&bet=1982%3A763&rm=&nr=&sort=rel&nid=3910&a=s>
- Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1014-1022.
- Jahren Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (2005). Om omvårdnad. Ingår i N. Jahren Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (red.), *Grundläggande omvårdnad del 1* (s.13-27). Stockholm: Liber.
- Jahren Kristoffersen, N., & Nordtvedt, P. (2005). Relationen mellan sjuksköterska och patient. Ingår i N. Jahren Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (red.), *Grundläggande omvårdnad del 1* (s.137-183). Stockholm: Liber.
- Johansson, M., & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 19, 58-63.
- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad 2009-01-13 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>
- Lalos, A. (1998). Infertilitetskrisen. Ingår i Nils-Otto Sjöberg (red.), *Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. Arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet* (ARG-rapport nr:37) (s.11-16). Stockholm: SFOG.
- Lalos, A. (2000). Barnlöshet som livskris. Ingår i *Bot för barnlöshet? En bok från forskningens dag 2000 medicinsk-odontologiska fakulteten Umeå Universitet* (red.), Hämtad 2008-10-01 från http://www.umu.se/medfak/forskning/popvet/Barnloshet_4Lalos.pdf
- Leiblum, S.R., Aviv, A., & Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13(12), 3569-3574.
- Letherby, G. (2002). Challenging Dominant Discourses: identity and change and the experience of "infertility" and "involuntary childlessness". *Journal of Gender Studies*, 11(3), 277-288.
- Lukse, M., & Vacc, N. (1999). Grief, Depression, and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment. *Obstetrics & Gynecology*, 93(2), 245-251.
- Lundin, K., & Levkov, L. (2005). Embryoutveckling och morfologi. Ingår i J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (red.), *Infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s.101-114). Lund: Studentlitteratur.

- Lundin, K., & Mikkelsen, A-L. (2005). Inseminering och fertilisering, in vitro-maturation (IVM). Ingår i J Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (red.), *Infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s.89-100). Lund: Studentlitteratur.
- McQuillan, J., Greil, A., White, N., & Casey Jacob, M. (2003). Frustrated fertility: infertility and psychological distress among women. *Journal of marriage and family*, 65(4), 1007-1018.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Möller, A., & Bjuresten, K. (2005). Patienten i centrum. Ingår i J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (red.), *Infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s.169-180). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. Hämtad: 2008-10-30
<http://www.ne.se/artikel/1358908/1358908>
- Peddie, V.L., Teijlingen, E.van., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision- making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20(7) 1944-1951.
- Siegel, B.S. (1990). *Kärlek, tro och helande*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2008-11-21 från
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen (2008). *Assisterad befruktning 2005-assisted reproduction results of treatment 2005*. Hämtad 2008-11-20 från
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/1963F732-813F-46E1-8092-CC0B0CA6EF6F/9752/2008423.pdf>
- Statistiska centralbyrån. Hämtad 2008-10-29 från
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2006I50_BR_BE51ST0602.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening – SSF (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2008-11-21 från
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Söderberg, L., & Wilöf Mindus, M. (1998). *Jag vill få barn*. Stockholm: Bokförlaget Cordia.
- Uyterlinde, J. (2001). *Ägglossning*. Stockholm: Nordstedts Förlag.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag

Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2006). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.

Wramsby, H., & Sunde, A. (2005) Äggaspiration och in-vitro odling. . Ingår i J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (red.), *Infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s.169-180). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Översikt av analyserad litteratur

<p>Författare: Inger Hallén & Sigbritt Ernald Netterfors</p> <p>Titel: Barnen som aldrig blev</p> <p>Årtal: 1994</p> <p>Förlag: Alfabeta Bokförlag AB</p>	<p>Boken innehåller två olika kvinnors självbiografiska berättelser om livet som ofrivilligt barnlösa. Kvinnorna beskriver de turbulenta känslorna, kring bland annat längtan, ilska och sorg. De återger även frustrationen i mötet med sjukvården. Den ena kvinnan tvingas förlika sig med sin barnlöshet då hennes make inte ser adoption som ett alternativ. Den andra kvinnan med make adopterar slutligen två barn.</p>
<p>Författare: Ramona Fransson</p> <p>Titel: Älskling, vi blir inte med barn</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Förlag: anomaR Förlag</p>	<p>Boken är en självbiografi där författaren, i skönlitterär form, återger de fysiska smärtor och psykiska vårdor som den ofrivilliga barnlösheten ställde henne inför. Läsaren får följa författaren i sexton år, genom tre relationer och olika fertilitetsbehandlingar. Behandlingarna förblev resultatlösa och adoption behandlades aldrig som något alternativ. Författaren lever idag utan barn..</p>
<p>Författare: Judith Uytterlinde</p> <p>Titel: Ägglossning</p> <p>Årtal: 2001</p> <p>Förlag: Norstedts</p>	<p>Självbiografien Ägglossning är en holländsk skildring av författarens ofrivilliga barnlöshet. Författaren beskriver såväl de medicinska behandlingar som de svårhanterliga känslor som fenomenet orsakar. Paret beslutar sig sedan för att adoptera.</p>
<p>Författare: Åsa Holmgren</p> <p>Titel: Barn av glas</p> <p>Årtal: 2004</p> <p>Förlag: Förlags AB Björnen</p>	<p>Barn av glas är en självbiografi som behandlar kvinnans, men även mannens, perspektiv på den känslomässiga "berg-och-dalbana" som infertilitetsbehandlingarna innebär. Boken tar läsaren igenom de prövningar de utsätts för samt ger ett patientperspektiv på IVF-behandlingen. Paret får slutligen ett biologiskt barn.</p>