

# Begrensning eller berikelse?

*En kvalitativ studie av refleksjoner rundt  
valget om å få barn blant kvinner under  
høyere utdanning*

Mari Ommundsen



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

30.06.2011

© Mari Ommundsen

År: 2011

Tittel: Begrensning eller berikelse?

Forfatter: Mari Ommundsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

II

# Sammendrag

I løpet av de siste 50 årene har fruktbarhetstallene i Europa sunket dramatisk. Det har skjedd en overgang fra et tradisjonelt til et mer moderne familiedanningsmønster. Sentralt i utviklingen er lavere fødselstall og en utsettelse av barnefødsler. Endringene i fruktbarhetsmønsteret har vært knyttet både til kulturelle, økonomiske og politiske endringer, samt teknologiske forandringer. Den norske fertilitetsutviklingen skiller seg imidlertid litt ut. Siden 1980-tallet har Norge opplevd en oppgang i fertilitet, og fruktbarhetsnivået karakteriseres som relativt høyt og stabilt. Det interessante i det norske tilfellet er derfor ikke nedgang, men *stabiliteten* i nivået og en tendens til økende *forskjeller* i fertilitetsmønsteret.

Forskning på norske kvinners fertilitet har tradisjonelt vært et tema for demografer og statistikere og har derfor vært dominert av *kvantitative* undersøkelser. Denne oppgaven utgjør et *kvalitativt* bidrag. Gjennom intervjuer med åtte kvinner i den avsluttende fasen av to forskjellige utdanninger har målet vært å bidra til innsikt i de sosiale prosessene *før* de faktiske valgene om barn er tatt. Oppgaven tar for seg kvinnenenes *refleksjoner* rundt valget om å få barn og spør hvilken *betydning* og *posisjon* barn har i kvinnenenes liv. Ved å ta utgangspunkt i to ulike utdanningsgrupper belyses i tillegg likheter og forskjeller i refleksjonene knyttet til utdanning og kommende yrkessituasjon. Sammenligningen av de to gruppene har gitt kunnskap om forskjeller i *strategier*, *tilpasninger* og *forutsetninger* forbundet med ønsket om å få barn.

Kvinnenenes refleksjoner kan forstås i lys av to, til dels utfyllende, teoretiske perspektiver. Begrunnelser for ønsker om barn, betydningen av barn og moderskap, samt refleksjoner rundt valg og planlegging, fortolkes ved hjelp av individualiseringsteori og Beck- og Beck-Gernsheims hypoteser om individualiseringens betydning for individene i det senmoderne samfunn. I et kjølig, upersonlig, usikkert og risikofyllt samfunn representerer barn den naturlige siden ved livet, det motsatte av det rasjonelle, effektive og disiplinerte. Barn bekreftes som en viktig ingrediens i et meningsfullt liv. Samtidig bryter informantenes refleksjoner med bildet av barn som del av et ”planleggingsprosjekt” der individene hevdes å foreta eksplisitte avgjørelser, vurderinger av fordeler og ulemper og der barn er resultat av en nøye gjennomtenkt plan. Det naturlige aspektet knyttet til det å få barn veier tungt, og at man på et tidspunkt i livet vil ha barn tas for gitt.

Ulike måter å forholde seg til en kombinasjon av barn og utdanning/jobb kan forstås i lys av teorien om adaptive preferanser. På tross av felles oppfatninger av den naturlige verdien barn har, og barns posisjon i livet, står kvinnene i de to utdanningsgruppene overfor forskjellige sett av *muligheter* og *begrensninger* når det gjelder kombinasjoner og tilpasninger. Til disse må de nødvendigvis forholde seg. Imidlertid ser de adaptive prosessene ut til å være noe mer fremtredende i den ene gruppen enn den andre.

Refleksjonene rundt barn dannes på bakgrunn av en vekselvirkning mellom individuelle preferanser, sosiale og institusjonelle faktorer. Jeg argumenterer for at forhold ved de to utdanningene legger føringer på planer om barn, mens det er planene om barn som i all hovedsak styrer preferansene for arbeid. Det *naturlige* og *normale* ved å ønske seg barn er hva som danner det primære grunnlaget for fertilitetsatferden i begge gruppene.

# Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en langsom og utfordrende prosess. Heldigvis har det også vært utrolig lærerikt og spennende! Etter et år med både oppturer, nedturer, kontroll og mangel på kontroll, kan jeg fremdeles si at jeg elsker sosiologien!

Oppgaven er skrevet i tilknytning til forskningsprosjektet ”*The social meaning of children. Reproductive choice, gender and social class*” administrert av Anne-Lise Ellingsæter og An-Magritt Jensen ved Universitetet i Oslo og Merete Lie ved NTNU.

Først og fremst vil jeg takke informantene mine. Takk for at dere ga av deres tid, var nysgjerrige, åpne og behjelpelige!

Stor takk til veileder Anne-Lise Ellingsæter som har gitt av sin brede teoretiske kunnskap og delt av sin erfaring fra forskning på området. Takk skal du også ha for bestandig å være veldig motiverende, tilgjengelig og hjelpsom. Takk også til biveileder Eirin Pedersen for konstruktive innspill i analyseprosessen. Du har et skarpt og klokt hode til å være så ung! Takk til dere begge for hele veien å ha løftet blikket mitt og tatt dere tid til gode tilbakemeldinger. Det har vært uvurderlig hjelp!

Takk til alle venner og familie. Spesielt takk til pappa for gode innspill og diskusjon, og mamma for emosjonell og økonomisk støtte gjennom hele året. Tusen takk til Ulrikke, Ida og Marit (spesielt) for streng korrekturlesing. Også takk til Håvard for tålmodighet og forståelse.

Takk til alle medstudenter! Dere er flinke, flotte og inspirerende! Spesielt stor takk til Line og Erik, de fremste representanter for glede og god humor i masterhverdagen!

Mari

Oslo, juni 2011

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	<b>Bakgrunn og hovedtendenser i fruktbarhetsutviklingen</b> .....	<b>3</b>
1.2	<b>Endringer i fruktbarhet - det norske tilfellet</b> .....	<b>5</b>
1.2.1	Utsettelse av et liv med barn .....	5
1.2.2	Utdanning og kvinners fruktbarhetsatferd.....	6
1.2.3	Variasjon på tvers av utdanningsfelt .....	6
1.3	<b>Valg av utdanningsgrupper</b> .....	<b>8</b>
1.4	<b>Verdien av foreldreskap</b> .....	<b>10</b>
1.5	<b>Begrepsavklaring: refleksjoner</b> .....	<b>11</b>
1.6	<b>Gangen i oppgaven</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER</b> .....	<b>13</b>
2.1	<b>Individualiseringsteori</b> .....	<b>13</b>
2.1.1	”Livet som et planleggingsprosjekt” .....	14
2.1.2	Foreldreskapet som planleggingsprosjekt .....	16
2.1.3	Motsigelsesfylte trender .....	16
2.1.4	Individualiseringstese i møte med empirien.....	17
2.1.5	Valg .....	18
2.2	<b>Teorien om adaptive preferanser</b> .....	<b>20</b>
2.2.1	Ikke bare ”sure druer” .....	21
2.2.2	Adaptive preferanser og valg om å få barn .....	22
2.2.3	Perspektiver på forskjeller i kvinners arbeidstid .....	24
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	<b>27</b>
3.1	<b>Kvalitativ metode i fertilitetsforskning</b> .....	<b>27</b>
3.1.1	Metodiske refleksjoner .....	27
3.1.2	Intervju som metode.....	28
3.2	<b>Arbeidet med intervjuguiden</b> .....	<b>29</b>
3.3	<b>Utvalget og veien til informantene</b> .....	<b>30</b>
3.3.1	Møtet med informantene .....	30
3.4	<b>Gjennomføring av intervjuene</b> .....	<b>32</b>
3.5	<b>Analysestrategi</b> .....	<b>33</b>
3.6	<b>Datakvalitet og generalisering</b> .....	<b>34</b>

3.7	<b>Etiske betraktninger .....</b>	<b>37</b>
3.8	<b>Kort presentasjon av informantene.....</b>	<b>38</b>
3.8.1	Medisinstudentene.....	38
3.8.2	Sykepleiestudentene .....	39
4	<b>DEN NORSKE VELFERDSSTATEN .....</b>	<b>41</b>
4.1	<b>Barnevalgets strukturelle kontekst.....</b>	<b>42</b>
4.2	<b>Defamiliserende familiepolitikk.....</b>	<b>43</b>
4.3	<b>Å få barn mens man er under utdanning.....</b>	<b>45</b>
5	<b>OM Å SKULLE FÅ BARN .....</b>	<b>47</b>
5.1	<b>Hvorfor ønsker kvinnene seg barn? .....</b>	<b>47</b>
5.1.1	Betydningen av barn.....	51
5.1.2	“Det største i livet” .....	54
5.2	<b>Når er det tid for barn? .....</b>	<b>57</b>
5.2.1	Sykepleiestudentene: ”En fot innenfor arbeidsmarkedet” .....	58
5.2.2	Medisinstudentene: Ikke for ung og ikke for gammel .....	61
5.2.3	Barn som planleggingsprosjekt? .....	64
6	<b>MODERSKAP .....</b>	<b>67</b>
6.1	<b>Vil kvinner være mødre?.....</b>	<b>68</b>
6.2	<b>Forestillingen om det kvinnelige .....</b>	<b>72</b>
7	<b>FAMILIE OG BARN I RELASJON TIL UTDANNING OG KOMMENDE YRKE</b>	
7.1	<b>Barn og utdanning – forutsetninger for å kombinere.....</b>	<b>75</b>
7.1.1	Medisinstudentene: ”Alt går” .....	75
7.1.2	Sykepleiestudentene: Praksis den største utfordringen .....	81
7.2	<b>Familie og yrkesliv – ambisjoner og realiteter .....</b>	<b>84</b>
7.2.1	Medisinstudentene: ”Å jobbe for livet ved siden av” .....	84
7.2.2	Sykepleiestudentene: Partner som forutsetning .....	89
8	<b>AVSLUTTENDE DRØFTING .....</b>	<b>93</b>
8.1	<b>Det naturlige ønsket om barn .....</b>	<b>93</b>
8.2	<b>Moderskapet – realisering av personlig potensiale .....</b>	<b>97</b>
8.3	<b>Kombinasjoner og tilpasninger.....</b>	<b>99</b>
8.3.1	Ambivalens, indre lyst og ytre begrensninger.....	99
8.3.2	Kortere utdanning, praksis og annen tilpasningsstrategi.....	100
8.4	<b>Familie først.....</b>	<b>101</b>

8.4.1 Oppsummering .....	103
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>107</b>
<b>9 Vedlegg 1 .....</b>	<b>113</b>
<b>10 Vedlegg 2 .....</b>	<b>115</b>



# 1 INNLEDNING

I løpet av noen få tiår har kvinners fertilitetsatferd endret seg betydelig. Både i Norge og i resten av den vestlige verden har det vært en utvikling mot utsatte barnefødsler og lavere fødselstall. Kvinnerollen i det senmoderne samfunn er i stor grad forandret, og kvinner har fått større frihet til å velge livsløp enn tidligere (Lappegård, 2001). Sentralt i utviklingen er økt deltakelse innen utdanning og arbeidsmarked, noe som har gitt kvinner større økonomisk uavhengighet (Lappegård, 2000). Slike samfunnsendringer bidrar til forandringer i mulighetsstrukturer og skaper dermed nye trender i forhold til familieetablering og avgjørelser i forhold til barn.

I løpet av 1990-tallet har det i Norge foregått en betydelig utvidelse av familiepolitiske reformer. Disse har bidratt til å muliggjøre en kombinasjon av familieliv og yrkesdeltakelse. Fremfor å velge mellom jobb og barn velger de fleste grupper av kvinner begge deler. At norske kvinner i større grad ønsker å delta i arbeidslivet betyr med andre ord ikke at de ikke vil ha barn. (Lappegård, 2000). Karakteristisk for norske forhold er en høy andel kvinner i arbeidsstyrken kombinert med et relativt høyt fertilitetsnivå (Ravn, 2005). Bak det stabile fertilitetsnivået ser man imidlertid økende forskjeller i fertilitetsmønsteret. Forskjellene på *om* og *når* kvinner får barn og i tillegg *hvor mange* barn de får, blir gjerne knyttet til ulikheter i utdannings- og yrkesstatus (Lappegård, 2000; 2006).

I lys av dette vil det være interessant å se på barns betydning for unge kvinner i dag, hva som gjør moderskapet attraktivt og hvordan de ser for seg kombinasjoner og tilpasninger i forhold til utdanning og kommende arbeidsliv. I denne oppgaven er de sentrale underliggende spørsmål hvordan unge kvinner tenker rundt det å få barn og hvordan barn forestilles og posisjoneres i unge kvinners livsløpsperspektiv. Kvinners holdninger til og hva som vektlegges i forhold til det å få barn belyses gjennom kvalitative intervjuer av kvinner foreløpig *uten* barn. Målet er å bidra til økt innsikt i grunnlaget for kvinners reproduktive praksis.

I undersøkelsen ser jeg spesifikt på to grupper kvinner - studenter på medisinstudiet og på sykepleiestudiet. På tross av likheter i forhold til fagfelt gir leger og sykepleiere et godt bilde av *variasjoner* som finnes langs dimensjoner med påvist betydning for fertilitetsatferd:

utdanningslengde, arbeidstidspraksis, lønnsnivå og karrieremuligheter. Til de to yrkesgruppene er det knyttet forskjellig utdannings- og yrkesprestisje (Lappegård og Rønsen, 2005), i tillegg eksisterer det ulike arbeidskulturer og mulighetsstrukturer innad i profesjonene (Abrahamsen, 2002). Kvinnelige leger er av yrkesgruppene som arbeider mest, mens sykepleiere er av de som arbeider minst (Abrahamsen, 2009). Samtidig viser en kvantitativ studie store *likheter* mellom disse yrkesgruppene når det gjelder fertilitetsutfall (Lappegård, 2001). Dette kan framstå som et tilsynelatende paradoks.

De ulike situasjonene medisin- og sykepleiestudentene skal ut i på arbeidsmarkedet tilsier at de skulle ha ulik orientering mot arbeid og familie. Forskjellene gir grunn til å forvente ulikheter i forhold til hvordan barn inngår i kvinnenes liv. Ved å undersøke hvordan studentene innenfor de to ulike utdanningene reflekterer rundt det å få barn, ønsker jeg å bidra til å forstå dette paradokset. Hvordan tenker kvinnene rundt det å få barn? Er det noen forskjeller? Hvordan er de like? Hvordan er de ulike? Refleksjonene vil kunne kaste lys over *prosessene* rundt det å få barn og hva som kan ligge bak likheten i gruppenes fertilitetsutfall. I et større perspektiv ønsker jeg å bidra til økt innsikt i hvilke faktorer som kan ha betydning for kvinners fertilitetsatferd.

Det overordnede spørsmålet i oppgaven er hvordan unge kvinner tenker rundt og forholder seg til valget om å få barn, og barns plass i livene deres. Den spesifikke tilnærmingen til spørsmålet går gjennom følgende underspørsmål:

- 1) *Hva kjennetegner refleksjonene rundt det å få barn blant kvinner under høyere utdanning?*
- 2) *Hvilke tanker har kvinnene om moderskap?*
- 3) *Hvordan forestiller kvinnene seg et liv med barn relatert til utdanning og senere yrkesliv?*

Å undersøke disse spørsmålene er sosiologisk interessant fordi det omhandler de brede *samfunnsendringene* i Norge de siste tiårene. Endringene innebærer nye idealer og sosiale praksiser, varierte familiestrukturer, lengre utdanningsløp og endrede kjønnsrelasjoner. Alt dette ligger til grunn for avgjørelser om barn. Avgjørelsene formes både av sosiale relasjoner, normative og moralske dimensjoner, samt økonomiske realiteter (Ellingsæter, Jensen & Lie, 2009). Problemstillingens sosiologiske relevans kan videre knyttes til behovet for å undersøke

de sosiale *prosessene* forbundet med kvinners fertilitetsmønstre og forståelse av de sosiale *mekanismene* bak kvinners fertilitetsatferd.

Kvinnens fertilitet er også viktig i forhold til samfunnsutvikling. Oppgavens samfunnsmessige relevans kan således knyttes til betydningen av hvordan samfunnets politikk er orientert. Vi ser variasjon og endringer i fertilitetsmønsteret, utsatte fødsler og store forskjeller i hvor mange barn kvinner får (Lappegård, 2001b). Felles for alle er at foreldreskap og omsorg politiseres. Grunnet ulike posisjoner, for eksempel i arbeidslivet, har man imidlertid ikke like interesser i forhold til hvordan dette organiseres (Ellingsæter, Noack &, Rønsen, 1997).

Hvordan endringene blir møtt og forstått kan få konsekvenser for fruktbarhetsutviklingen fremover (Lappegård, 2001b). Det er med andre ord viktig med kunnskap om hvilke faktorer som påvirker fertilitetsmønsteret bak et relativt stabilt norsk fertilitetsnivå, og hvordan forskjeller i kvinners fertilitet kan knyttes til forskjeller i utdanning og arbeid (Lappegård, 2006).

## **1.1 Bakgrunn og hovedtendenser i fruktbarhetsutviklingen**

I størsteparten av den industrialiserte verden opplevde man fra slutten av 1800-tallet en nedgang i fertilitet. Tendensen varte helt fram til 1930-tallet. For første gang i historien var den totale fertiliteten i Vest-Europa i gjennomsnitt under to barn per kvinne<sup>1</sup>, og netto reproduksjon kun tre fjerdedeler av reproduksjonsnivået. Etter andre verdenskrig økte fødselsratene igjen, men atter en nedgangsperiode fulgte fra sent på 1960-tallet for de fleste vestlige land. Nedgangen stoppet opp igjen på slutten av 1980-tallet, før fødselstallene sank på ny. Denne gangen var den lave fertiliteten vedvarende (Caldwell & Schindlmayr, 2003). Det er de demografiske endringene fra og med 1960 som danner bakgrunn for denne oppgaven.

I løpet av de siste 50 årene har fruktbarhetstallene i Europa sunket dramatisk. Overgangen fra et tradisjonelt til et mer moderne familiedanningsmønster, basert på utsettelse av barnefødsler

---

<sup>1</sup> Samlet fruktbarhetstall (SFT) for kvinner beskriver gjennomsnittlig antall levendefødte barn hver kvinne kommer til å føde i hele kvinnens fødedyktige periode (15-49 år), under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden vedvarer og at dødsfall ikke forekommer. SFT for menn er beregnet for aldersgruppen 15-54 år (SSB, 2011).

og lavere fødselstall, blir i demografien gjerne omtalt som ”den andre demografiske overgang” (van de Kaa, 1987). Begrepet ble introdusert på 1980-tallet for å beskrive de markante endringene i familiedannelse og nedgangen i fertilitet som fant sted i de vestlige landene i 1960 årene (van de Kaa, 2004). Verdier og holdninger anses som drivkreftene bak nedgangen i fertilitet, og individuell autonomi og kvinnefrigjøring står sentralt i teorien. I løpet av de siste tiårene har kvinners autonomi økt, og kulturelle forandringer relateres til mer individualistiske holdninger og fokus på selvrealisering (Lesthaeghe, 1995). I den aktuelle perioden kan man altså skille mellom tre vesentlige fruktbarhetsendringer: en kraftig nedgang i fruktbarhetsnivået, en generell utsettelse av foreldreskapet, samt en destandardisering av fruktbarhetsmønsteret (Lappegård, 2007).

Konkurrerende forklaringer på den generelle nedgangen i fertilitet har i større grad tatt utgangspunkt i endringer innen økonomi og politikk (Caldwell & Schindlemayr, 2003; Becker, 1991). Nye ideer og verdier hevdes å være av mindre betydning. Caldwell og Schindlemayr (2003) er opptatt av hvordan en ny global økonomi styrt av liberaløkonomiske prinsipper har skapt en høy grad av økonomisk, individuell usikkerhet som er uforenlig med samfunnsmessig reproduksjon. I tillegg vektlegges det at barn ikke lenger er av umiddelbar økonomisk verdi for foreldre. Relatert til det økonomiske perspektivet er også økt utdanningsoppnåelse og økonomisk uavhengighet blant kvinner. Økonomen Gary Beckers (1991) argument handler i hovedsak om at økt utdanning og kvinnelig deltakelse på arbeidsmarkedet øker kostnadene ved moderskapet. Såkalte ”mulighetskostnader” knytter seg til tid brukt på å få og ha barn, samt hvor mye man ønsker å investere i barna (Becker, 1991).

Hovedendringene i fruktbarhetsmønsteret har altså vært knyttet både til økonomiske og kulturelle, men også teknologiske forandringer. Teknologiske forandringer relateres blant annet til introduksjonen av nye kvinnevennlige prevensjonsmidler som spiral og p-piller. Slike faktorer har bidratt til å endre kvinners tanker og preferanser relatert til det å få barn (Lappegård, 2006). Man har i større grad fått mulighet til å velge, og dermed også å planlegge livet sitt. Nedgang i fertilitet hevdes også å være forbundet med slutten på det tradisjonelle bildet av far som familieforsørger, og med et økt fokus på kjønnslikhet. Dette skaper ytterligere konflikt mellom rollen kvinner har som arbeidere og rollen de har som frembærere av barn (Davis, 1984).

Manglende evne blant land i den vestlige verden til å reprodusere sin egen befolkning har brakt ideen om en ”fertilitetskrise” inn i den offentlige debatten. Dette byr på politiske

utfordringer og den negative fruktbarhetsutviklingen er ventet å få dramatiske konsekvenser for framtiden i disse landene (Ellingsæter, Jensen & Lie, 2009).

## 1.2 Endringer i fruktbarhet - det norske tilfellet

I motsetning til mange andre industrialiserte land, ble den norske nedgangen i fertilitet fra 1960-tallet etterfulgt av en oppgang fra 1980-tallet. Etter tiår med betydelige forandringer i fertilitetsnivå stabiliserte den totale fertilitetsraten seg på begynnelsen av 1990-tallet til rett under reproduksjonsnivå (2.1). I Europa er Norge blant landene med høyest fertilitetsrate på 1,98 (SSB, 2009). Slik sett er det først og fremst stabiliteten i fertilitet og ikke nedgangen som er interessant i det norske tilfellet. Den norske velferdsstatens sjenerøse familiepolitikk får ofte æren for den relativt høye og stabile fertiliteten (Ellingsæter, Jensen & Lie, 2009). Som nevnt finner man imidlertid økende forskjeller i fertilitetsmønsteret i forhold til *om* kvinner får barn, *når* de får barn og *hvor mange* barn de får (Lappegård, 2000).

Utsettelse av foreldreskapet en sentral del av den andre demografiske overgangen. For norske kvinner betyr imidlertid ikke en utsettelse av moderskapet at man ikke får barn overhodet. Kvinnene gjeninnhenter i stor grad de utsatte barnefødslene. Det er blant annet gjeninnhenting av fødsler som gjør at det norske fruktbarhetsmønsteret skiller seg fra andre land i Europa med lavere fruktbarhetsnivå. (Lappegård, 2007). Bekymring har likevel vært rettet mot tendensen til å vente lenger med å få barn, da det blir stadig færre gjenværende år å få barn på (Noack, 2004).

### 1.2.1 Utsettelse av et liv med barn

Når det gjelder utsettelse av det å få sitt første barn er dette mer utpreget i noen grupper enn andre. Et skille går mellom ulike generasjoner i forhold til kvinners måter å leve på. Typisk for 1930- og 1950-tallskohortene er fertilitetsmønstre der kvinnene har fått sitt første barn før de fyller 25 år. Kvinner født litt senere kjennetegnes av andre fertilitetsmønstre: andelen som har fått barn før de fyller 30 år er omtrent like stor som andelen som fikk barn før de var 25 år blant kvinnene født i 1950. Blant de yngre kvinnene er det flere som får barn mellom 30 og 35 år. Selv om det er en svært liten andel er det også en økning i kvinner som føder sitt første barn mellom 35 og 40 år (Lappegård, 2000).

Imidlertid følger ikke alle kvinner disse fertilitetstrendene. Flere handler fortsatt i tråd med det tradisjonelle mønsteret. På grunn av større variasjon i tidspunkt for når man etablerer seg med familie og barn varierer altså alderen på førstegangsmødre fra tidlig i 20-årene til slutten av 30-årene (Brunborg, 2006).

### **1.2.2 Utdanning og kvinners fruktbarhetsatferd**

Utdanning har vist seg å være en sentral påvirkningsfaktor for kvinners fertilitet. Endringer i fertilitetsmønsteret blir ofte satt i sammenheng med at flere yngre kvinner tar høyere utdanning (Lappegård, 2000). Når det gjelder tidspunkt for når kvinner får sitt første barn har påvirkningen av utdanning økt. Det har også forskjellene. Sammenlignet med kvinner født mellom 1930 og 1950 har variasjonen mellom kvinner med høy og lav utdanning økt blant kvinnene født rundt 1960. Kvinner med lavere utdanningsnivå får barn tidligst, mens kvinner med høyere utdanning venter lenger (Trude Lappegård, 2000). Utvidete forskjeller skyldes at de som venter lengst med å få barn venter stadig lengre, mens de som får barn i ung alder ikke har endret tidspunkt for første fødsel i like stor grad. Selv om den generelle trenden blant kvinner født etter 1950 er en utsettelse av tidspunkt for når man får sitt første barn, skjer altså dette i ulikt tempo. Alderen da halvparten av kvinnene i en generasjon har blitt mødre øker jo lengre utdanning kvinnene har.

Det er riktignok verdt å merke seg at de høyt utdannede kvinnene til syvende og sist får nesten like mange barn som de med lav utdanning. Selv om de begynner senere, for eksempel når de er 30 år eller mer, tar de igjen de med lav utdanning som begynte tidligere. Dette ser man ved at forskjellene mellom de med kortere og lengre utdanning blir mindre når kvinnene nærmer seg 40 år (Lappegård, 1999).

### **1.2.3 Variasjon på tvers av utdanningsfelt**

I Norge ser man også variasjon mellom grupper i forhold til *om* kvinner får barn i det hele tatt og *hvor mange* barn de får. Når det gjelder det å ikke få barn i det hele tatt, er sannsynligheten lavest blant kvinner uten utdanning utover videregående skole. Målt ved 40 års alder har disse kvinnene en sannsynlighet på 9,9 % til 10,9 % for å være barnløs. Variasjonene skyldes ulike studieretninger, men de er imidlertid små. For kvinner med høyere utdanning er sannsynligheten for barnløshet større jo lengre utdanning man har. Blant kvinner med høyest utdanningsnivå innenfor humaniora har kvinner ved 40 års alder 22,2 % sannsynlighet for å

være barnløs (Lappegård, 2001). Tallene i undersøkelsen er basert på kvinner i fødselskohortene 1954- 58.

Imidlertid finner man de største variasjonene i barnløshet på tvers av *utdanningsfelt*. *Utdanningsstype* er i denne sammenheng en større differensieringsfaktor enn *utdanningslengde* (Trude Lappegård, 2001).

Det er altså flere kvinner uten utdanning som har barn, enn kvinner med høyere utdanning. Når det gjelder hvor mange barn en kvinne får, viser imidlertid analyser at når kvinner først har fått barn, har ikke utdanningslengde særlig betydning (Lappegård, 2001). Det er ikke slik at de med kortest utdanning får flest barn. Derimot ser det ut til at også forventet barnetall blant kvinnene varierer mellom fagområder. For eksempel får kvinner innenfor utdanninger rettet mot kvinnedominerte yrker gjerne flere barn enn kvinner i andre yrker, men også i enkelte grupper med karriereorienterte, mannsdominerte utdanninger er fruktbarheten høy (Lappegård, 2001). Utdanning i seg selv gjør med andre ord ikke sannsynligheten for å få barn lavere, variasjonene går vel så mye på tvers av utdanningsområde.

Det fagområdet der lengden på utdanning har minst betydning for sannsynligheten for å være barnløs er sykepleiefag<sup>2</sup>. Målt i en alder av 40 år finner man for eksempel nesten ingen forskjell mellom kvinnelige leger og sykepleiere. Sammenligner man andre grupper med ulik utdanningslengde finner man derimot betydelige forskjeller. Lærere og jurister er et godt eksempel. Målt sannsynlighet for å være barnløs blant lærere er 8,1 % mot 19,2 % blant jussutdannede. Tilsvarende er sannsynligheten for leger og sykepleiere 13,9 % og 10,8 %, en minimal forskjell (Lappegård, 2001: 420). Høyt utdannede kvinner innenfor kunst og økonomi og administrasjon har i likhet med jussutdannede større sannsynlighet for å være barnløse i en alder av 40 enn kvinner med kort høyere utdanning som for eksempel lærere og sykepleiere. Legene skiller seg altså markant fra andre høyt utdannede grupper hva angår sannsynlighet for å være barnløs (Lappegård, 2001).

Likheten i fertilitetsutfall mellom kvinnelige leger og sykepleiere dreier seg ytterligere om forventet antall barn født av kvinner med minst ett barn fra før. Forventet antall blant legene er 2, 53 og 2, 41 blant sykepleierne. Sammenlignet med legene har høyt utdannede innenfor juss og økonomi og administrasjon henholdsvis et forventet antall på 2,15 og 2,13 barn

---

<sup>2</sup> Både sykepleiere og leger inngår i Lappegårds studie under fagområdet ”sykepleiefag”. Sykepleierne inngår i kategori ”sykepleiefag nivå 2” og leger i ”sykepleiefag nivå 3”.

(Lappegård, 2001: 425). Leger skiller seg i liten grad fra grupper med lavere utdanning, deriblant sykepleiere, og er et eksempel på en yrkesgruppe som kombinerer høy fruktbarhet og en aktiv yrkeskarriere (Lappegård, 2001).

### **1.3 Valg av utdanningsgrupper**

Både medisin- og sykepleieutdanning kvalifiserer til å jobbe innenfor yrker som involverer omsorg for andre mennesker. Motiver som det å hjelpe andre til å oppnå god helse og livskvalitet antas å være utbredt blant både medisin- og sykepleiestudentene (Abrahamsen, 2006). Imidlertid er det ulik utdannings- og yrkesprestisje knyttet til de to yrkesgruppene (Lappegård & Rønsen, 2005), samt ulike arbeidstidskulturer og mulighetsstrukturer innad i profesjonene (Abrahamsen, 2002). I en undersøkelse av arbeidsvilkår og betingelser finner man blant annet ”svært gode” muligheter for utvikling og karriere blant legene mens tilsvarende muligheter er ”gode” blant sykepleierne. Vanlig arbeidspraksis innenfor yrket er ”overtid” blant legene og ”deltid/heltid” blant sykepleierne (Abrahamsen, 2002). Legene har altså størst mulighet til å få en lederstilling og kommer veldig godt ut i forhold til faglige utviklingsmuligheter, ansvar og interessant arbeid. Imidlertid har også sykepleierne gode muligheter til å få lederposisjoner og interessant arbeid, og svært få finner yrket kjedelig eller rutinepreget (Abrahamsen, 2002).

De to gruppene skiller seg videre langs andre dimensjoner med påvist betydning for fertilitetsatferd. I forhold til utdanning skiller de seg hovedsakelig når det gjelder utdanningens lengde. Studentene på sykepleie studerer i tre år før de kan gå ut i arbeid. Medisinstudentene studerer i seks år og må deretter gjennom ett og et halvt års turnustjeneste før de er klare for arbeidslivet. Det antas også å være ulik karriereorientering innenfor de to studieretningene, selv om undersøkelser antyder at dette er i endring (Dæhlen, 2005).

I yrkessammenheng er kvinnelige leger blant de som arbeider mest, mens kvinnelige sykepleiere er blant de som arbeider minst. Gjennomsnittlig arbeidstid blant kvinnelige leger tre år etter fullført utdanning er 44,4 timer per uke, mens det tilsvarende tallet for sykepleiere er 34,4 (Abrahamsen, 2009). Legeyrket har tradisjonelt vært et mannsdominert yrke og forbindes gjerne med egenskaper som konkurranseorientert, besluttsomhet, overordnethet og selvstendighet (Abrahamsen, 2006: 6). I tillegg til lang arbeidstid er det vanlig å omtale yrket som et av høy status, med høy inntekt og hvor arbeidet er av sentral livsinteresse



(Abrahamsen, 2006; With, 2007). Kvinnelige leger skiller seg ikke bare fra sykepleierne, men også fra et flertall andre yrkesgrupper med sine gode karriere- og utviklingsmuligheter. De har videre et høyt lønnsnivå, 50% høyere enn for sykepleierne. Riktignok karakteriseres også lønnsnivået blant heltidsarbeidende sykepleiere som relativt godt (Abrahamsen, 2002).

En profesjonalisering og akademisering av sykepleieryrket har bidratt til å bedre sykepleiernes karrieremuligheter. Til tross for dette er deltidsarbeid og karriereavbrudd i forbindelse med at man får barn stadig et trekk ved yrket (Hoel, 1991; With, 2007). Andelen sykepleiere som arbeider deltid er også høyere enn blant andre høyskoleutdannede kvinner (Abrahamsen, 2001). Når det gjelder arbeidsvilkår finner Abrahamsen (2002: 39, 42) ”moderat til dårlig familievennlighet” for de kvinnelige legene og ”middels god familievennlighet” for sykepleierne. Vurderingen av ”familievennlighet” er basert på vanlig arbeidstid innenfor yrket og muligheter til å jobbe heltid og deltid.

Mye tyder på at det også er store forskjeller blant leger og sykepleiere i holdning til arbeidstid. Innenfor medisin eksisterer gjerne forventninger om vesentlig arbeidsinnsats og andre interesser skal ikke undergrave det profesjonelle arbeidet (Abrahamsen, 2005). Abrahamsen (2005) refererer til studier som viser at legers motivasjon for hardt og krevende arbeid er noe som utvikles gjennom den langvarige utdanningen og videre forsterkes i yrkeslivet. I motsetning til dette karakteriseres arbeidskulturen blant sykepleiere som familieorientert. Undersøkelser av verdier og motivasjon forbundet med kommende yrke viser at studenter på sykepleieutdanningen ønsker å bruke mye tid med egne barn samtidig som de vil ha et interessant arbeid (Abrahamsen, 2005).

Likevel: kvantitative funn viser altså resultatlikhet i fertilitetsutfall mellom leger og sykepleiere (Lappegård, 2001), og gruppene representerer dermed et interessant tilfelle ved dagens fertilitetsmønster. Det er i denne sammenheng interessant å undersøke hvordan studentene innenfor de to utdanningsfeltene reflekterer rundt temaer som barn og moderskap generelt, samt kombinasjoner og tilpasninger knyttet til utdanning og arbeidsliv. På bakgrunn av ulike forhold i utdannings- og arbeidsmarkedssituasjon vil det være naturlig å forvente noen forskjeller med hensyn på posisjonen barn har i kvinnes liv. De ulike situasjonene kvinnene skal ut i som arbeidsdyktige tilsier blant annet at de vil ha forskjellige orienteringer mot jobb-familie. Imidlertid kan det tenkes at kvinnene har lignende orienteringer og forestillinger om fremtidige forhold på tross av at mulighetsrommet er forskjellig.

På denne bakgrunn ønsker jeg å undersøke kvinner som er i den avsluttende fasen av medisin- og sykepleieutdanningen. De er ulike når det gjelder utdannings- og arbeidsvilkår, men like når det gjelder fertilitetsutfall. Hensikten med å sammenligne disse gruppene er å bidra til forståelse for denne likheten og hva som ligger bak valgene om å få barn.

## 1.4 Verdien av foreldreskap

Å bli forelder kan antas å innebære en overgang til et strukturelt og emosjonelt komplekst liv. Man går over i en krevende, men samtidig berikende rolle. Det å bli forelder kan assosieres med både større fordeler i forhold til sosiale og psykologiske ressurser, samt større kostnader med tanke på psykologisk velvære og daglige påkjenninger (Nomaguchi & Milkie, 2003: 360). Tradisjonelt har verdien av barn vært vurdert i forhold til pengekostnader og fordeler. Å få et barn var i tidligere tider kanskje først og fremst et slags gode. Barnet hadde økonomisk verdi ved at han eller hun bidro til familiens felleskasse. Noen vil hevde at barn- i løpet av det 20. århundre- i større grad har blitt en *pengekostnad* fremfor en økonomisk fordel, og at barn i økende grad blir verdsatt emosjonelt fremfor finansielt (Caldwell, 1982). Fawcett (1998) har listet opp følgende kostnader ved det å være forelder i den vestlige verden: økt pengebruk, tap av inntekt, tap av muligheter i forhold til karriere og fritid, psykologiske kostnader som mindre tid for en selv, mindre fleksibilitet og flere bekymringer, samt diverse fysiske kostnader. Samtidig har det vært hevdet at foreldreskap innebærer større forventninger i de vestlige landenes 20. århundre (Beck & Beck-Gernsheim, 1995), og at preferanser og meninger om oppdragelsen av et barn har forandret seg gjennom disse årenes løp. Fremfor å berømme barn for gode manerer og lydighet, oppfordrer man til selvstendighet, uavhengighet og utdanning (Alwin, 1996). Nye kulturelle forpliktelser forbundet med det å være en god og ansvarlig forelder har vært foreslått som en sannsynlig årsak til at folk i noen tilfeller unngår å bli foreldre (Beck & Beck-Gernsheim, 1995).

For de aller fleste virker det riktignok som om det å være forelder er en viktig, forhåndskjent del av livet (Bergnéhr, 2008). Når en ønsker innsikt i reproduktive avgjørelser er det derfor viktig også å vurdere privilegiene med det å være mor og far. Fawcett (1998) har merket seg flere potensielle fordeler med det å være forelder. Foreldreskap kan markere voksenstatus, det gir sosial status ved at det å få barn på et tidspunkt faktisk er forventet, et barn reproducerer familien og binder generasjonene sammen og barnet tilfører glede i livet og nye erfaringer for foreldrene. I tillegg kan et barns prestasjoner reflektere positivt på foreldrene. Et barn kan

også verdsettes ved at det å bli forelder er en overgang i forhold til identitet og status (Fawcett, 1998). Foreldreskap kan for mange være selve meningen med livet og et naturlig steg å ta. Barn kan være et symbol på foreldres kjærighet for hverandre, på noe som er delt likt mellom to mennesker og som binder dem sammen (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997).

## 1.5 Begrepsavklaring: refleksjoner

Spørsmålene informantene er stilt i denne i studien er hovedsakelig av fremtidsrettet karakter. Det handler om hvordan de ønsker og hvordan de mer realistisk ser for seg at livene deres skal se ut i forhold til barn, moderskap og overgang mellom utdanning og yrkesliv. Med andre ord handler det om kvinnenenes tanker, begrunnelser, preferanser, forestillinger og ideer om ulike nåværende og spesielt fremtidige forhold. Det å tenke på og overveie livsløpet sitt i forhold til disse temaene kan etter min mening best begrepsfestes gjennom hvilke *refleksjoner* kvinnene gjør. Dette begrepet anvendes videre i oppgaven. Kvinnenenes refleksjoner og hvilke forhold de fremhever i henhold til disse vil være oppgavens fokus og utgangspunkt for analysen. Refleksjonene vil kunne kaste lys over prosessene rundt det å få barn.

## 1.6 Gangen i oppgaven

I neste kapittel presenteres to teoretiske perspektiver jeg mener er hensiktsmessige fortolkningsrammer for oppgavens empiriske materiale. I tillegg trekker jeg inn tidligere studier der teoriene har stått sentralt. Deretter redegjøres det for valg av metodisk tilnærming (kap. 3) og for konteksten den norske velferdsstaten danner rundt kvinners refleksjoner rundt valg om barn (kap. 4). Etter dette følger analysen. Det generelle synet på barn (kap. 5) antas å ha implikasjoner for hvilke tanker kvinnene har om moderskap (kap. 6) og hvordan de ser for seg barn relatert til utdanning og yrkesliv (kap. 7). Kapitlet ”Om å skulle få barn” utgjør dermed analysens hoveddel. Empiriske funn og betydningen disse har blir hovedsakelig spesifisert i oppgavens siste kapittel (kap. 8).



## 2 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Oppgavens første teoretiske bidrag er individualiseringsteori. Teorien om individualiseringsprosessene utviklingen av det moderne samfunn har brakt med seg er i flere sammenhenger anvendt i studier av fruktbarhetsatferd- og mønstre. Sentrale poeng med relevans for oppgaven er det uttalte og antatte økte behovet blant individer for planlegging av livsløpet - ”livet som et planleggingsprosjekt”, motsetningen mellom en norm om barn og familiedannelse og ideen om det uavhengige, selvstendige individ, og en motsetning mellom kravene arbeidsmarkedet stiller og kravene som stilles av moderskapet.

Deretter presenteres hovedtrekkene i teorien om adaptive preferanser. Sentralt i denne tilnærmingen er hvordan oppfatninger av hva som er ønskelig kan være et resultat av de muligheter som eksisterer, og at ønsker og preferanser kan endres dersom et mål synes uoppnåelig. Teorien om adaptive preferanser kan belyse i hvilken grad kvinnene forholder seg til muligheter og realiteter innen utdanning og kommende jobb i forestillingene de har om barn og tilpasningene til utdannings- og arbeidsliv.

### 2.1 Individualiseringsteori

*Individualiseringstesen* er en av pilarene blant annet i den tyske sosiologen Ulrich Becks diagnose av det moderne samfunn (Beck, 1992). Den inneholder hovedsakelig to elementer: en påstand om utstrakte endringer i industrisamfunnets institusjonelle struktur, samt en påstand om konsekvensene disse endringene får for det enkelte samfunnsmedlems livsløp og identitet (Aakvaag, 2008<sup>3</sup>). Individualisering forstås gjerne som en samfunnsmessig prosess som innebærer en nedbrytning av individets tradisjonelle bånd til familie, klasse og andre fellesskap. Samtidig innebærer individualiseringsprosessen en dannelse av individet som en sosial enhet med bestemte rettigheter og ansvar (Beck, 1992).

Historisk knyttes individualiseringsprosessen til utviklingen av det postindustrielle samfunn fra og med 1970. Den beskrives som det uintenderte resultatet av omfattende endringer i *politikk, familie og arbeidsliv* (Beck, 1992). Individualiseringstesen ble utviklet som et svar

---

<sup>3</sup> Jeg har på utvalgte punkter valgt å benytte meg av Aakvaags fremstilling av Becks individualiseringstese i hans oversikt over moderne sosiologisk teori.

på behovet for nye analytiske begreper i overgangen til det senmoderne samfunn. Det som har skjedd i løpet av utviklingen kunne ikke lenger kunne forstås innenfor tradisjonelt rammeverk. "Instead it must be conceived of as the beginning of a new mode of societalization, a kind of 'metamorphosis' or 'categorical shift' in the relation between the individual and society" (Beck, 1992: 127).

I nyere sosiologisk teori vektlegges individualiseringens omkostninger, men også dens muligheter. Som *omkostning* understrekes tapet av en stabil, sosial identitet som fører til en opplevelse av rotløshet, usikkerhet og selvopptatthet. Som *muligheter* fremheves befrielsen fra tradisjonelle, sosiale bånd og normer til fordel for individets frihet til hele tiden selv å skape og velge sin identitet og vei i livet (Aakvaag, 2008). I motsetning til industrisamfunnets regulerte, stabile og standardiserte tilværelse preges det moderne samfunn av et utydelig og uforutsigbart sosialt landskap der individene ikke lenger har klare orienteringspunkter for identitet og livsløp. Virkningen av dette blir *individualisering* (Aakvaag, 2008).

Individualiseringsprosessen skyldes den strukturelle tvangen i et *deregulert, destandardisert og destabilisert* samfunn som tildeler hver enkelt av oss oppgaven å løse identitetsproblemet. Den nye moderniteten tvinger hver enkelt til å bli et velgende menneske. Individualiseringsprosessen krever beslutninger. I følge Beck er vi *dømt* til å velge (Beck & Beck-Gernsheim, 2002; Aakvaag, 2008).

### **2.1.1 "Livet som et planleggingsprosjekt"**

Individualiseringsteori baserer seg altså på en forestilling om fremveksten av et individualisert selv, frikoblet fra gruppeidentiteter og institusjonell regulering som fritt konstruerer sin identitet gjennom livsstilsvalg (Aakvaag, 2008). En såkalt destandardisering av livsløpet innebærer at individuelle valg blir viktigere og *valgbiografier* tar over for *standardbiografier*. Valg innebærer å planlegge hver eneste korsvei i livet, et fenomen Beck-Gernsheim (1996) omtaler som "livet som et planleggingsprosjekt". Planleggingen og rasjonaliseringen i utførelsen av livet blir i økende grad blir individenes oppgave. En optimistisk oppfatning av denne prosessen fokuserer på svekkelsen av begrensninger og økt frihet for individene. I kontrast til den er en oppfatning som vektlegger byrdene den vedvarende prosessen av det å ta valg og avgjørelser pålegger individene (Aakvaag, 2008).

Beck og Beck-Gernsheim (1995) omtaler individualisering som noe som dekker et komplekst, mangfoldig og ambivalent fenomen: en sosial transformasjon med praktiske implikasjoner det er vanskelig å ignorere. Implikasjonene handler om at vi får frihet til å velge, samtidig som vi kjenner økt press på å tilpasse oss internaliserte krav. Vi er ansvarlige for oss selv samtidig som vi er avhengige av forhold vi ikke helt har taket på. Forholdene som oppmuntrer til individualisme skaper nye og ukjente avhengigheter (Beck & Beck-Gernsheim, 1995). Individene er fri fra tradisjonelle begrensninger, men erfarer at de styres av arbeidsmarkedet og dermed er avhengige av for eksempel utdanningstilbud, sosiale velferdsfordeler, studielån og pensjonsplaner. Et moderne liv der individualisme står sentralt betyr med andre ord ikke frihet, til tross for bortfall av tradisjonelle forhold og restriksjoner (Beck & Beck-Gernsheim, 1995).

Med begrepet *institusjonalisert individualisme* påpeker Beck og Beck-Gernsheim (2002) hvordan det moderne samfunns institusjoner er innrettet etter individet og ikke etter kollektivet. Valgene vi tar er formet blant annet av arbeidsmarkedet og velferdsinstitusjoner. De hevder den sosiale transformasjonen ”individualisering” bringer med seg en motsetning mellom kravene arbeidsmarkedet stiller og kravene som stilles av ulike typer forhold mellom individene. Familieforhold, ekteskap, foreldreskap og venneforhold utfordres av idealbildet av et flyktig individ som anser seg selv som en arbeidsenhet, fleksibel, konkurransedyktig og ambisiøs, og forberedt på å sette til side de sosiale forpliktelsene som er forbundet med vedkommendes liv og identitet. Individenes biografier planlegges omkring arbeidsmarkedet (Beck & Beck-Gernsheim, 1995).

Som et resultat av individualiseringen har kvinner kunnet frigjøre seg fra gamle kjønnsroller. De er ikke lenger pålagt et liv hjemme med ansvar for kjernefamiliens overlevelse. Uten jobb vil kvinnes situasjon oppleves som materielt lite gunstig, og de tvinges dermed til å bygge et liv på egenhånd gjennom arbeidsmarkedet. Om nødvendig må de videreføre dette livet på bekostning av familieforpliktelser, venner og andre forhold. Det blir nødvendig å tilpasse seg presset fra arbeidsmarkedet og at man inkorporerer dette presset i ens personlighet, hverdagsliv og framtidsplaner, selv om det til tider kolliderer med kravene som stilles fra familie. Kravene fra arbeidsmarkedet har påvirket individers subjektiviteter gjennom å gjøre individuell frihet, uavhengighet og mobilitet som ledende prinsipper for hvordan man skal leve livet sitt (Beck og Beck-Gernsheim, 1995).

### 2.1.2 Foreldreskapet som planleggingsprosjekt

Tendensen mot å måtte planlegge og hele tiden skulle ta rasjonelle valg i livet påvirker foreldreskapet i det moderne samfunn. Forventinger og krav til mødre og fedre blir høyere. Også oppdragelse har blitt et planleggingsprosjekt (Beck-Gernsheim (1996)).

Beck og Beck-Gernsheim (1995) hevder individer i dag foretar eksplisitte avgjørelser før de får barn. Avgjørelsene er preget av mye tenking, planlegging og kommunikasjon mellom partnere. De er videre påvirket av alt fra gledene og forsakelsene ved et liv for seg selv til forpliktelsene og godene med foreldreskap. Moderne, individualiserte kvinner er bevisste sine styrker og svakheter, og er nervøse i forhold til å ta de riktige avgjørelsene for de riktige grunnene i forhold til moderskap. Igjen er det ingen tradisjonelle normer eller ideer som dirigerer kvinnene i noen gitt retning. De tvinges til å konstruere sine egne biografier, og til å planlegge både på kort og lang sikt. Dette gjelder alt fra hvilken utdanning de vil ta, til hvor de ønsker å bo, og hvem de ønsker å leve med. Behovet for å planlegge intervensjoner i økende grad i kvinners liv og i deres holdninger til moderskap. En som ønsker å bli mor bør først tenke nøye gjennom alt for så å ta en virkelig sikker avgjørelse. Det å få barn er ikke lenger noe som skjer spontant. *"The children, if there are any, are supposed to be welcome, but wishing for them is no longer just a wish but a whole bundle of pros and cons: children are the result of a plan, 'masterminded births' or 'headbirths' (Günther Grass i Beck & Beck-Gernsheim, 1995: 112).*

### 2.1.3 Motsigelsesfylte trender

Samtidig som statistiske undersøkelser har bekreftet vedvarende nedgang i fertilitet i flere industrielt utviklede land, ser man klare indikasjoner på ønsker om å få barn. Empiriske studier viser at selv kvinner med såkalte karrierejobber ønsker å stifte familie. For å forklare den tilsynelatende motsigelsesfylte kombinasjonen, peker Beck og Beck-Gernsheim (2002) på behovet for en tilnærming som belyser begge aspektene samtidig. Deres forklaring relaterer nettopp trendene i fertilitetsrater til individualiseringsprosessen og forbinder ønsket om å få barn med risikoen, ønskene og kravene som er fremtredende under forhold preget av økende individualisme. De argumenterer for at krav til å ha *"a bit of life on one's own"* har økt under moderniseringen og at dette særlig har påvirket kvinner (Beck og Beck-Gernsheim, 2002: 120). Ønsket om å få barn vil imidlertid ikke forsvinne i et individualisert og rasjonalisert samfunn. I stedet krever de nye omstendighetene ny betydning, at man søker etter innhold og



mening med livet, nærhet, varme og fortrolighet. Ved å sette disse to aspektene sammen hevder Beck og Beck-Gernsheim (2002) bedre å forstå konfliktens og paradoksets natur. Kvinner trekkes mellom ønsket om å ha barn og ønsket om selvstendighet og ”å leve sitt eget liv”. Dette er vanskelig å forene under det moderne, individualiserte samfunns sosiale og institusjonelle forhold.

Generell kritikk av individualiseringstesen går ut på at den er svakt forankret i empirien og samtidig lite tilgjengelig for empirisk testing (Krange, 2004). Å *teste* individualiseringstesen er heller ikke hensikten med valget av teoritilnærmingen. Derimot anvendes den som del av et teoretisk bakteppe for å kaste lys over de kvinnelige studentenes refleksjoner rundt valg om barn og moderskap.

Krange (2004) hevder dessuten at tesen om individualisering kan forstås som en beskrivelse av *tendenser* fremfor presise diagnoser av det moderne samfunn. Dette utfordrer den empirisk baserte kritikken. Heller enn å teste teorien direkte er det vanlig at empiriske undersøkelser søker å *kommentere* den og vurdere dens relevans som forklaringsverktøy (Krange, 2004; Brannen & Nilsen, 2002b; Bergnéhr, 2008). I en tidligere empirisk studie anvendes individualiseringsteori for å belyse spørsmålet om hvilke måter unge mennesker tenker om sine fremtidige liv på (Brannen og Nilsen 2002b).

#### **2.1.4 Individualiseringstese i møte med empirien**

Brannen og Nilsen (2002a) problematiserer konklusjonen om at individuelle valg og avgjørelser styrer menneskers liv. De vurderer om individualiseringsteorien gir for lite oppmerksomhet til elementer som handler om sosial struktur. Basert på sin egen undersøkelse mener de at hvordan unge mennesker oppfatter og konstruerer sine liv må studeres gjennom en dobbelthet av aktørers egen handlekraft og struktur. Det finnes større variasjon i måter å tenke på og planlegge sine fremtidige liv enn det individualiseringstesen og vektleggingen av valgbiografi antyder (Brannen & Nilsen, 2002a). Studien baserer seg på fokusgruppeintervjuer med unge mennesker mellom 18 og 30 år i fem forskjellige land, deriblant Norge.

I undersøkelsen av unge menneskers perspektiver på fremtiden diskuteres også forestillingen om ”livet som et planleggingsprosjekt”. Forskerne hevder det finnes elementer av planlegging i fokusgruppediskusjonene, men at disse elementene egentlig bare er avbildninger av nåtid

eller ”utvidet nåtid” (Brannen & Nilsen, 2002b). De mener ungdommenes planer strengt tatt ikke er planer, men heller handlingsbaner individene allerede har begynt på. Riktignok er diskurser om autonomi og uavhengighet sterkt fremtredende blant alle grupper unge mennesker i studien (Brannen & Nilsen, 2002b).

Variasjonen studien finner i overgangsmønstre og tidsperspektiver viser at poenget med en forflytning fra standardbiografi til valgbiografi er for enkel. Måten unge mennesker styrer overgangen til voksenlivet på er influert av oppfatninger av og erfaring med tid. De tenker ulikt om tid i forhold til nåværende omstendigheter og måter å forestille seg voksenlivet på. Brannen og Nilsen (2002b) identifiserer disse i tre idealtypiske modeller: utsettelsesmodellen, tilpasningsmodellen og forutsigbarhetsmodellen. Ideen om unges handlingsrom når det kommer til det å planlegge og det å ta valg innenfor individualiseringsteori har oversett disse tidskonseptene. I følge forskerne utgjør de et bedre rammeverk for å fortolke unges konstruksjoner av identitet og overgangen til voksenlivet. Hvordan dette gjøres må også forstås med referanse til materielle, sosiale, kulturelle og diskursive ressurser tilgjengelige for dem (Brannen & Nilsen, 2002b). De ulike tidsorienteringene er formet av flere faktorer. Eksempler på faktorer er: mulighetsstrukturer i forhold til utdanning, påvirkningen av kjønn, forbruksmuligheter, kulturelle konstruksjoner av hva det betyr å være ung og endringer i betydningen av sosial klasse (Brannen & Nilsen, 2002a). Brannen og Nilsen er altså opptatt av hvordan konsepter som tar hensyn til kontekst og struktur i tillegg til individuelle subjektiviteter bedre kan tilpasses nye, komplekse og forskjellige realiteter (Brannen & Nilsen, 2005).

### **2.1.5 Valg**

Valg er, som vi har sett, et av nøkkelbegrepene i individualiseringstesens. Friheten til å velge er symbolet på det frie, selvstendige mennesket og en viktig ingrediens i begrepet om handlingsrom. Individuelle valg og avgjørelser utgjør sentrum i den enkeltes biografiske utvikling og denne valgprosessen pågår gjennom hele livsløpet. Som nevnt går imidlertid noe ved kritikken av individualiseringstesens nettopp på dette med valg og frihet.

Når det gjelder valget om å få barn antyder en tidligere studie på kvinner i Norge en spenning i den norske kulturen mellom såkalte *relasjonelle* og *individualistiske* verdier (Ravn, 2005). På den ene siden er familieliv bearbeidet kulturelt og støttet politisk, på den andre beskrives den norske kulturen som relativt individualistisk (Gullestad, 1992). Ravn snakker om et to-

verdi-system de norske kvinnene må balansere idet de tar valg om barn. Det er sterke verdier knyttet til familieliv og barn regnes som en viktig ingrediens i et "godt" liv. Samtidig er Norge et individualistisk samfunn der kvinner forventes å realisere seg selv gjennom en karriere (Ravn, 2005). Kvinner og menn Ravn intervjuet hevdet at det å få barn er en "naturlig" forlengelse av et kjærlighetsforhold og en "naturlig" del av et individs livsløp. Flere av kvinnene opplevde også behovet for å få barn som biologisk. Fortellinger som underbygger en forståelse av det å få barn som noe naturlig kan sies delvis å stå i en motsetning til hypotesen om "livet som et planleggingsprosjekt".

For å forklare hvorfor kvinner og menn velger å få barn, argumenterer Ravn (2005) for at man i Norge finner en bemerkelsesverdig *kulturell* vektlegging av den emosjonelle verdien av barn. Det å få barn og familieliv er "kulturelt naturalisert". Lovlig abort og tilgang til prevensjonsmidler gjør det å få barn til et i utgangspunktet fritt, individuelt valg. Likevel fører den kulturelle naturaliseringen til at det nesten ikke ansees som et valg i det hele tatt.

Ønsket om reproduksjon naturaliseres ved at det omtales som et innebygget menneskelig begjær eller en moderlig drift (Franklin 1997). Det å være gravid forstås av noen som en måte å bringe "det naturlige" tilbake i livet sitt. For kvinnene i Ravns materiale virker det naturlige å være noe romantisk. Det naturlige er en undertrykket størrelse av stor verdi, "*noe ekte menneskelig som kan befri oss fra et fremmedgjørende, moderne liv*" (Ravn, 2005: 37). Det naturlige har også med tid å gjøre. Å få barn er naturlig etter en periode som unge voksne og idet man føler seg klar for å bevege seg over i en annen livsfase. Å få barn og danne familie blir naturlig fordi det svarer til det "normale".

Normalitet og familieliv eksisterer ved siden av en sterk forestilling av individualisme og et ønske om å leve individuelle, meningsfulle liv. Det naturlige ville være å se et motsetningsforhold mellom disse verdiene, men blant norske kvinner mener Ravn (2005) de på et tidspunkt i livet nærmer seg hverandre. Etter en lengre ungdomsperiode der man har levd ut sine individuelle ønsker og lyster, føler man gjerne et behov for å ta et steg videre, i den betydning å stifte familie. Howell (2001) understreker den kulturelle vektleggingen av familieliv og hevder barnerelaterte aktiviteter utgjør en viktig del av norske voksnes liv. At man ønsker seg barn og familie kan tolkes som et uttrykk for sosial tilpasning, et ønske om å passe inn i hverdagslivets fellesskap. Det kan også tolkes som et ønske om å realisere et personlig potensiale som forelder (Howell, 2001). Ravn (2005) mener oppfatningen samtlige

av hennes informanter har av moderskap som en berikelse i livet delvis er konstruert som en motsetning til en individualistisk livsstil og delvis som en integrert del av det å realisere andre elementer ved selvet.

Individuelle valg og hvordan de påvirkes bringer oss naturlig over til oppgavens andre teoretiske bidrag. Der individualiseringstesen formidler forestillingen om et fritt, individualisert selv, frikoblet fra gruppeidentiteter og institusjonell regulering, er man i teorien om adaptive preferanser opptatt av hvordan individers atferd påvirkes av hvilke muligheter og begrensinger den enkelte står overfor. Det gis oppmerksomhet til konteksten individer handler og tar valg innenfor. Slik kan de to teoriene delvis utfylle hverandre.

## 2.2 Teorien om adaptive preferanser

*”En handling er utfallet av begrensede valg (...). Sure druer reflekterer ideen om at preferansene bak et valg kan være formet av begrensinger”* (Elster, 1983: 1).

Økonomer og filosofer har bemerket at preferanser har en tendens til å være adaptive. Preferanser formes både av tidligere valg, og av hva vi anser som mulige valg (Levey, 2005). Elster (1983) forklarer adaptive preferanser ved å vise til fabelen om reven og fenomenet med de sure druene. I fabelen vet reven at han ikke kan få tak i druene, men overbeviser seg selv om at de er sure og dermed vil han ikke ha dem. Adaptive preferanser forklares som en resignasjon over et begrenset sett av valgmuligheter, en slags fornektelse av at man ikke kan få det man vil. Slike preferanser er ubevisste og en mekanisme for å redusere kognitiv dissonans, slik at uoppnåelige valg nedvurderes og bare mulige valg blir ønsket (Elster, 1983; Levey, 2005). Vi kan illustrere dette med et enkelt eksempel: På samme måte som reven i fabelen vil kvinner som ønsker seg flere barn, men av ulike grunner ikke har muligheten til å være tilstede og gi dem nok omsorg, kunne nedvurdere en stor ungflokk som slitsomt og masete og heller bare ønske seg ett eller to barn. Ideen om adaptive preferanser er i følge Elster viktig for å forstå individuell atferd hos mennesker (Elster, 1983).

Skulle vi isolere denne effekten, ville det bety at personen det gjelder vil gå tilbake til sine opprinnelige preferanser hvis settet av muligheter utvider seg (Levey, 2009). Personen som på

grunn av utilstrekkelige omsorgsmuligheter ikke ønsker seg en stor ungeflokk vil ønske seg mange barn dersom vedkommende for eksempel får en annen jobb som tillater mer tid brukt på barn og familie. Om personen likevel fortsetter å synes at det å få flere barn virker slitsomt og masete, selv etter at mulighetssettet er utvidet, mener Elster dette handler om læring, og ikke adaptive preferanser. Det er ikke umiddelbart et tydelig skille mellom disse, men de illustrerer en forskjell i hvordan preferanser forandrer seg. Dannelsen av adaptive preferanser er bare en tilfeldig prosess som foregår ”bak ryggen” til personen det gjelder basert på resignasjon. Preferanser basert på læring dannes ut ifra bevisste valg. De er informerte preferanser forankret i erfaring og kan i prinsippet formes til nøyaktig å stemme overens med de mulighetene man har. Elster kaller dette *karakter-planlegging* (1983: 117).

Nå eksisterer imidlertid ikke ”sure druer-fenomenet” isolert i praksis. Vanligvis når vi tar valg og lever med dem, blir effekten at det danner seg et solid sett av preferanser og verdier som blir værende over tid, også gjennom forandringer. Hver dag tar folk valg på grunnlag av begrensninger ved omstendighetene. Ofte passer ikke de faktiske valgene med de ønskene og ambisjonene vi egentlig har, og vi foretrekker gjerne det som er tilgjengelig for oss. Dette gjelder alt fra valg av utdanning, jobb og fritid til partner og livsstil generelt. Etter hvert, når vi har begynt å foretrekke de valgene som er tilgjengelige, utvikler vi preferanser som ikke vil forandre seg parallelt med et utvidet mulighetssett (Elster, 1983; Levey, 2005). På tross av at nye muligheter etter hvert er tilgjengelige for oss, kan det være vi fortsetter å verdsette det vi gjorde i utgangspunktet. Preferansene våre blir sterke og stabile og lar seg ikke påvirke av at mulighetene utvides.

### **2.2.1 Ikke bare ”sure druer”**

Det er ikke uvanlig å forstå adaptive preferanser i en noe utvidet betydning enn fenomenet med ”sure druer”. Som regel forstås adaptive preferanser som preferanser formet både i forhold til tidligere valg, begrensninger og tilgjengelige muligheter. Denne forståelsen av adaptive preferanser legger vekt på at preferanser ikke bare formes i forhold til hva som *ikke* er mulig, men også ut i fra hva som *er* mulig (Levey, 2005). Levey hevder at hva vi oppfatter som tilgjengelig eller mulig for oss delvis bestemmes av sosiale holdninger. Mer konkret mener hun at det andre anser som legitime forventninger, påvirker hva vi selv oppfatter som våre mulige valg (Levey 2005: 133; Sunstein, 1990: 7). Ta for eksempel en yrkesgruppe som med stor legitimitet har gode muligheter for å jobbe heltid. Denne muligheten vil kunne

påvirke sosiale holdninger blant folk generelt og i neste omgang påvirke preferansene blant de som står overfor dette alternativet. Har man med andre ord mulighet til å jobbe heltid, skapes også en preferanse for dette. En sosial forventning om at kvinnelige sykepleiere må godta deltidsarbeid former sykepleiernes oppfatninger om hvilke muligheter som er tilgjengelige for dem. I neste omgang kan det skape faktiske preferanser for deltidsarbeid. Nå er naturligvis situasjonen med sykepleiere og deltidsarbeid mer komplisert enn som så, men eksemplet får likevel fram et poeng. Et annet eksempel hentet fra Levey (2005) handler om at en sosial forventning om at kvinner skal være hovedforsørgere for barna sine former kvinners oppfatninger om deres mulige valg, og videre kan skape en preferanse nettopp for å være hovedforsørgere. De sosiale forventningene påvirker de mulighetene kvinner oppfatter som gjennomførbare. Det vi oppfatter som mulig atferd er med andre ord ikke bare strukturelt betinget (Sunstein, 1991; Abrahamsen, 2009).

Preferanser handler altså ikke bare om resignasjon over et begrenset mulighetssett. Likevel er de aller fleste preferanser adaptive. De kan dreie seg om helt forskjellige ting, men når det gjelder årsaken til at vi har dem, er de av samme slag: de er tilpasninger til hva vi betrakter som rimelige valg, til hva vi oppfatter som våre muligheter (Levey, 2005).

### **2.2.2 Adaptive preferanser og valg om å få barn**

I en studie av sammenhengen mellom yrkeskontekst og holdninger til arbeid og familie tar Abrahamsen (2009) utgangspunkt i en utvidet forståelse av adaptive preferanser. Ved å studere kvinnelige leger og sykepleiere undersøker hun i hvilken grad forskjeller i kvinners arbeidstid er et spørsmål om preferanser. De to yrkene er preget av forskjeller i arbeidstidsordninger og arbeidstidskulturer. Med utgangspunkt i en utvidet forståelse av adaptive preferanser kan det derfor forventes forskjeller i arbeidstidspreferanser mellom kvinnelige leger og sykepleiere (Abrahamsen, 2009).

Kvinnene i de to gruppene står overfor ulike mulighetssett når det gjelder dimensjoner som påvirkes av utdanning, yrkestilknytning, arbeidstid og lignende. Slike dimensjoner kan for eksempel være valg i forhold til det å få barn og kombinasjonen av barn og utdanning/yrke. Slik Abrahamsen forventer forskjeller i arbeidstidspreferanser, kan det forventes forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder tanker rundt det å skulle få barn. I denne studien ser jeg blant annet på hvordan kvinnelige studenter på medisins- og sykepleiestudiet *begrunner* det å

få barn. Muligens vil det være forskjeller i hvilke forhold informantene bringer inn i refleksjonene.

Undersøkelser viser indikasjoner på at de fleste velger en utdanning og et yrke som gjør det mulig å realisere egne jobbverdier og holdninger. Allerede tidlig i studieløpet vektlegger studenter jobbverdier som reflekterer muligheter og begrensinger i deres framtidige yrke (Dæhlen, 2005). Dette støtter en antakelse om forskjeller i arbeidstidspreferanser blant kvinnelige medisin- og sykepleiestudenter (Abrahamsen, 2009). I tillegg støtter det en antakelse om forskjeller i orienteringer mot barn og familie i de to utdanningsgruppene.

Abrahamsens studie gir klare tegn på adaptive prosesser når det gjelder utvikling av arbeidstidspreferanser blant kvinnelige sykepleiere og leger. Imidlertid presiserer hun at teorien om adaptive preferanser utfordres som en altomfattende forklaring på preferansenes utforming. Arbeidstidspreferansene blant kvinnelige sykepleiere og leger kan nemlig også utvikles i retninger som ikke harmonerer med yrkets muligheter og begrensninger. Til tross for færre deltidsmuligheter i legeyrket enn i sykepleieyrket finner hun at deltidsorienteringen blant nyutdannede leger er like sterk som sykepleiernes. Hun finner heller ingen sammenheng mellom karrieremuligheter i jobben og kvinnenenes karriereorientering i noen av yrkene (Abrahamsen, 2009).

Enkelte funn er med andre ord lettere å forstå i lys av teorien enn andre. For eksempel er andelen deltidsorienterte sykepleiestudenter høy. Abrahamsen (2009) forklarer dette med at i et yrke der over halvparten arbeider deltid, er det rimelig at mange sykepleiestudenter er opptatt av deltidsarbeid. Videre forsterkes deltidsorienteringen når de etablerer seg med egen familie, og den justeres i møtet med arbeidslivet. I tråd med teorien om adaptive preferanser tilpasser nyutdannede sykepleiere deltidsorienteringen både til deltidsmulighetene jobben tilbyr og den arbeidstiden de har.

Den adaptive prosessen er altså mer fremtredende blant sykepleiere enn blant leger. Resultatene til Abrahamsen viser kun én form for preferansejustering blant nyutdannede leger, og legestudenter rapporterer om arbeidstidspreferanser som i liten grad er realiserbare innenfor legeyrket (Abrahamsen, 2009). Hun forklarer dette med at arbeidstidspreferanser kan være preget av nasjonale normer i større grad enn normer innenfor eget yrke. Antakelsen går på at nasjonale normer om en rimelig arbeidstid bidrar til en standardisering av kvinners arbeidstidspreferanser, og at slike normer derfor kan være avgjørende for legenes

orienteringer uavhengig av arbeidstidsnormene kvinnene møter i eget yrke (Abrahamsen, 2009).

### **2.2.3 Perspektiver på forskjeller i kvinners arbeidstid**

Valgene unge kvinner står overfor i forhold til å få barn er altså ofte influert av deres forestillinger knyttet til utdanning og arbeidsliv, enten de allerede er i arbeidslivet eller de snart skal ut i det (Lappegård, 2001; 2002). Det kan derfor være hensiktsmessig å se til studier av forskjeller i kvinners arbeidstid og orienteringer mot arbeidstid når vi undersøker kvinners refleksjoner rundt det å få barn. Forskjeller og likheter blant grupper i forhold til arbeidstidspreferanser er faktorer som forteller noe om arbeidsbetingelser som er viktig for fertilitetsatferd. Det kan tenkes at studentene på sykepleiestudiet og medisinstudiet vil ha ulike ønsker og forventninger i forhold til kombinasjonen med barn på bakgrunn av hva de anser som mulig og ikke, både i utdanning og i en fremtidig arbeidssituasjon. Imidlertid viste Abrahamsens undersøkelse at adaptive prosesser ikke var like fremtredende som man kanskje skulle tro.

Når det gjelder kvinners arbeidstid er det to hovedforklaringer som blir brukt. Den ene forklaringsmodellen bygger på et strukturorientert perspektiv der oppmerksomheten hovedsakelig har vært rettet mot de strukturelle og kulturelle rammene rundt kvinnenes orienteringer og valg om arbeidstid (Abrahamsen, 2009). Den andre forklaringsmodellen vektlegger kvinners preferanser som forklaringsfaktor. Forskjellene i arbeidstid er et resultat av at kvinner har ulike arbeidstidspreferanser og det er kvinnenes individuelle preferanser som bestemmer deres tilknytning i arbeidslivet (Hakim, 2002).

Forklaringsmodeller som tar utgangspunkt i preferanseteori avviser ikke at strukturelle forhold har en viss betydning, og innen strukturorienterte tilnærminger har man etter hvert fått økt interesse for preferansers relevans (Abrahamsen, 2009). Et perspektiv som trekker på begge disse forklaringsmodellene vil vektlegge både strukturelle forhold og individuelle preferanser. Ut ifra et slikt perspektiv dannes kvinners orientering mot arbeidstid ut i fra erfaringer fra utdanning og arbeidsliv, familiesituasjon, nasjonale velferdsordninger og normer, samtidig som de påvirkes av individuelle preferanser. *”En slik forståelse av arbeidstidspreferanser, som påvirkelige, influert av kontekstuelle faktorer og institusjonelle begrensninger, bygger på en forestilling om adaptive preferanser”* (Abrahamsen, 2009: 3).



Abrahamsen (2009) nevnte nasjonale normer som mulig forklaring på at de kvinnelige legenes arbeidstidspreferanser ikke er i samsvar med arbeidstidsordninger- og normer i legeyrket. Hun reiser spørsmål om samfunnsnormer i større grad er retningsgivende for kvinnene enn normene i eget yrke, siden arbeidstidsnormene i yrket avviker fra befolkningens normer. Imidlertid trekker hun fram hvordan andre yrkesgrupper med lignende arbeidstidsmønster som legene i større grad tilpasser sin deltidsorientering til yrkets arbeidstidsordninger. Dette gjør forklaringen med nasjonale arbeidstidsnormer mer usikker.

Den samme situasjonen kan vi se når det gjelder fertilitetsutfall blant leger og andre høyt utdannede yrkesgrupper. Som vi så innledningsvis har for eksempel jussutdannede og kvinner med utdanning innenfor økonomi og administrasjon betraktelig lavere sannsynlighet for å få barn i det hele tatt og for å få mange barn enn legene, noe som på samme måte kan dreie seg om større grad av yrkestilpasning blant juristene (Lappegård, 2001). Lappegård (2001) mener dette kan reflektere at det for legeutdannede er mindre ressurs- og tidkrevende å oppnå ønsket posisjon og status på arbeidsmarkedet enn det for eksempel kan være for jurister. Dermed vil denne prosessen gå mindre på bekostning av familieetablering. Abrahamsen (2009) på sin side fremmer en forklaring om at kvinnelige leger ikke oppfatter diskrepansen mellom egne preferanser og muligheten for å realisere disse som kognitiv dissonans. Det at kvinnelige leger i liten grad justerer arbeidstidspreferansene sine til å stemme overens med mulighetene i yrket mener hun kan skyldes at de ser på arbeidstidsordningene i yrket som noe de har ambisjoner om å endre. De kvinnelige legene har lenge ytret ønsker om kortere arbeidstid og mer tid til barn og familie (Abrahamsen, 2002). På bakgrunn av dette, og i tråd med teorien om adaptive preferanser, kan altså stabiliteten i legenes orienteringer handle om troen de har på å utvide mulighetsrommet for arbeidstid (Abrahamsen, 2009).



## 3 METODE

I dette kapitlet redegjør jeg for valg av metodisk tilnærming, samt avgjørelser tatt i forbindelse med datainnsamlingen. Hensikten er å beskrive prosjektets forløp, og å se på erfaringer og utfordringer knyttet til prosessen. Til å begynne med reflekterer jeg rundt valg av tilnærming i relasjon til oppgavens problemstilling. Deretter diskuteres bruk av intervju som metode, og det redegjøres for arbeidet med utviklingen av intervjuguiden. Utvalget, rekrutteringen av informanter, samt selve gjennomføringen av intervjuene presenteres. Videre beskrives avhandlingens analyseprosess før de metodiske valgene vurderes kritisk på bakgrunn av begrepene *reliabilitet*, *validitet* og *generaliserbarhet* (Kvale, 2009). Avslutningsvis gjøres noen etiske betraktninger.

### 3.1 Kvalitativ metode i fertilitetsforskning

Forskning på fertilitet har tradisjonelt vært et tema for demografer og statistikere, og har dermed vært dominert av kvantitativt vinklede forskningsprosjekter. Denne typen forskning muliggjør detaljerte studier av ulike sosioøkonomiske dimensjoner ved fertilitet over tid. Den forteller oss om fertilitetsmønstre- og variasjoner blant ulike grupper av kvinner, for eksempel i relasjon til utdanning og yrke. Sosiale prosesser og deres sosiale mening kan imidlertid ikke utforskes kvantitativt. *Hvorfor* mønstrene og variasjonene i fertilitet er som de er og *hvorfor* kvinner handler på visse måter i forhold til reproduksjon er spørsmål som bare kan besvares gjennom dypere innsikt i hvordan kvinner forholder seg til det å få barn (Ellingsæter, Jensen & Lie, 2009). Valget av en kvalitativ tilnærming handlet derfor om et ønske om og et behov for å studere dette mer i detalj.

#### 3.1.1 Metodiske refleksjoner

Når det skulle dreie seg om kvinnenens egne, individuelle refleksjoner, syntes en kvalitativ tilnærming å være best egnet for undersøkelsen. I kvalitativ forskning forsøker man blant annet å utvikle forståelser av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen, 2004). Dette var i samsvar med min intensjon, å søke å forstå kvinnenens tanker og forestillinger rundt det å få barn og moderskap. I tillegg ønsket jeg innsikt i

kvinnenes refleksjoner rundt barn i sammenheng med utdanning og framtidig yrkesliv. Hensikten bak valget av metodisk tilnærming er i tråd med hva som står sentralt innenfor *fenomenologien*: å forstå fenomener på grunnlag av de studerendes perspektiv, og beskrive omverden slik den erfares av dem (Thagaard, 2003: 36). Fremgangsmåten i oppgaven baserer seg med andre ord på et fenomenologisk vitenskapssyn.

Ved å ha en kvalitativ tilnærming la jeg videre til rette for *nærhet* til informantene. I følge Thagaard (2003) gir den nære kontakten til de som studeres grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner vi studerer. For å få innsikt i de kvinnelige studentenes tanker rundt et fremtidig barnevalg var det nødvendig å snakke med hver enkelt av dem. Gjennom å lytte til refleksjonene deres kunne jeg få innsikt i opplevelsene de har av nåværende situasjon, fremtidige ambisjoner og generelle tanker knyttet til det å få barn. Også egenskaper som *åpenhet* og *fleksibilitet* er viktige ved valget av en kvalitativ tilnærming (Thagaard, 2003). Dette var elementer som muliggjorde en stadig utvikling av både problemstilling og intervjuguide etter hvert som jeg kom videre i prosessen. I tillegg ga det meg en frihet både i intervjusituasjonen og i utviklingen av analysen.

I oppgaven har jeg intervjuet to ulike grupper kvinner. På den måten har jeg fått innsikt i tanker rundt det å få barn gjennom forskjellige perspektiver. Dette har vært nyttig fordi det har dannet grunnlag for sammenligning og dermed bidratt til å tydeliggjøre mulige sammenhenger mellom barn, utdanning og jobb. I forhold til problemstillingen har det vært hensiktsmessig å studere to grupper samtidig, nettopp fordi den delvis tar utgangspunkt i utdanning som differensierende faktor i fertilitetsatferd. Jeg har også kunnet vurdere kvalitativt hva likheter og forskjeller mellom gruppene handler om. Med andre ord: hvilke mekanismer som ligger bak og påvirker fertilitetsprosessene.

### **3.1.2 Intervju som metode**

Når man har valgt en kvalitativ tilnærming til det man skal studere, har man ofte et fokus på mening og følelser. Hensikten er gjerne å få en så autentisk innsikt som mulig i det fenomenet man studerer. Åpne intervjuer er i den sammenheng godt egnet og blir ofte foretrukket som måte å samle data på (Silverman, 2005: 11). Et intervju innebærer at man benytter samtaleformen for å få andres muntlige fortellinger og forståelse rundt et tema (Widerberg, 2005: 16). I mitt forskningsprosjekt ligger fokuset på informantenes perspektiver og situasjoner. Gjennom samtale med kvinnene ville jeg best kunne få tak i deres refleksjoner.

Formålet med et kvalitativt intervju er å få fatt i de *betydninger* de aktuelle ting og forhold har for personen som intervjues (Fog, 2004: 11). I tråd med dette ønsket jeg å få tak i *meningsaspektet* forbundet med barn.

Forskningsintervjuet som mål å produsere kunnskap. Det er en form for intervju der det konstrueres kunnskap i samspillet mellom intervjueren og informanten (Kvale, 2009: 22-23). Det stilles klare krav til spørsmålene i tilknytning til en intervjuguide. Samtlige må de ha relevans i forhold til oppgavens problemstilling (Dalen, 2004), hvis ikke er de overflødige. Spørsmålene skal gi svar som på ulike måter kan fortelle oss noe om det vi ønsker kunnskap om.

## 3.2 Arbeidet med intervjuguiden

For å svare på oppgavens problemstilling var det altså bestemte temaer jeg trengte informasjon om. Det ville derfor ikke være ideelt å gjøre åpne intervjuer der informantene forteller mest mulig fritt om sine livserfaringer. Valget falt på en *semistrukturert* intervjuguide. Samtalene med informantene fokuseres da mot temaer som er valgt ut på forhånd (Dalen, 2004: 29). Disse temaene var som følger: *Utdanning, barn, status/vellykkethet, moderskap og fremtidig yrke*. Å ha strukturerte temaer og spørsmål ga meg en trygghet i intervjusituasjonen. Det var et nødvendig grep for at informantene kunne føle seg komfortable, og for at jeg som intervjuer hadde fleksibilitet nok til å la informanten snakke noenlunde fritt. Det åpnet også for tilleggsspørsmål som har vært av nytte for forskningsprosjektet. På denne måten fikk jeg best fanget informantenes tanker og forestillinger og skapte et godt utgangspunkt for senere analyse og fortolkning.

Utforming av spørsmål jeg anså som relevante for å få frem ønsket informasjon og kunnskap tok lang tid. Det resulterte i at jeg ble utålmodig i forhold til å begynne intervjuprosessen. Raskt etter å ha fått klarsignal fra NSD<sup>4</sup> startet jeg å intervjuer. Kontakt med flere informanter var allerede etablert og informasjonsskriv var sendt ut. Problemstillingen på det tidspunktet var vid og generell, samtidig som kvaliteten på egne ferdigheter om intervjutemaet kunne vært bedre. Mange av spørsmålene i den foreløpige intervjuguiden bar preg av å være generelle og svevende og noen av dem kunne føre informanten i feil retning. Etter et møte med veileder og erfaringen fra to intervjuer ble guiden kraftig revidert og forbedret.

---

<sup>4</sup> Norsk Samfunnsviteskapelig Datatjeneste

Spørsmålene fikk en mer direkte karakter og jeg anså dermed den endelige intervjuguiden som et godt metodisk verktøy for å belyse mine problemstillinger.

### **3.3 Utvalget og veien til informantene**

Utvalget i denne oppgaven er et såkalt *strategisk utvalg*. Det betyr at informantene i undersøkelsen har egenskaper som er strategiske i forhold til oppgavens problemstilling (Thagaard, 2003: 55). De er kvinnelige studenter på medisin eller sykepleie, uten barn og i avsluttende fase av studieløpet. Videre er det et *tilgjengelighetsutvalg*, det vil si et utvalg basert på de personene som har sagt seg villige til å delta som informanter. Fremgangsmåten som er benyttet i rekrutteringen av informanter er vanlig innen kvalitativ metode og omtales gjerne som *snøballmetoden* (Thagaard, 2003).

Rekruttering av informanter kan være en langvarig prosess. Allerede ved forskningsprosjektets oppstart kontaktet jeg to bekjente, i første runde gjennom ulike sosiale medier. En av dem studerer medisin, den andre sykepleie. De skaffet e- postadresser og mobilnumre til aktuelle kandidater som jeg senere tok kontakt med. Av disse igjen fikk jeg kontaktinformasjon om ytterligere potensielle informanter. Akkurat som en snøball var utvalget lite i begynnelsen før det gradvis vokste til et utvalg på åtte informanter. Alle som meldte at de var interessert i å delta fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring i forkant av intervjuet.

Proessen med å skaffe informanter tok lenger tid enn antatt. Dette var jeg imidlertid forberedt på at kunne skje. Medisinstudentene hadde vanskelig for å gi av tiden sin, og et par av studentene trakk seg i siste liten. De var likevel veldig hjelpsomme og ansvarsfulle og tipset om andre som kunne være aktuelle.

#### **3.3.1 Møtet med informantene**

En intervjusituasjon representerer ikke bare en samtale der forskeren får informasjon om bestemte temaer, den er også en mellommenneskelig prosess der informasjonen som deles preges av hvordan forskeren og informanten oppfatter hverandre (Thagaard, 2003). Etter intervjuene satt jeg igjen med positive inntrykk av de enkelte informantene. Min antakelse er at også informantene selv, både ved intervjuets slutt og i ettertid, sitter igjen med en god opplevelse av situasjonen. Flere ga positive tilbakemeldinger både i forhold til det å delta og i

forhold til temaet for undersøkelsen. I denne sammenheng er det nærliggende å tro at min rolle som kvinnelig student har vært viktig. Jeg deler på mange måter livssituasjon med kvinnene ved å være en ung, barnløs kvinne i en studentrolle. Jeg utgjør ikke en typisk forskerskikkelse, og utstråler stor grad av nysgjerrighet fremfor å være en som ”vet bedre”. Ønsker om barn, partnerskap og planer for livsløp kan muligens oppfattes som sensitive tema. Uansett er spørsmål av denne typen relativt personlige, og også her kan min statuslikhet med informantene som barnløs, ung kvinne ha bidratt til å ufarliggjøre samtalene om dette.

I ettertid tenker jeg det kunne vært en fordel å ha satt seg bedre inn i informantenes studiesituasjon i *forkant* av intervjuene. Hovedtemaene som ble tatt opp omhandlet barn og moderskap, men et tema var også hva de tenkte om dette i forhold til utdanning og kommende arbeidsliv. Hadde jeg hatt bedre innsikt for eksempel i utdanningsstrukturen på medisin og sykepleie og arbeidsmarkedet de to gruppene skal ut i, ville dette kanskje gjort meg bedre rustet til å legge vekt og spille videre på interessante ting knyttet til utdanning og yrke i intervjuene. Likevel kan det tenkes at det var like greit at temaer som utdanning og arbeidsmarked ikke ble gitt større fokus, slik at det ikke gikk utover de mer generelle temakategoriene som ”barn” og ”moderskap”. Jeg lærte mye underveis. At jeg ikke var fullt informert kan også tenkes å ha bidratt positivt med tanke på min nysgjerrighet og medført til at jeg ikke opptrådte forutinntatt.

Det kan også trekkes frem en mulig svakhet i forhold til egen rolle som sosiologistudent. Jeg kan ha hatt litt for høye forventninger til informantene når det gjaldt én ting: måten de reflekterte over spørsmålene på. Med det menes ikke at informantene var ureflekterte. Dette gjelder heller forskjeller i måter å se og snakke om fenomener på mellom personer med ulik fagbakgrunn. Med bakgrunn i samfunnsvitenskap og teoritung sosiologi har jeg sannsynligvis en annen måte å tilnærme meg temakategorier som fertilitet, barn og moderskap enn det kvinnene med bakgrunn i medisin og sykepleie har – mer praktisk baserte utdanninger. Til tider ga informantene overraskende korte og impulsive svar. Om de hadde levd seg mer inn i det og reflektert nøyere over spørsmålene, kunne dette kanskje gitt bedre data. I ettertid kan det altså antas at svarene man får i forhold til forventede svar beror på ulike syn og måter å forholde seg til de samme temaene på.

### 3.4 Gjennomføring av intervjuene

Det å intervjuer er avhengig av de praktiske ferdighetene intervjueren besitter og vedkommendes personlige vurderinger (Kvale, 2009). Det betyr at for å lære seg intervjuferdighetene bør man på forhånd ha erfaring fra en intervjusituasjon slik at man er sikrere i gjennomføringen og kjent med eventuelle utfordringer som kan oppstå. I samsvar med dette mener jeg det er vel så viktig å være godt orientert om det tema du skal snakke med informantene om (Kvale, 2009). Det er naturligvis en selvfølge at man kjenner til temafeltet, men jeg opplevde også at ytterligere ”faglig selvtilitt” førte til at jeg var tryggere i intervjusituasjon og mer bevisst det jeg foretok meg. Under selve intervjuet henger dette naturligvis sammen. Når intervjueren behersker intervjuteknikkene, kan vedkommende i større grad konsentrere seg om informanten og intervjutemaet (Kvale, 2009).

De to første intervjuene var til stor hjelp og førte som nevnt til at intervjuguiden endret seg betraktelig. Etter erfaringen fra to såkalte *pilotintervjuer* ble jeg tryggere på meg selv i intervjusituasjonen og måten gjennomføringen av de andre intervjuene foregikk på. Pilotintervjuene vil ikke være en del av det endelige datamaterialet, men de tjente likevel som verdifull øving og forberedelse før møtet med neste informant.

Rekkefølgen på temaene og hvor sterkt du vektlegger de ulike spørsmålene kan bestemmes underveis i et semistrukturert intervju (Thagaard, 2003). Gjennom prosessen bidro dette til fleksibilitet, men mitt intervjuopplegg var likevel noe mer strukturert enn det semistrukturerte intervjuet vanligvis er. Hovedvekten av spørsmålene var utformet på forhånd og rekkefølgen nokså fastlagt. Alle ble i tillegg stilt de samme spørsmålene. For min del var fordelene at det mer strukturerte opplegget gav mulighet til å skape grunnlag for en sammenligning av svarene.

Innledningsvis i intervjuet ble informantene stilt spørsmål om bakgrunn og status: hvor de kom fra, om de hadde søsken, hvor gamle foreldrene var da de fikk sitt første barn osv. Dermed dannet jeg meg et bilde av informantens bakgrunn og situasjon i tillegg til at det fungerte som en uformell måte å utforme kontakt på. I en intervjusituasjon er det viktig at informanten føler seg trygg og har lyst til å fortelle om seg selv (Thagaard, 2003). Jeg følte i stor grad at en slik innledning bidro til nettopp dette. I tillegg småpratet vi litt om studier og masteroppgaven generelt. Slik fikk jeg lagt fram hvorfor informantenes utdanningsgruppe var



av interesse å undersøke. Intervjuets gang ble gjennomgått og informantene ble informert om at de kunne stille spørsmål og avbryte intervjuet underveis.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og varte fra én til én og en halv time. To av intervjuene ble av praktiske grunner gjennomført hjemme i min leilighet, og ett ble gjort hjemme hos en av informantene. De resterende ble gjennomført på ulike grupperom ved informantenes studiesteder. Dette fungerte veldig godt. Det var viktig for meg å la informantene selv bestemme tid og sted for intervjuet, og jeg stilte derfor egen leilighet til disposisjon i tilfelle det ville være det enkleste. I ettertid kan det virke som en positiv ting at kun to av intervjuene ble foretatt hos meg. Intervjuene som foregikk på informantenes ”hjemmebane” ga et bredere inntrykk av informanten og hennes hverdag. I disse situasjonene var det jeg som var ”gjest” og ikke omvendt. Stemningen hos meg var imidlertid behagelig, og praten gikk lett. De fremmede omgivelsene ser ikke ut til å ha påvirket kvaliteten på intervjuene og hva informantene valgte å fortelle.

### **3.5 Analysestrategi**

Analysen kan sies å være den prosessen der man ordner, sorterer, snur og vender på datamaterialet og dermed legger til rette for tolkning (Wærdahl, 2009). Analyseprosessen forløper riktignok gjennom hele studien, og det materialet man sitter igjen med er resultatet av en kontinuerlig analyse som pågår både før og under datainnsamlingen (Widerberg, 2001). I mitt prosjekt startet denne prosessen hovedsakelig med transkriberingen av intervjuene. Dette var et tidkrevende arbeid, men helt nødvendig da man både skaper den teksten analysen skal basere seg på, samt gjør seg bedre kjent med intervjudataene.

Den virkelige utfordringen i analysesammenheng er å finne en fruktbar metode for videre å analysere de transkriberte intervjudataene. Hvordan kan man finne og forklare mønstre og gi en god fremstilling av resultatene? Fordi fokuset i datamaterialet ligger på forskjellige *temaer* var det imidlertid naturlig å velge en temasentrert tilnærming. En slik metode innebærer at man sammenligner informasjon fra informantene for så å få en dypere forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 2003).

Jeg begynte å beskrive informantenes oppfatninger av seg selv og de aktuelle temaene slik de ble gitt på deres premisser. Dette er en del av det Fangen (2004) kaller en førstegrads fortolkning. Med utgangspunkt i det som kan anses som de mest sentrale temaene i

intervjuguiden, og de temaene som så ut til å engasjere kvinnene mest, ble korte sammendrag av informantenes ytringer i relasjon til spesifikke spørsmål skrevet. Denne teknikken kaller Kvale (2009) *meningsfortetting*. Slik oppstod forskjellige analytiske kategorier som senere kunne fordypes ytterligere. Sentrale kategorier var for eksempel: ”hvorfør barn?”, ”forestillinger om moderskap”, ”tid for barn” og ”syn på karriere”. Senere ble følgende tre hovedkategorier, som nå utgjør analysens tre kapitler, samlet: ”Om barn”, ”Moderskap” og ”Familie og barn i relasjon til utdanning og kommende yrke”. En kontinuerlig bearbeiding av de transkriberte intervjuene var nødvendig - gjentatt lesning og understreking av interessant informasjon og spennende sitater. Dette resulterte i flere sammendrag av utvalgt informasjon fra intervjuene og skjemaer hvor meninger og beskrivelser ble plassert. I startfasen kunne dette arbeidet være frustrerende og uoversiktlig, og jeg var ofte i tvil om egen ferdighet til å se det virkelig interessante i materialet. Etter hvert som ting tok mer form og ga mer mening var det imidlertid både spennende og motiverende for fortsettelsen.

Neste steg var å ”skrive ut” analysen. Et poeng med en analyse er at man tilfører noe mer til det du har hørt eller sett (Fangen, 2004). Dette innebærer at man ikke lar informantenes fortellinger stå som de er, men ”stikker hull” på dem gjennom bruk av teori og egen fortolkning. En tynn beskrivelse gjengir bare det som observeres (Fangen, 2004). Oppgaven blir derfor å gi en tykk beskrivelse ved å inkludere ytringer om hva informantene kan ha ment med det de sa, gi min egen tolkning av utsagnene og senere systematisere disse (Fangen, 2004). I denne prosessen spiller også teori og såkalte ”erfaringsfjerne” akademiske begreper en viktig rolle. Hele veien har jeg forsøkt på et samspill mellom informantenes utsagn, egen forståelse og fortolkende teoretiske perspektiver, for på denne måten nettopp å tilføre noe nytt til informantenes ”fortellinger”. Teksten har både et deskriptivt og et fortolkende preg. Prosessen er lagt opp slik at jeg som forsker har forsøkt å presentere, analysere og strukturere intervjumaterialet med det formål å kunne gi svar på oppgavens problemstilling og gi leseren en forståelse av de sosiale fenomenene som undersøkes.

### **3.6 Datakvalitet og generalisering**

Silverman (2005: 224) er opptatt av at med mindre du kan vise leseren at fremgangsmåten du har brukt for å gjøre metoden pålitelig og konklusjonene gyldige, er det liten vits å trekke slutninger i en avhandling. I den sammenheng er begreper som reliabilitet, validitet og generaliserbarhet sentrale. Disse brukes gjerne i diskusjon om datas troverdighet, styrke og

overførbarhet (Kvale, 2009: 246). I praksis betyr disse begrepene en hel del blant annet for prosessen, materialet og forskerens tolkninger.

Avhandlingens materiale består som beskrevet over av intervjuer med åtte kvinner. Intervjuene er i ettertid transkribert i sin helhet. Tidligere i kapitlet redegjorde jeg for prosessen med rekruttering av informanter og gjennomføring av intervjuene. Dette for å være åpen om fremgangsmåten benyttet for å utvikle data og på den måten underbygge reliabiliteten. Gode relasjoner til informantene har gjort dette mulig. Å være åpen, nysgjerrig og forståelsesfull har vært fruktbart for å gi informantene sjansen til å snakke ærlig og åpent om sin hverdag og de ulike intervjuemaene. Kontekstens betydning for datainnsamlingen nevnes tidligere i kapitlet ved refleksjon rundt informantenes rolle som henholdsvis ”gjester” eller ”verter”. Selv om informantene som ble intervjuet på ”hjemmebane” trolig var mest komfortable i intervjusituasjonen, virker det som at dette ikke har hatt direkte påvirkning på dataenes kvalitet. I tillegg har jeg lagt vekt på min status som likestilt med kvinnene i forhold til alder, kjønn, at jeg er student og uten barn. Dette mener jeg har vært positivt for relasjonen mellom meg og informantene og dermed for kvaliteten på informasjonen jeg har fått.

Et krav til undersøkelsens reliabilitet er også at forskeren gjør rede for hva som er referat fra intervjusamtaler og hva som er forskerens egne vurderinger av hva som har blitt sagt (Thagaard, 2003: 178). I prinsippet skal den informasjonen forskeren direkte har fått fra informantene kunne gjengis av en annen uavhengig forsker (Fangen, 2004). Mitt bruk av lydbåndopptak og detaljerte transkriberinger bidrar til å tilfredsstille dette kravet. Det bidrar til at skillet mellom direkte informasjon og vurdert informasjon kommer tydeligere fram i analyseteksten, at primærdata skilles fra forskerens egne vurderinger.

Hvorvidt metoden som benyttes for å undersøke kvinnenenes refleksjoner er egnet til dette er et spørsmål knyttet til oppgavens validitet (Kvale, 2009). Med andre ord handler det om hvor godt man klarer å legitimere valg av metode og sikre kvaliteten på undersøkelsesopplegget. Jo bedre dette ivaretas i samtalen med informantene og beskrives, desto mer troverdig blir tolkningen av resultatene (Thagaard, 2003). Valg av kvalitative intervjuer som metode og selve gjennomføringen av intervjuene er forhold jeg har beskrevet tidligere i dette kapitlet. Videre er det redegjort for tolkningenes grunnlag i analysen og med det forsøkt å gjøre logiske tolkninger av informantenes uttalelser. Gjennom generell åpenhet rundt disse og spesifisering av betingelsene tolkningene er gjort under, har jeg forsøkt å sikre validitet i de

empiriske dataene og gjengivelsen av dem. Min posisjon i forhold til informantene er nevnt som positiv for hva slags informasjon intervjuene har gitt meg (Thagaard, 2003). Endringen av intervjuguide etter de to første intervjuene kunne medført svekking av intervjuoppleggets validitet. Som sagt har imidlertid ikke intervjuene vært del av undersøkelsens datamateriale.

Oppfyllelse av krav om reliabilitet og validitet i et forskningsprosjekt styrker altså kvaliteten på forskningsprosjektet. Det kan også veie positivt for undersøkelsens generaliseringsmuligheter. I kvalitative studier er det hovedsakelig *fortolkningen* som gir grunnlag for å generalisere, og Kvale (2009) vektlegger i den forbindelse det han kaller *analytisk* generalisering. Dette handler om hvorvidt og i hvilken grad funnene i en studie kan *overføres* eller brukes som rettleiding for hva som kan komme fram i en annen studie (Kvale, 2009: 266).

Utvalget i denne undersøkelsen er forholdsvis lite og kan ikke representere kvinners refleksjoner og oppfatninger om barn og moderskap generelt, ikke en gang blant kvinner på medisin- og sykepleiestudiet. Målet har heller ikke vært å generalisere, men i stedet å gi et bilde av hvordan et utvalg kvinner forholder seg til temaene rundt barn. Oppgaven vil kunne være relevant i andre sammenhenger, særlig der det handler om unge kvinners fertilitetsatferd og holdninger rundt det å få barn. Også for studier der sykepleiere og leger står i fokus kan den være relevant, slik Abrahamsens (2009) studie av forskjeller i arbeidstid mellom disse to gruppene har vært for mitt prosjekt.

I forbindelse med generaliserbarhet er det også viktig å presisere at denne undersøkelsen ikke representerer et forsøk på å *forklare* den likheten i fertilitet som fremgår av Lappegårds (2001) forskning på kvinner med utdanning innenfor medisin og sykepleie. Refleksjoner blant dagens unge kvinner vil ikke kunne forklare likheter og forskjeller i fertilitetsatferd målt hos kvinner i 1954-1958-kohortene ved 40 års alder. Disse har vært unge i en helt annen tid og tatt avgjørelser om barn under andre samfunnsforhold enn de kvinnene som er unge i dag. Likhetene og forskjellene i fertilitetsatferd blant de eldre kohortene har hovedsakelig fungert som et utgangspunkt for hvilke grupper det er interessant å se nærmere på. I denne oppgaven gjøres det også kvalitativt.

Det er videre viktig å huske på at flere av spørsmålene informantene ble stilt i intervjuene relateres til deres fremtid. Riktignok dreier det seg om nær framtid, men noen av svarene referer fremdeles til hypotetiske situasjoner. Fortolkningen av kvinnes refleksjoner rundt

temaer som barn og yrkessituasjon må ta hensyn til dette. Videre kan ikke studien si noe om hvordan de ønskene og planene som identifiseres hos kvinnene faktisk vil utspille seg i deres fremtidige liv. Det den imidlertid kan fortelle oss noe om, og det som har vært forskningsprosjektets hensikt å undersøke, er hva barn og moderskap betyr for et utvalg unge kvinner i dag. I tillegg forteller den om hvordan kvinnene tenker rundt det å skulle ha barn i en tilværelse som student og i overgangsperioden mellom studier og arbeidsliv.

### **3.7 Etske betraktninger**

Etikken er en rød tråd som løper gjennom hele forskningsprosessen (Widerberg, 2005). I forbindelse med denne avhandlingen begynte de formelle etske hensynene med å opprette kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Meldeskjema for prosjektet ble overlevert, noe som resulterte i godkjenning av oppgavens tema og problemstilling. Videre var jeg forpliktet til å lage et undersøkelsesopplegg med respekt for de kommende informantenes frihet og selvbestemmelse (Everett & Furseth, 2004).

I samsvar med forskningsetiske normer og forpliktelser er informantene sikret full anonymitet og personvern (NESH). Sammen med informasjonsskrivet informantene fikk i forkant av intervjuet fikk de også et skriv om informantenes samtykke til anvendelse av dem som informasjonskilder i undersøkelsen. Dette skrev de frivillig under på og jeg informerte om at de som informanter stod fritt til å trekke sin deltakelse. I forhold til kravet om konfidensialitet har opplysninger om informantene vært passordbeskyttet på en PC. Det samme gjelder transkripsjonene. Lydsporene ble slettet fortløpende ettersom hvert intervju var transkribert og lagret. I analysen gjengis ikke informasjon som kan spores tilbake til informantene. Kvinnene er tilført fiktive navn slik at verken de selv eller andre vil kjenne dem igjen i teksten. Generelt, men også på grunn av undersøkelsens noe private tema har jeg vært opptatt av å vise informantene respekt gjennom hele prosessen, da særlig i intervjusituasjonen. Dette for at undersøkelsens resultater ikke skal ha noen negative konsekvenser for informantene. Som forsker er jeg pliktig til å presentere informasjon og funn på en ansvarsfull måte.

## 3.8 Kort presentasjon av informantene

### 3.8.1 Medisinstudentene

#### *Marie (23)*

Marie er gift og har tre søsken. Mannen hennes er i fast jobb med stabil inntekt. Marie ble tiltrukket av medisinstudiet på grunn av alle mulighetene innenfor faget, i tillegg til at det vil gi henne en sikker jobb. At lønnen er litt høyere synes hun også er positivt. Det viktig for henne å ha et yrke der hun vil møte utfordringer. Hun jobber heller litt mer enn å ha en jobb med veldig faste rammer og få utfordringer. Marie liker følelsen av å mestre. Hun vil gjerne finne et fag innen medisin der hun kan være *skikkelig* god i noe, men i forhold til barn setter hun ikke jobb og karriere foran alt.

#### *Maja (25)*

Maja har to yngre søsken og en kjæreste på samme alder som er selvstendig næringsdrivende. Han bor og jobber i en annen by i Norge, noe som har påvirket planene deres i forhold til å skulle få barn. Maja har alltid hatt et ønske om å bli lege. Hun var tidlig veldig nysgjerrig på hvordan menneskekroppen fungerer samtidig som hun ønsket å gjøre noe for andre. Hun kunne også tenkt seg å bli lærer. I valget mellom de to yrkene var lønnsaspektet viktig for hvorfor hun til slutt endte opp på medisinstudiet.

#### *Martine (25)*

Martine har samboer og to yngre søsken. Hun mener mange års jobbing på sykehjem har gitt henne angst for å være alene som gammel. Hun ønsker ikke å se tilbake på livet sitt som et liv fylt av jobb og karrierejag, det er familie og barn som gir livet mening. Hun ønsker å kunne se barna sine mer enn to timer før de skal legge seg om kvelden. Av den grunn ser hun det som gunstig å jobbe som allmennlege, samtidig som hun føler seg godt egnet til å jobbe på sykehus og kunne tenkt seg spesialisering i gastrokirurgi.

### ***Marit (24)***

Marit er nylig forlovet med kjæresten. I forhold til senere jobb mener hun arbeidstid vil bety mest. Først og fremst vil hun jobbe for det livet hun har ved siden av, selv om yrket også er viktig. Det frister å kunne jobbe på et legekantor og styre arbeidsdagen litt selv. Karriere ble mindre viktig etter at hun møtte kjæresten sin. Det ga henne ett nytt perspektiv på familiære forhold. Marit vil bosette seg og stifte familie så snart som mulig, men det er først etter at hun har funnet en jobb.

## **3.8.2 Sykepleiestudentene**

### ***Silje (21)***

Silje har en kjæreste som også er student. Hun visste tidlig at det var sykepleier hun ville bli. Med tanke på familie synes hun imidlertid ikke det er heldig at hun må jobbe så mye turnus og at det blir mye helge- og kveldsarbeid. Moren til Silje var 18 år da hun fikk sitt første barn, noe Silje selv mener var altfor tidlig. Hun ønsker å vente lenger. Hun har lyst til å reise og oppleve mer før hun får barn og mulighetene begrenser seg. Hun liker tanken på alenefasen før man etablerer seg og følelsen av å fortsatt være ung og ikke ha så mange forpliktelser.

### ***Siri (23)***

Siri har fem søsken, men for tiden ingen kjæreste. I utgangspunktet ville hun bli politi, men fant ut at det ikke passet henne likevel. Gode jobbmuligheter hadde litt å si for utdanningsvalget, i tillegg til at hun setter pris på variasjonen innenfor sykepleiefaget. Foreldrene til Siri har ingen høyere utdanning. Selv har hun alltid vært opptatt av at hun skal studere ferdig før hun får barn og er ikke interessert i å få barn før den tid.

### ***Solveig (25)***

Solveig har to søsken og en kjæreste som akkurat er ferdig utdannet. Valget av sykepleieutdanning handlet om et ønske om å kunne jobbe med folk. Hun har planlagt å begynne med barn to år etter endt utdanning fordi hun mener det er lurt å ha jobbet seg opp litt først. Hun tenker det er lettere å komme tilbake etter permisjon hvis man har litt erfaringer

i yrket og ikke er helt fersk. Erfaringer har gjort at hun foreløpig ikke kjenner seg klar for å ha barn og alle forpliktelsene det medfører.

### ***Sandra (26)***

Sandra har fire søsken og en kjæreste hun planlegger å flytte sammen med. At hun skulle bli sykepleier var bare noe som falt henne inn, det virket så spennende. Den store drømmen er å bli jordmor, en jobb hun tror vil gi henne ansvar og variasjon. Sandra tenkte på forhånd at en jobb som sykepleier kunne bli utfordrende å kombinere med familieliv. Hun følte imidlertid ikke at det kunne hindre henne. Det viktigste er å ha en jobb hun er interessert i. Eventuelt kan hun tenke seg å jobbe ved en poliklinikk, der arbeidstiden ofte er gunstigere.

I neste kapittel, som innledning til analysen, vil jeg redegjøre for den samfunnsmessige konteksten norske kvinner befinner seg innenfor idet de tar sine livsvalg.



## 4 DEN NORSKE VELFERDSSTATEN

Selv om intensjonen bak denne oppgaven er å bidra til økt kunnskap om individuelle *resonnementer* og *begrunnelser* i forhold til det å skulle få barn, er det nødvendig også å kjenne til den økonomiske og kulturelle konteksten norske kvinner resonnerer og begrunner innenfor, de strukturelle rammene rundt deres ønsker og avgjørelser. Sentralt er derfor en presisering av hvordan velferdsstaten og viktige politiske familiereformer ligger til grunn for kvinners sosiale praksiser og øvrige forhold i relasjon til familieetablering (Ellingsæter, 2009). Selv om det å få barn i større grad enn før kan sies å ha blitt et valg, er det viktig å ta i betraktning den kulturen som bidrar til å forme disse valgene. Samtidig forklarer ikke konteksten som muliggjør valget om å få barn *hvorfor* så mange norske kvinner velger et liv som mødre og hva det å få barn betyr for dem (Ravn, 2005)

Innledningsvis så vi hvordan den norske fertilitetsutviklingen skiller seg fra andre land i Europa selv om hovedtrendene i utviklingen har vært de samme. Det at fruktbarheten over lengre tid har vært preget av stabilitet fremfor nedgang har gjort det norske tilfellet interessant. Norge, blant andre nordiske land, skiller seg ut gjennom omfanget og innretningen på den offentlige politikken som føres. Den norske velferdsstaten, med sin ekspansive og sjenerøse familiepolitikk trekkes derfor ofte frem som forklaring på det relativt stabile og høye fruktbarhetsnivået (Ellingsæter & Leira, 2004).

Velferdspolitikken er med på å forme rammebetingelsene for familiers hverdagsliv (Ellingsæter & Leira, 2004). Nedgang i fertilitet og mangel på arbeidskraft i flere europeiske velferdsstater har rettet oppmerksomhet mot politiske strategier som kan øke både fertilitetsratene og kvinners deltakelse på arbeidsmarkedet (Ellingsæter, 2009). I Norge kombineres høyt fruktbarhetsnivå med høy kvinnelig sysselsettingsrate. Den norske velferdsstaten med sin familiepolitikk blir på den måten ansett som en ”oppskrift” for å løse utfordringene innad i andre europeiske velferdsstater med hensyn på den negative utviklingen (Ellingsæter, 2009).

Slik befinner norske kvinner seg innenfor en særegen kontekst i det de tar avgjørelser om barn og familieliv. Viktigst i den sammenheng er hvordan politiske reformer har støttet opp under mødres og fedres muligheter til å kombinere barn og jobb. Dette har skjedd gjennom offentlig støtte til barnehageutbygging og utvidelse av rettigheter til å ha omsorg for barn i deres første

leveår (Ellingsæter & Leira, 2004). Den norske staten ”oppmuntrer” på mange måter til en kombinasjon av familie- og arbeidsliv, og økonomiske hindringer i forhold til å få barn er i stor grad fjernet.

## 4.1 Barnevalgets strukturelle kontekst

Statlig politikk er med på å forme *hva* det er vi ønsker oss (Ellingsæter & Leira, 2004, 21). Ellingsæter (2003) nevner for eksempel hvordan den familiepolitiske debatten ser ut til å påvirke hvilke tiltak mødre mener er den beste familiepolitikken. Velferdspolitiske diskurser og sentrale familiepolitiske metaforer som for eksempel valgfrihet, har med andre ord betydning for hva som blir sosialt ønskelig og akseptabelt. Konflikten som kan oppstå mellom et ønske om barn og et ønske om et eget liv er større jo vanskeligere det er å kombinere jobb og familie innenfor gjeldende sosiale og institusjonelle rammer. Hvilken familie- og sosialpolitikk som drives i et land legger i stor grad føringer på hvordan man innretter seg i forhold til arbeid og familie (Lappegård, 2007).

En stor del av det norske nasjonalbudsjettet brukes på det sosiale velferdssystemet. Foreldrepermisjon er en del av dette (Ravn, 2005). Permisjonsordninger er kjerneelementer i politikken som omhandler familie og arbeid, og ordningene er av avgjørende betydning særlig for arbeidende mødre (Ellingsæter, 2009). For å være berettiget til permisjon med lønn når man får barn, må den aktuelle forelder ha vært yrkesaktiv med pensjonsgivende inntekt i minst seks av de ti siste månedene før fødsel. Med 100 % foreldrepenger er den totale stønadperioden på 46 uker, ved 80 % foreldrepenger er den tilsvarende perioden på 56 uker (NAV, 2011). Pengene beregnes på grunnlag av inntekten den personen som tar permisjon har. Størstedelen av permisjonen kan deles likt mellom begge foreldrene (Ravn, 2005). De tre ukene før og seks ukene etter fødsel er imidlertid forbeholdt mor (NAV, 2011).

Velferdspolitikken i Norge har hatt nye kjønnsroller som et tydelig mål. Velferdsstaten har muliggjort mødres yrkesaktivitet og lagt til rette for at fedre i større grad kan tilpasse seg familiens omsorgsbehov. Fra 1990-årene stod fedres omsorg for barn i fokus, og i 1993 ble det innført økt foreldrepermisjon med fedrekvote reservert for fedre (Jensen, 2004). Hensikten med innføringen av fedrekvoten har vært å få fedre til å ta større del i omsorgen for barnet de første leveårene. Ordningen bidrar også til å redusere kvinners fravær på arbeidsplassen, og til

å styrke mødres posisjon på arbeidsmarkedet. I tillegg kan en likere fordeling av betalt arbeid og omsorg for barn påvirke kvinners fertilitetsønsker positivt.

I dag er fedrekvoten på tolv uker (Regjeringen, 2011). Samtidig som en stor andel fedre har tatt denne rettigheten i bruk, er det lite som tyder på at pappapermisjoner har ført til nye prioriteringer i forhold til yrkesliv og foreldreskap ”*blant fedre sett under ett*” (Jensen, 2004: 204). Imidlertid kan fedrekvoten bare unntaksvis overføres til mor, og ”tvangen” ved dette har stimulert til en viss atferdsendring blant fedre i omsorgsprosessen. Ulikt fra dette synes reformer som oppretter valgfrihet mellom foreldrene med hensyn til barnepass ofte å bekrefte mors posisjon som forvalter av omsorg i familien (Ellingsæter & Leira, 2004).

På tross av en familievennlig velferdsstat, der det i stor grad er tilrettelagt for en kombinasjon av familie og jobb, representerer denne kombinasjonen en utfordring for mange kvinner. Blant annet uttrykkes det bekymring for ikke å bruke nok tid på begge arenaer. Dette bidrar til å gjøre valget om å få barn til et valg som i størst grad påvirker kvinner, og er tolket som del av forklaringen på hvorfor så mange i dag venter lenger med å få barn (Ravn, 2005). I en tidligere studie oppgir unge kvinner at de naturligvis ønsker seg en spennende jobb, men at de er villige til å gi opp den store karrieren som potensielt vil gå utover kvaliteten på familielivet (Ravn, 2005).

## **4.2 Defamiliserende familiepolitikk**

Foreldrepermisjoner varierer mellom de europeiske landene, og forskjellene ser ut til å følge hovedkategoriene av velferdsstatsregimer (Ellingsæter, 2009). Empiriske studier viser at land med velferdsstater som muliggjør en kombinasjon av arbeid og familie skårer høyt med hensyn til kvinnelig yrkesdeltakelse og barnefødsler (Lappegård, 2007). Norge er, som nevnt, et tilfelle der skillet mellom moderskapet og lønnet arbeid ikke lenger er fullt så markant. Sammen med Sverige, Danmark, Finland og Island tilhører Norge gruppen av sosialdemokratiske velferdsstatsregimer. De fem landene har den mest sjenerøse permisjonspolitikken både når det gjelder lengde og økonomi (Ellingsæter, 2009). Hovedsakelig er det to mekanismer som påvirker den positive sammenhengen mellom fruktbarhet og kvinnelig yrkesdeltakelse (Esping-Andersen, 2002). Disse innebærer tilgangen man har til barnepass og familiepolitiske ordninger gjennom velferdsstaten, samt tilpasninger i arbeidslivet.

I den komparative velferdsforskningen omtales de nordiske, sosialdemokratiske velferdsstatene som representanter for en ”defamiliserende” reproduksjonspolitikk (Ellingsæter & Leira, 2004). En slik velferdspolitikk bidrar til å redusere individets avhengighet av familien gjennom sosiale ordninger (Lappegård, 2007). For eksempel økes kvinners økonomiske uavhengighet (Ellingsæter & Leira, 2004). Andre vestlige land representerer i følge Esping-Andersen (1999) en mer familiserende velferdspolitikk, der familien er den sentrale enhet og man fastholder tradisjonelle familieformer og individets avhengighet av familien. I følge Leira (2004) bidrar den defamiliserende velferdspolitikken i de nordiske landene til å dempe motstridende krav mellom familieforpliktelser og jobb. En sterk og voksende norsk velferdsstat har formet en særegen blanding av offentlige og private investeringer blant annet i barneomsorgen (Ellingsæter & Leira, 2004: 24).

Trender som kvinnelig yrkesdeltakelse hevdes imidlertid ikke bare å være et resultat av familiepolitiske ordninger innenfor velferdsstaten. Disse utviklet seg også som følge av økt etterspørsel etter arbeidskraft på 1970- og 1980-tallet. Ordninger med å kombinere arbeid med barn og familieliv ble etablert lenge før ordninger som barnehagedekning var på plass (Lappegård, 2007). Mødres yrkesdeltakelse er med andre ord ikke utelukkende et resultat av familie og likestillingspolitikk. Offentlig politikk er sammensatt, og også de økonomiske, sosiale og kulturelle kontekster reformer oppstår i er av betydning. Videre virker den offentlige politikken sammen med strukturer og kulturer som eksisterer i arbeidslivet (Ellingsæter & Leira, 2004). Ellingsæter og Leira (2004: 26) sier at *”velferdspolitikk må forstås som en prosess – politikk skapes, vedlikeholdes og undergraves over tid, gjennom varierende grader av konsensus, konflikt og kompromisser”*. Foreldrepermisjon kan altså ikke ha vært hovedårsaken til endringene som har skjedd i mødres forhold til arbeidsmarkedet. Faktisk kan kvinners deltakelse på arbeidsmarkedet være bestemmende for utvidelsen av offentlige sosiale velferdstjenester, sett bort i fra andre sosiale, politiske og historiske faktorer (Ellingsæter, 2009).

Likevel blir likestilling når det gjelder høy yrkesdeltakelse og gode velferdsordninger for å kunne kombinere jobb og familie trukket fram som en viktig forutsetning for det høye og stabile fruktbarhetsnivået i Norge. Ordninger som bidrar til at kvinner kan kombinere moderskapet med deltakelse i arbeidslivet er blant annet gode muligheter for deltid, rett til lønnet permisjon for å være hjemme med sykt barn og rett til ulønnet omsorgspermisjon for foreldre med små barn (Lappegård, 2007: 63). Ellingsæter (2009) hevder imidlertid at fremfor

å forene jobb og familie har lange foreldrepermisjoner til en viss grad reetablert separate sfærer som arbeid og familie og full-tids moderskap for kvinner. Dette kan være uheldig for kvinners karriereløp og lønn.

### **4.3 Å få barn mens man er under utdanning**

I Norge dekker staten levekostnadene i en periode når studenter er uten inntekt. Systemet for utdanningsstøtte er et sentralt politisk virkemiddel. Det skal sikre samfunnet utdannet arbeidskraft, noe som er viktig for et godt fungerende arbeidsmarked og verdiskapning (St. meld. nr. 12, (2003- 2004). Lånet man mottar som student er rentefritt så lenge man er under utdanning. Det kan ikke søkes om støtte i mer enn åtte år.

Venter man barn mens man er under utdanning kan man ta permisjon. Lånekassen gir foreldre økonomisk støtte i opptil 44 uker. Dette utdeles de tre siste ukene før termin og helt frem til 41 uker etter man har fått barnet. Foreldrestipendet er det samme beløpet man ellers ville fått som lån under utdannelsen, men i denne perioden får man det altså som stipend. Foreldrestipendet gis både til mor og far, men begge kan ikke få dette samtidig. For i det hele tatt å få foreldrestipend må man oppfylle et vilkår om å ha vært under utdanning med rett til lån fra Lånekassen de seks siste månedene før fødselen. Du kan også være i permisjon fra en utdanning eller ha en reservert studieplass (Lånekassen, 2011). Selv om svært få studenter velger å få barn i dag, ligger altså forholdene relativt godt til rette for det. At det er gode støtteordninger uttrykkes også av enkelte studenter som venter barn (Universitas, 10.05.2005).

De sjenerøse foreldrepermisjonene i de nordiske landene anses ofte som et hinder i forhold til å få barn under utdanningen. Et nordisk mønster indikerer at utdanning og barn er uforenlig. Dette kan skyldes at kvinnelige studenter ikke er berettiget til å motta foreldrepermisjon i og med at permisjonen avhenger av tidligere arbeid. Det vil dermed være gunstig å utsette å få barn til man er kvalifisert til å motta permisjon. En annen årsak til at så få studenter benytter seg av støtten de kan få under studiene er hensynet til økonomisk sikkerhet også utover permisjonsperioden. Å ha en sikker jobb med fullgod inntekt å gå tilbake til etter at permisjonsperioden er over er sannsynligvis en viktig faktor i kvinners fertilitetsavgjørelser (Ellingsæter, 2009).

De kontinuerlige arbeid/familie-reformene innenfor de nordiske velferdsstatene har utvilsomt endret grunnlaget for arbeid/familie-avgjørelsene folk står overfor. Stabiliteten i fertilitet i

Norge og de andre nordiske landene er påfallende etter en lang periode med store politiske, økonomiske og kulturelle endringer (Ellingsæter, 2009). Ellingsæter (2009) mener tilbakeføringseffekten av en i økende grad sjenerøs arbeid/familie-politikk til dagens unge kvinner kan ha vært nødvendig i forhold til å ha beholdt denne stabiliteten.

# 5 OM Å SKULLE FÅ BARN

De fleste unge kvinner i Norge har en intensjon om å få barn (Lyngstad & Noack, 2005). På bakgrunn av en tidligere studie om *hvorfor* kvinner ønsker seg barn hevder professor i kulturvitenskap Tove Ingebjørg Fjell (2002) at dette ikke gjøres til gjenstand for forhandlinger i særlig stor grad. Mens det i 1970-årene var mulig å reflektere over reproduksjon og valgfrihet, finnes det i dag sjeldnere en diskusjon *om* man skal ha barn. Spørsmålet går mer på *når* man skal ha barn og *hvordan* man bedre kan mestre en hverdag som både inneholder barn, jobb og fritid. Fjell mener bakgrunnen for dette er en kulturell forventning om at kvinner har et iboende intenst ønske om barn, samt en dominerende oppfatning om at et liv med barn er det ønskelige og normale.

Intervjuene Fjell gjorde av barnefrie (frivillig barnløse) kvinner gir grunnlag for å tro at det ikke bare er tabubelagt å være infertil, men enda mer tabubelagt å si at man ikke ønsker seg barn. Kvinnene uttrykker en følelse av at folk mener de ikke vet sitt eget beste, at de tror kvinnene egentlig ønsker seg barn, en følelse av ikke å bli tatt alvorlig av omgivelsene. Interessant i denne sammenheng er Fjells påpeking av hvordan selve betegnelsen ”barnløs” impliserer at noe *mangler* (Fjell, 2002). Blant informantene i denne oppgaven oppgir alle at de ønsker seg barn. Valget om barn ses på som gitt i de unge kvinnenes liv.

## 5.1 Hvorfor ønsker kvinnene seg barn?

Den sterke svikten i fødselstallene i løpet siste halvdel av 1900-tallet knyttes, som vi har sett, til elementer i utviklingen av det senmoderne samfunn. De lave fødselstallene i Norge og andre vestlige land relateres blant annet til nye typer forpliktelser overfor familie, svekking av familiære relasjoner, endring av giftemålmønstre og økte forventninger til uavhengighet og selvrealisering, særlig blant kvinner (Fjell, 2002; Irwin; 1999). Fjell (2002) mener imidlertid en stor del av denne selvrealiseringen i dag skjer nettopp gjennom det å få barn, ofte i tillegg til en utdannings- og yrkeskarriere. Barn er noe de aller fleste er opptatt av å skaffe seg.

Men hvorfor ønsker kvinner seg barn? I prosjektet til Fjell lot dette spørsmålet seg vanskelig besvare. Barn kommuniseres gjerne som ”det ønskelige” og ”det normale” og som en del av det å være kvinne (Fjell, 2002). Barn er noe de fleste tar som en selvfølge at de skal anskaffe

seg. Barn hører med, de færreste er i stand til å si noe om hvorfor. *"Det bare er slik, det er naturlig"*.

Blant kvinnene jeg har intervjuet ser man en lik tendens. Spørsmålet tolkes som merkelig og noen synes det er vanskelig å gi det et konkret og ordentlig svar. Ingen av kvinnene har tenkt særlig over dette, noe også svarene deres bærer preg av: *"Det er vel fordi at".... "det har vel å gjøre med at"*. Av den grunn at det er et fremmed spørsmål kan det virke som om svarene gjenspeiler hva de tenker er "vanlig" å svare fremfor deres faktiske vurderinger av hvorfor de ønsker seg barn. En av informantenes refleksjoner illustrerer dette: *"Jeg har ikke tenkt noen grunn, jeg bare synes det er den største selvfølge at man vil ha barn, og det bare virker som det er så utrolig mye glede ved det"* (Marit, medisin). Imidlertid er det ikke utenkelig at informantene rett og slett ikke har et mer substansielt svar å gi. Muligens gir naturligheten mange føler ved det å ønske seg barn svarene et preg av å være tilfeldige og vage. Man vil jo ha barn?

Det "normale" ved å ønske seg barn en eller annen gang i livet kommer også frem av informantenes refleksjoner. Det kan høres enkelt ut: kvinnene ønsker seg barn fordi de er glade i barn. De synes barn er fantastiske og de verdsetter og trives sammen med dem. Ønsket om barn beskrives som en veldig naturlig følelse. I tråd med at dette beskrives som naturlig og at ønsket om barn ses som det normale uttrykker sykepleiestudent Sandra:

*"Jeg føler at det er en del av livet. Det blir jo helt feil å si at det er meningen med livet, eller, jeg mener ikke at det er feil, men det blir litt for store ord. Jeg føler at det er en del av livsforløpet og jeg føler det kommer til å være utrolig givende når den tid kommer. Det er vanskelig å finne noen annen forklaring på det"* (Sandra, sykepleie)

I flere studier bekreftes denne "tattforgittheten". Bergnéhrs (2008) informanter betrakter det å få barn på et eller annet tidspunkt i livet som noe som gir en person status som normal. Om det å få barn og bli forelder uttrykkes det at *"det er sånn du lever livet"* og *"det er det du skal gjøre"*. Et normalt livsløp innebærer foreldreskap og avvik fra dette oppfattes som unormalt (Bergnéhr, 2008).

I intervjuet med medisinstudent Martine hevder hun at *"hun bare alltid har vært sånn"*, at hun alltid har tenkt at hun skal ha barn. I likhet med flere tolker hun grunnen til dette som at



”det er bare er sånn det er”, men meddeler også at ”det jo passer inn i A4-livet”. I senere tid opplever hun også at samboeren hennes er av stor betydning i forhold til det å ønske seg barn. Martine beskriver det slik:

*”Jeg merker litt mer sånn at jeg på en måte ønsker meg barn sammen med samboeren min og at det, jeg vet ikke, jeg føler det er en biologisk greie, at det på en måte er det vi skal gjøre, ha en liten baby sammen og det ville være så fint” (Martine, medisin)*

Slik uttrykker hun spesifikt hvordan spørsmålet om hun skal få barn ikke gjøres til gjenstand for diskusjon. Det måtte være om hun ikke hadde noen partner. Samværet med kjæresten har gjort at det føles som en ”biologisk greie”, og det å få barn er en naturlig del av dette samværet. Slik relaterer hun ønsket om barn til det å være sammen med mannen hun er glad i. Barn hører med forholdet.

Flere av kvinnene trekker frem dette aspektet. Sykepleiestudent Silje og medisinstudentene Maja og Marie er opptatt av hvordan det å få barn er spesielt fordi det er noe de skal dele med den de er sammen med. Tanken på å ha skapt noe sammen og å sammen skulle oppdra og forme et menneske er viktig for dem. Samtidig vil det bringe kjærlighetsforholdene deres ett steg videre. Maja snakker om hvordan et barn bringer med seg nye roller for henne og kjæresten, at det blir noe nytt som binder dem sammen, forhåpentligvis enda sterkere: *”Det er liksom enda et sånt felles samarbeidsprosjekt, et ganske heftig et!” (Maja, medisin).*

Slike forestillinger er i tråd med det Ravn (2008: 43) beskriver som *”en naturlig forlengelse av et fungerende kjærlighetsforhold”*. I studien hennes uttrykker en informant at en av grunnene til å utsette å få barn er å virkelig få oppleve og nyte romantikken i forholdet først. Deretter, hvis tiden er ”riktig” i forhold til andre ting, oppfattes det å få barn som en ”naturlig” forlengelse av parforholdet. Å få barn og stifte familie er naturlig fordi det i denne fasen av livet er normalt. Det tilhører normen, det representerer en ny fase i livet og en annen type hverdag. For medisinstudent Marit uttrykkes ikke ønsket om barn som spesifikt forbundet med et kjærlighetsforhold, men likeledes som ganske naturlig. Hun poengterer at det nemlig ikke er sånn at hun føler noen plikt og forklarer det videre på denne måten: *”Man har jo ett eller annet sånt innebygget behov, tror jeg, alle har jo, eller veldig mange hvert fall, har et litt sånt uforklarlig ønske om at man vil dit. Jeg synes bare det er kjempes fint” (Marit, medisin).*

Medisinstudent Martine gjør seg noen refleksjoner rundt de senere perioder av livet. Hun er redd for å være nitti år og alene og mener denne frykten også er et aspekt ved hvorfor hun ønsker seg barn. Jobbing på sykehjem har gjort at hun er redd for ikke å ha familie rundt seg og for at det ikke skal være noe etter henne når hun en gang blir gammel. Slik fremstilles barn som noe som reproducerer familien, en varig person å elske og som ikke minst elsker deg tilbake (Fawcett, 1998). Medisinstudent Maja er opptatt av det samme, ikke direkte som begrunnelse for hvorfor få barn, men i forhold til kombinasjonen med jobb og prioritering i et liv som snart skal inneholde begge deler:

*”En ting er når du er midt i karrieren og kan fokusere bare på det. Men hva med etterpå? Når du plutselig ikke har noe familie og ikke har hatt tid til venner heller, da står du der da, som 70-åring og får ikke lov til å jobbe som kirurg lenger. Hva er du da? Hvis du velger å bare fokusere på jobb og karriere og ikke får barn i det hele tatt, da blir jobben en så stor del av deg at når du ikke har jobben lenger, ja da har du tapt! (Maja, medisin)*

Det er tydelig hva som vil gjøre henne lykkelig. En jobb må kombineres med barn og familie, en annen prioritering vil ende i tomhet. Det virker ikke heller som om tilstedeværelsen av en partner forminsker denne oppfatningen. I forlengelsen av spørsmålet om hvorfor hun ønsker seg barn var det også viktig for medisinstudent Martine at det vil være hennes biologiske barn. Dette handler om et ønske om selv å bære frem barna, et ønske om at de skal være en ”del” av henne. Det er det som representerer opplevelsen med å skulle få barn og det som gjør det å få barn til ”en del av livet”.

Gjennom kvinnenens refleksjoner får jeg inntrykk av at de både er opptatt av det personlig biologiske forholdet ved det å få barn og dette med å skape noe sammen med en partner. Sykepleiestudent Sandra bekrefter viktigheten av det sistnevnte: *”Det ville vært fryktelig trist å ikke skulle kunne få barn. Jeg vil jo ha barn som er produktet av meg og kjæresten min, sånn rent genetisk” (Sandra, sykepleie).*

Sykepleiestudent Siri er den eneste av kvinnene som på nåværende tidspunkt ikke har en partner. Hun har aldri møtt noen hun kunne tenke seg å stifte familie med. Det har imidlertid ikke hatt noen betydning for hennes tanker om et liv med barn. Forestillingen om å få tre barn som kan dele erfaringer og frustrasjoner med søsknene sine har alltid vært der. Noe veldig

spesielt må skje for at hun skal velge det bort og hun uttrykker ingen tvil om hvorfor hun ønsker seg barn:

*”Fordi jeg er veldig glad i barn. Jeg har alltid hatt lyst på det og jeg tror det ligger veldig sånn, det ligger i genene da, på en måte, både i mine og hos kvinner generelt. Det er jo ikke alle kvinner som har lyst på barn, men jeg tror de fleste har det altså, det er bare litt forskjellig sånn tidspunktmessig” (Siri, sykepleie)*

Å ha en partner er altså ingen forutsetning for selve ønsket hun har om å få barn. Ingenting skiller måten Siri reflekterer rundt dette på fra de andre kvinnene. Om ikke barn oppleves som en naturlig forlengelse av et nåværende kjæresteforhold, er fremdeles ønsket om en gang å bli mor basert på at det kjennes naturlig og riktig. Gjennom intervjuet snakker hun om hvordan et liv med barn ideelt sett bør være. Siri nevner at hun har mye familie rundt seg som alltid vil stille opp for henne om det skulle være behov. Imidlertid, når den tid kommer, vil en faktisk avgjørelse om å få barn kreve at det er en mann i bildet, en mann hun er trygg på.

### **5.1.1 Betydningen av barn**

Beck og Beck- Gernsheim (1995) mener det ikke lenger tas for gitt at to mennesker som elsker hverandre vil gifte seg, og at det heller ikke tas for gitt at de som gifter seg ønsker å få barn. Kjærligheten til barn har på mange måter endret seg fra 50-tallet og frem til nå. Fra å snakke om *”an eternal and natural bond, part of the scheme behind history of mankind, perhaps even a genetic print”* (Beck & Beck-Gernsheim, 1995: 102), ser kjærligheten til barn ut til å være litt mer komplisert enn som så. På tross av at slike endringer kan ha forekommet og en økt kompleksitet i valget om å få barn, virker det imidlertid som om ønsket om å få barn fremdeles er noe gitt og naturlig for de fleste kvinner (Bergnéhr, 2008). Dette bekreftes av medisin- og sykepleiestudentene. Kjærligheten til barn fremstilles som en naturlig, gitt størrelse.

Sykepleiestudent Solveig skiller seg litt fra de andre ved at hun snakker om *egoisme* i begrunnelsen for sine barneønsker. Slik hun fremstiller det kan det virke som om trivielle årsaker som at hun liker å være sammen med barn og at barn gir henne mye først og fremst er forbundet med selviskhet:

*”Det må være ut i fra egoisme. Jeg synes det er interessant å skulle følge opp barnet. Ut i fra min egen egoistiske oppfatning føler jeg det er interessant å forme et barn og se at det utvikler seg. Samtidig er det jo ingen livsrett å få unger. Jeg tror det ofte går på folks selvtilfredshet. Jeg føler ikke jeg føder frem et barn for at verden skal få lov til å fortsette. Jeg tror nok det er ut i fra min egen egoisme at jeg vil ha barn. At jeg liker barn, liker å være sammen med unger, det gir meg mye” (Solveig, sykepleie)*

Hun er alene om å forklare det på den måten. Selve innholdet i argumentasjonen skiller seg ikke nevneverdig ut, også andre informanter trekker inn lignende forhold, at barn gir mye glede. Det interessante er imidlertid at hun betegner det som egoisme. I tråd med Solveigs måte å begrunne ønsket om barn på mener Beck og Beck-Gernsheim (1995) at dette i dag hovedsaklig er følelsesmessig og psykologisk motivert. Å få barn og ha et nært forhold til barnet er i økende grad forbundet med et håp om å være forankret i noen, om å få et meningsfullt liv. Å få barn er på mange måter et krav for å bli lykkelig, og ønsket om å få barn kan slik sett være egoistisk relatert. En mor kan ha et håp om å ”oppdage” seg selv gjennom sine barn, og å få barn kan være en måte å leve på hvor man søker å oppnå sine egne interesser.

Å få barn kan i følge Fawcett (1988) også være en måte å markere overgangen til voksenlivet på, og på den måten gi sosial aksept fordi dette på ett eller annet tidspunkt er forventet. Å få barn reproducerer i tillegg familien og det bringer, i tråd med Solveigs refleksjoner, glede og nye erfaringer til foreldrene: *”et barn er en varig person å elske og barnets prestasjoner kan reflektere positivt på foreldrene”* (Fawcett, 1988: 13). Bak Solveigs oppfatning om ønsket om barn som egoistisk relatert ligger antakeligvis en idé om barn som sosial ressurs. Hun, som mange andre kvinner, vektlegger den personlige gleden man oppnår ved å ha et barn å være glad i og ta vare på, å ha et barn som lager liv i hverdagen og ved gleden av å se et barn vokse opp (Morgan & King, 2001).

Slik vi har sett, tegner individualiseringstesen et bilde av et høymoderne samfunn der individene læres opp til å være rasjonelle, effektive, raske, disiplinerte og suksessfulle. Samfunnet vi lever i karakteriseres som kjølig, upersonlig og usikkert, tømt for tradisjoner og fylt av alle typer risiko (Beck & Beck-Gernsheim, 1995). I overensstemmelse med informantens refleksjoner rundt det å få barn som noe naturlig og det normale i livet, hevder Beck og Beck-Gernsheim (1995) at barn nettopp representerer den naturlige siden ved livet, det motsatte av det rasjonelle, effektive, raske og disiplinerte. Det er dette som gjør barn så

tiltalende. Å få et barn og å være med dette barnet bistår unge kvinner og menn i å oppdage egne kvaliteter og å uttrykke behovene sine, noe de ellers savner i et moderne, såkalt høyteknologisk liv. Med barn får man muligheten til å være rolig og tålmodig, følsom, kjærlig og åpen. For kvinner vil det å være mor gi en mulighet til å rømme fra en ”åndsførtærende” jobbverden. Å binde seg til et barn kan innebære å finne en motvekt til all rutine (Beck og Beck-Gernsheim, 1995: 106). Barn tilfører livet en levende glede og energi lik ingen annen, noe som kan gjøre det vanskelig å forstå hvorfor noen kvinner ikke ønsker seg barn. Medisinstudent Majas refleksjoner er nok et eksempel på hvordan det å få barn ansees for å være en naturlig side ved livet og viser at det kan være vanskelig å forstå hvorfor noen kvinner ikke ønsker seg barn:

*”Hvis grunnen til at man ikke har fått barn er at man har valgt det selv, så tror jeg veldig mange ville være interessert i å vite hvorfor i alle videste verden vedkommende har valgt det, for det er ikke det som ligger naturlig i oss. Jeg tror det føles riktig for mennesker sånn fra naturens og biologiens side, får vi ikke barn går jo menneskeheten under, ikke at det kommer til å skje da” (Maja, medisin)*

Beck og Beck-Gernsheim (1995) mener denne naturligheten er noe som særlig tiltaler den ”nye kvinnen”. Den moderne kvinnen har vokst opp med det moderne samfunns psykologiske ideer og utdannings- og yrkesmål, vel klar over prisen man må betale for å klare seg i en stressende verden. Med et barn følger en ekte og genuin relasjon, et forhold med rom for følelser. Det snakkes om *”naturligheten av barn i et miljø som etter hvert har blitt heller unaturlig”* (Höpflinger, 1984 i Beck & Beck-Gernsheim 1995: 106). I informantenes refleksjoner ser vi at barn gis en lignende status. Barn og familie angis å være av en så stor verdi at det veier opp for tapet av uavhengighet og frihet som medfølger. Samtlige av kvinnene setter familie og barn foran jobb og karriere i vurderingen av hvordan kombinere og tilpasse de to tingene, noe jeg senere kommer tilbake til. Barn omtales stadig som en del av livet, noe man tror vil være veldig givende og trist å leve uten. Gleden ved å få barn handler både om å kunne gi og få. Medisinstudent Marie uttrykker: *”Å velge å ikke få barn? Nei, det kjenner jeg jeg ville blitt svært deprimert av. Det jeg tenker med barn er at de gir meg så mye og jeg får gitt så mye tilbake til dem” (Marie, medisin).*

Samtidig samsvarer ikke nødvendigvis studentene med denne ”nye kvinnen” Beck og Beck-Gernsheim snakker om. Der de kanskje først og fremst karakteriserer en voksen kvinne med lengre livs- og arbeidslivserfaring, er kvinnene jeg intervjuer fremdeles studenter i tidlig tyveårene. Riktignok har de lært å kjenne på press og forventninger forbundet med utdanning, men de kan ikke sies å ha vært utsatt for dette i forbindelse med arbeidsliv. Det stresset man kan oppleve som kvinne i midten av sin yrkeskarriere, med forventninger fra andre og en selv om å utvikle seg på flerfoldige arenaer tilsvarer ikke direkte de kvinnelige studentenes situasjon. At kvinnene, uten nødvendigvis å ha kjent presset denne ”nye kvinnen” opplever, likevel uttaler seg om barn på denne måten, som noe som fyller et behov, er dermed interessant. *”Jeg ser jo for meg at jeg kommer til å bli lykkelig når jeg får barn, at det utfyller ett eller annet” (Martine, medisin)*. På den annen side kan det tenkes at kvinnene er såpass bevisste på hva det moderne liv vil kreve at de allerede har tatt innover seg realitetene de vil møte som yrkesaktive med stadig høyere forventninger både til en selv og fra andre.

### **5.1.2 “Det største i livet”**

Diane Richardson (1993) forteller om tidligere erfaringer med at kvinner som hadde fått barn rådet henne til *ikke* å gifte seg og *ikke* få barn, hvert fall ikke før hun hadde ”levd litt på egenhånd”. Det virket på disse kvinnene som om det å få barn innebar å måtte gi opp ting, og hun begynte å assosiere moderskap med en form for tap. Å bli mor betydde slutten på en måte å leve på, noe hun senere ville kunne komme til å angre. I senere tid har forskning på kvinners erfaringer med moderskap bekreftet disse oppfatningene. Moderskap i vårt samfunn assosieres med en rekke viktige sosiale og psykologiske tap. Det kan være tap av uavhengighet, tap av privatliv, tap av sosialt nettverk, eller, hvis moderskapet innebærer at man må slutte å jobbe, tap av status. Det største tapet er imidlertid tapet av personlig identitet og individualitet (Oakley, 1979; Richardson, 1993: 5).

Mye må nødvendigvis prioriteres bort når man får barn. En av mine informanter tror imidlertid ikke dette vil føles som et tap eller at man må gi opp ting, det er bare at disse tingene ikke lenger kun inneholder en selv. Til tross for at man får mindre tid til mye annet beskrives forandringene barn bringer med seg først og fremst som positive forandringer. Tap av frihet og tid til seg selv utgjør dermed ikke faktorer av negativ betydning. Det er en lav pris å betale når det du får tilbake gir deg så mye som det et barn gjør. I følge sykepleiestudent Silje vil et barn gi en helt annen tilværelse, men det vil ikke være negativt, bare annerledes:

*”Det er noe som kanskje blir begrensa, men berikelsen veier liksom opp for at man kanskje ikke har muligheten til å gjøre det man ønsker til enhver tid. Det er klart at det å ha et barn vil endre identiteten min, men det svekker den ikke” (Silje, sykepleie)*

En av informantene uttrykker at det vil være viktig for hennes meningsfulle liv å få barn. Uten barn vil livet føles tomt. For medisinstudent Martine krever et meningsfullt liv at man er lykkelig, og for å være lykkelig trenger hun barn og familie. Det vil være vanskelig for henne å leve et meningsfullt liv om hun ikke kan få barn. Oppfatningen hennes antyder det Fjell var inne på i forhold til at barn i dag er del av en selvrealiseringsprosess:

*”Jeg tror absolutt det ville vært vanskelig. Jeg hadde nok eventuelt adoptert eller noe. Et liv uten barn ville føles litt... jeg tror på en måte jeg ville følt meg litt mislykka, eller litt sånn at det var en oppgave i livet jeg ikke hadde fått til, og sikkert ja, litt sånn jeg sa, at jeg på en måte hadde vært redd for at det ikke var noen ting etter meg og at jeg ikke hadde noen barn som passet på meg når jeg blir gammel. Det blir jo en sånn egoistisk greie da, men jeg tror det hadde vært veldig sånn at jeg følte det hadde vært et ukomplett liv” (Martine, medisin)*

Beck og Beck-Gernsheim (1995) tar opp dette forholdet. Som frie individer, dømt til frihet og dømt til å velge, vil det å få et barn og det å passe på det og forsørge det gi livet mening og betydning. Et barn gir deg en følelse av bekreftelse ved at det trenger deg og ønsker deg. Barnet blir kjernen i din eksistens, det viktigste i livet. Mens verden beveger seg raskere og raskere og samfunnet fortsetter å forandre seg, søker man meningen med livet gjennom å få et barn. Barn gir foreldre en følelse av å høre til et sted ved at de har familie og kommer ofte i forbindelse med et ønske om å slå seg til ro (Beck & Beck-Gernsheim, 1995).

Når det er snakk om å leve et meningsfullt liv, tror også sykepleiestudent Siri at hun hadde gjort mye for likevel å få et barn om hun ikke selv kunne få et. Hun mener man må være innstilt på at man ikke ønsker barn om man skal kunne leve et lykkelig liv uten. For hennes del står barn og familie såpass sentralt at det vil være en utfordring å ikke skulle være mor. Flere ser for seg at de vil adoptere ett eller flere barn fremfor å ikke få barn i det hele tatt. Dersom de ikke kan få barn, vil de likevel gjøre en innsats for familielivet. Avhengig av hva årsaken er vil også in vitro-fertilisering være en aktuell løsning: *”Jeg ville prøvd det først, selv om det er kjempedyrt. Ønsker man seg barn er det sjeldent det økonomiske hindrer en. Barn er et såpass viktig aspekt i livet til mange” (Sandra, sykepleie)*. Slik markeres barns

viktige betydning i livets hennes. Det økonomiske skal i hvert fall ikke hindre henne i å stifte familie og leve et lykkelig liv. Sykepleiestudent Silje har imidlertid et litt mer avslappet forhold til det hele:

*”Jeg ville nok hatt søsken, svigerinne og svoger som hadde hatt barn og da ville man liksom hatt de. Det å være tante vil jo være stas det også, så jeg vil nok alltid kunne ha barn rundt meg. Det hadde vært tungt få å vite at jeg ikke kan få barn, men det er masse meningsfullt med livet også når man ikke har barn, så da må man vel prøve å finne fram de positive tingene ved det” (Silje, sykepleie)*

Silje antyder hvordan det vil være naturlig å endre tankesett om ikke drømmen om å få barn lar seg oppfylle. Hun trekker fram aspektet med å kunne se positive sider ved et liv uten barn, kanskje forestiller hun seg også å finne andre viktige gleder i livet. Silje uttrykker i denne sammenheng bevissthet, at hun kan bestemme seg for heller å se lykke og tilfredsstillelse i et liv fritt for barn. Potensielt og i tråd med teorien om adaptive preferanser (Elster, 1983) kan dette like gjerne skje ubevisst. Man endrer preferansene sine for et liv med barn på grunnlag av at målet blir uopnåelig. Et liv uten barn kan i neste omgang framstilles som vel så bra. Poenget her er imidlertid hvordan Silje skiller seg fra de andre i innstillingen til et potensielt liv uten barn.

Noen uttrykker at de er redde for ikke å kunne få barn. Sykepleiestudent Solveigs sterke ønske om familieliv gjør at bare fysiske årsaker som sykdom eller følelsen av å være for gammel vil kunne hindre henne i å stifte familie. Som vi så tidligere vil det å forme et barn og se det utvikle seg være en stor glede for henne. Ønsket om barn uttrykkes som egoistisk relatert fordi hun føler det handler om å tilfredsstille egne interesser. Uavhengig av på hvilket grunnlag, barn gir livet mening, men i likhet med Silje anser hun også et liv uten barn som fullverdig, hun må bare ”endre prioriteringslista si”:

*”Jeg vet at jeg bare er nødt til å endre innstillingen min. Får jeg ikke egne barn kan jeg alltid adoptere. Det er mange som trenger en mor og en far, de sier jo at det er egoistisk å få egne barn. Det er alltid et alternativ, de kan få komme de og!” (Solveig, sykepleie)*



Når det gjelder forandringene et barn vil skape, er Solveig åpen om at de innebærer visse former for tap. Hun ser for seg mindre tid til seg selv, mindre tid med partner samt mindre tid til venner. I tillegg vil hun ikke kunne jobbe like mye som hun har lyst til. Tapene hun skildrer tilsvarer tapene Oakley (1979) peker på assosiert med moderne moderskap: tap av privatliv, sosialt nettverk og yrkesstatus. De utgjør begrensninger i forhold til å være fri til å gjøre de tingene hun ønsker. Samtidig utgjør barn en ny interesse, noe hun mener gjør tapene mindre dramatiske. På tross av begrensningene barn uttrykkes å kunne føre med seg, ser samtlige av kvinnene stort sett gleder og fordeler med forandringene barn vil skape. Å ha ansvar for et annet menneske uttrykkes som potensielt tap av frihet, men mest som en unik glede. Berikelsen overgår begrensningene.

## 5.2 Når er det tid for barn?

Felles for både medisin- og sykepleiestudentene er at de har det klart for seg når det vil passe og når det ikke vil passe å få barn. Samtlige forholder de seg, kanskje mer eller mindre bevisst, til en bestemt rekkefølge i sine refleksjoner rundt tidspunktet for å bli mor, en rekkefølge som ansees for å være den ”riktige” rekkefølgen skal man tolke informantenes forestillinger.

En vanlig oppfatning blant kvinnene er at enkelte ting helst bør være på plass før man får barn. Dette kan være fast jobb, hus eller trygg økonomi, ting man normalt ikke har tilgjengelig i tilværelsen som student. I tillegg oppfattes selve kombinasjonen av studier og omsorg for et barn som nokså utfordrende for flere, i størst grad gjelder dette studentene på sykepleie. På ulike måter beskrives studenttilværelsen som en periode der man ikke ønsker å måtte fokusere på barn og familie. Opplevelser, reiser, muligheten til å ta seg en fest, det å ikke ha noen begrensninger, jakten på nye erfaringer, tid som trengs til studiet og praksis er eksempler på ting av større viktighet i den nåværende fasen av livet. Kvinnenes avgjørelser på dette området kan være påvirket av en norm om at studenter ikke bør bli foreldre før de har gjort seg ferdig med utdannelsen (Lappegård, 2006). Sykepleiestudent Sandra mener imidlertid det handler om en generell følelse av trygghet og stabilitet:

*”Jeg synes det er greit å ha kommet godt i gang med jobben og at jeg føler meg sikker på alt som skjer rundt meg. Jeg vil helst føle meg litt mer etablert, både økonomisk og i forhold til jobben. Som nyutdanna er det så mye som må læres og det er så mye som*

*må tas inn når man kommer ut i arbeidslivet. Det er vel noe med at jeg synes det er deilig å kunne være litt mer stabil sånn generelt”(Sandra, sykepleie)*

På ulikt vis gir kvinnene uttrykk for at de forholder seg til denne gitte, ”riktige” rekkefølgen. Bevisst eller ubevisst planlegger de enten i tråd med den eller avvikende fra den. Den bestemte rekkefølgen ser ut til å være den naturlige og legitime måten å planlegge livsløpet ut i fra. Å ikke handle i tråd med den, er å ta et utradisjonelt valg.

### **5.2.1 Sykepleiestudentene: ”En fot innenfor arbeidsmarkedet”**

Sykepleiestudent Sandra har en plan om å få barn når hun er et sted mellom 28 og 32 år. Hun vil vente til omstendighetene er mer stabile rundt henne, samtidig ønsker hun ikke å vente for lenge. Det er uaktuelt å få barn som førtiåring. I tillegg til å være ferdig med utdannelsen er det viktig for henne å ha fått reist, at hun er sammen med ”den rette” og at hun føler seg mentalt forberedt. Disse tingene mener hun riktignok henger nøye sammen. Sandra tenker at hun er mentalt forberedt den dagen hun ikke lenger føler at et barn virker hemmende på henne. Med det mener hun først og fremst den dagen hun er ferdig med reisene og opplevelsene. Hun ønsker ikke senere å sitte med en følelse av at det var ting hun ikke fikk gjort. I tillegg nevner hun mangel på stabil økonomi og ugunstig bosituasjon som grunner til at det på nåværende tidspunkt ikke passer å få barn. Hun kan ikke se for seg at hun verken orker eller klarer å ha barn nå. Hun vil vente:

*”Jeg har alltid tenkt at hvis jeg blir gravid nå i løpet av studietida, så tar jeg jo bare abort, jeg har tenkt at det er et enkelt valg. Men den refleksjonen rundt det, jeg har tenkt mer over dette etter jeg begynte på sykepleie, det med hvor vanskelig det valget faktisk kan være å ta. Men jeg har jo venner som har tatt abort fordi livssituasjonen tilsier at det ikke vil passe med barn. Det har gått veldig bra med dem” (Sandra, sykepleie)*

Siri ser det likeledes som ideelt å være ferdig med sykepleieutdanningen før hun får barn. Det er en forutsetning at hun også har en mann hun er trygg på i tillegg til at det er viktig å ha en fot innenfor arbeidsmarkedet. Hun føler seg fremdeles for ung til å håndtere barn på fulltid, en oppvekker hun fikk etter å ha jobbet på småbarnsavdelingen i en barnehage. Helst vil hun

også ”reise fra seg” og oppleve enda mer før hun får barn. Dessuten føler hun seg ikke mentalt moden nok:

*”Det er klart at man har litt de derre babysjuke tidene også blir man litt klok også tenker man ”jeg tror kanskje jeg venter litt”. Jeg har jo bekjente som er like gamle som meg som er tobarnsmødre og jeg skjønner ikke hvordan de klarer det, men all respekt til dem.”(Siri, sykepleie)*

For Siri har det alltid vært uaktuelt å få barn under utdanning. Hun har bestemt seg på forhånd, hun skal gjøre seg ferdig først slik at hun har ”ting på stell”. På tross av at hun alltid har vært veldig glad i barn, mener hun det aldri har vært noen problemstilling for henne. Slik sett avspeiler refleksjonene oppfatningen om den naturlige, riktige rekkefølgen når det gjelder å utdanne seg, reise og oppleve, få barn og begynne i jobb. At hun på et tidlig tidspunkt har bestemt seg for ikke å få barn under utdanning, kan vitne om at hun forholder seg til en norm om at man skal vente, samtidig som det også virker emosjonelt og materielt basert. På nåværende tidspunkt har hun uansett ikke partner eller føler seg aldersmessig klar for barn.

Både Sandra og Siri bekrefter en antakelse om at å utsette moderskapet er en strategi for å rekke å oppnå ”en del ting” før man etablerer seg med familie (Brannen m.fl., 2002d). Disse kan for eksempel være reising og lignende opplevelser og det å leve livet litt alene med en partner. Ved siden av er det enkelte ting som oppfattes som fornuftig å ha bak seg, ting som assosieres med det å være ung. Dette handler hovedsakelig om at man er under utdanning, har dårlig økonomi og ugunstig bosituasjon.

Passende tidspunkt for å få barn bestemmes for Solveig etter når det er mest gunstig jobbmessig å ha permisjon. Å vente til etter endt utdanning er en selvfølge. Både for hun og partneren er begynnelsen av karrieren et lite ønskelig tidspunkt å få barn på, da hun er opptatt av at man har masse å lære som både krever tid og ressurser:

*Nå høres det ut som jeg er DEN planleggeren, men jeg har hvert fall planlagt å begynne med unger to år etter endt utdanning. Da vet jeg at jeg har jobbet meg opp litt. Jeg vet at etter to år som sykepleier, så har du litt mer erfaringer, og det er enklere å komme tilbake etter permisjon, du er liksom ikke så fersk, og det ser jeg som ideelt. Det som ikke er ideelt, det må være å få barn før eller under utdanning. Da ser*

*jeg for meg at du må ha ganske sterk vilje for å komme deg gjennom utdanningen, og man må være villig til å fullføre for å klare det” (Solveig, sykepleie)*

I intervjuene med sykepleiestudentene opplever jeg at alle ønsker å være ferdig med utdanningen før de får barn. I tillegg vil de rekke å etablere seg på arbeidsmarkedet, helst vil de jobbe i ett til to år. Det er viktig å ”ha kommet godt i gang med jobben” og å føle seg sikker på det som skjer der. Både Sandra og Solveig er opptatt av at det er mye å sette seg inn i den første perioden som sykepleier, noe som tilsier at jobben vil kreve mye ekstra tid. Det økonomiske aspektet ved å ha en jobb står også sentralt, både for kvinnenenes eget og barnets beste.

Det er mulig at etablering innenfor yrket særlig er viktig for studentene på sykepleie fordi den kommende arbeidssituasjonen, spesielt arbeidstiden, tidvis kan være en utfordring. Det er viktig å venne seg til omstendighetene innenfor yrket og å få muligheten til å stabilisere potensielt uforutsigbare arbeidsforhold før man får barn. Etter hvert vil man i stor grad ha gjort seg kjent med jobbsituasjonen og vil kunne planlegge blant annet i forhold til partners arbeidstider, og hva som er gunstig stillingsprosent i forhold til tid til familie og økonomi. Som sykepleier er det vanskelig å få fast jobb som nyutdannet, så det vil også av den grunn være lurt å ha noen år til å orientere seg før man har en familie å ta vare på.

Utsettelse av barn til etter endt utdanning er i tråd med hva tidligere forskning på fertilitetsatferd i Norge viser (Lappegård, 2006). At flere kvinner velger utdanning før barn er verken nytt eller spesielt overraskende samfunnsutviklingen tatt i betraktning. En studie viser også økende utdanningsforskjeller mellom tidspunktet for å bli mor blant yngre kohorter, noe som kan tyde på at uforenligheten mellom jobb og barn/familie ikke har blitt mindre (Lappegård, 2006).

Utsettelse av det å få barn kan videre knyttes til individualiseringsprosessene moderniseringen hevdes å bringe med seg. At kvinner utsetter å få barn, først og fremst til etter endt utdanning, relateres gjerne til et press på at man selv må lage en plan for hvordan livet skal se ut både på kort og lang sikt, samt økende krav og forventninger forbundet med moderskap. Beck og Beck-Gernsheim (1995) hevder at behovet for å planlegge i økende grad intervensjoner i kvinners liv og i deres holdninger til det å skulle være mor. Moderne, individualiserte kvinner er bevisste sine styrker og svakheter og opptatt av å ta de riktige avgjørelsene for de riktige

grunnene i forhold til barn. Avgjørelsen skal være godt gjennomtenkt, basert på nøye overveielse av forhold som for eksempel utdanning, jobb, økonomi og forhold til partner (Beck & Beck-Gernsheim, 1995). Virkningen blir at et liv med barn oftere utsettes.

### 5.2.2 Medisinstudentene: Ikke for ung og ikke for gammel

Enkelte av kvinnene på medisinstudiet er mer åpne for at å få barn under utdannelsen enten kunne vært ønskelig hadde andre forhold ligget til rette eller hadde ”gått greit” selv om det ikke var ønsket i utgangspunktet. Medisinstudent Maja kunne godt ha tenkt seg barn mens hun studerte, hadde det ikke vært for at enkelte ting stod i veien:

*”Jeg hadde lyst på barn en periode, jeg tenkte det hadde vært fint, men ting har blitt litt annerledes enn det jeg tenkte i utgangspunktet, så jeg får bare ta det herfra. Jeg tenkte at det kom til å gå, men så flyttet kjæresten min av gårde fordi han fikk jobb et annet sted, og da var det ikke aktuelt i det hele tatt. Det er egentlig ikke bevisst, men det har liksom endt med at nei, det er veldig greit å vente til man er ferdig fordi det er praktisk og enkelt og i tillegg bor han oppi der så. Også er det godt å være student og bare ha seg selv å tenke på, det er jo det”(Maja, medisin)*

Maja har måttet tilpasse ønsket om barn etter omstendighetene. Når det å få barn under studiet ikke lot seg gjøre tenker hun at det gjerne kan skje etter siste eksamen. Da kan man ta det som det kommer, som hun sier. Samtidig er hun opptatt av de økonomiske fordelene ved først å ha jobbet i seks måneder, noe som gjør det hele litt mindre tilfeldig:

*”Fødselspengene skiller jo veldig mye penger da. De gjør at man kan klare seg veldig greit i motsetning til ikke å greie seg selvstendig i det hele tatt. Jeg synes at når man har muligheten til å planlegge så kan man jo godt gjøre det”(Maja, medisin)*

Det rasjonelle med å planlegge knytter hun først og fremst til det økonomiske aspektet. Selv om hun sier det hadde gått greit hadde hun blitt gravid i dag, er det viktig å få jobbet nok til å få fødselspenger. I forlengelsen av å forholde seg til en ”riktig rekkefølge” i refleksjonene rundt når det passer å få barn, virker det som om også Maja forholder seg til en slik norm. Hadde forholdene ligget til rette for det hadde hun kanskje brutt med denne oppfatningen. I likhet med medisinstudentene Marie og Martine har hun en relativt avslappet holdning til det

å få barn selv om ikke alt er ”på stell” i forhold til jobb, hus og økonomi forøvrig. Hun ville funnet en løsning på det, ”*slike ting ordner seg alltid av seg selv, på ett eller annet vis*”. Hun nevner ikke spesifikke situasjoner bortsett fra rett før siste eksamen der det ikke ville passet å få barn. Ting som det å reise og oppleve ting har heller ingen stor verdi for henne. Likevel, da de ønskelige forhold ikke var ordnet var alternativet med å vente igjen det fornuftige. Slik hun fremstiller det nå ser hun det uansett ikke som ideelt å få barn når man er så ung som hun var og har et langt studium foran seg.

Også medisinstudent Marie kunne gjerne fått barn som student. For henne handler det imidlertid mest om å være ferdig med reising og opplevelser. Hadde hun gjort unna dette da hun var yngre, ville ikke nødvendigvis studenttilværelsen hindret henne. Slik det er nå er hun ikke klar for å gi opp studentlivet med muligheten til å ta seg litt fri, reise, feste og kose seg. ”*Man er fortsatt ung, liksom*”, påpeker hun. Imidlertid er barn det første hun skal få etter utdannelsen. Hun vil gjerne stifte familie så fort som mulig, helst før hun må lete etter jobb. I denne sammenheng representerer Maries refleksjoner et eksempel på en alternativ logikk i forhold til tidspunkt for å få barn og til å forholde seg til arbeidsmarkedet:

*”Jeg ser det som en positiv ting å få barn før man går ut i jobb fordi arbeidsgiver da vet at jeg ikke kommer til å jobbe i seks måneder og så få en unge. Da kan de kanskje stole litt mer på at jeg er der en stund fremover. I tillegg tenker jeg at da får jeg ikke vent meg til å jobbe uten barn, da vet jeg ikke hvordan det er!” (Marie, medisin)*

Marie har valgt en omvendt prioritering. Hun virker bevisst når det gjelder arbeidspraksisen i yrket hun skal inn i og ser det derfor som lurt å planlegge litt annerledes hvis hun skal få til alle tingene hun har lyst til. Hun uttrykker mye vilje og selvtillit, ingenting skal måtte vike for noe annet. Hun innser at det kan virke urealistisk for andre, men det spiller ingen rolle, hun skal klare det. Det siste året med studier vil hun og mannen bruke til å ”*reise fra seg*” og ”*bli ferdig med en del ting*”. Etter det er altså første prioritet å få barn, helst flere. Så kommer turnus og jobb:

*”Fordelen med å få barn før jeg begynner å jobbe er jo også at jeg ikke trenger å bekymre meg for om et eventuelt vikariat går ut. Man får jo ikke jobb mens man er gravid, tenker jeg da, så jeg ser på det som en fordel å være ferdig med det i den*

*jobbsøkeperioden. Jeg kan jo kanskje ikke få tre barn før jeg begynner å søke jobb, men jeg kan lure folk, vet du, sånn at andre tenker å, hun har fått to barn allerede, hun skal sikkert ikke ha flere, haha” (Marie, medisin)*

I fortolkningen av Maries refleksjoner rundt når det vil passe å få barn bør det tas hensyn til presiseringen om at hun nok hadde tenkt annerledes hadde det ikke vært for tryggheten som ligger i at mannen har jobb og stabil inntekt. Det utgjør hovedpremisset for hennes noe utradisjonelle plan. Mannens yrke gjør at Marie føler hun står friere når det gjelder valget om når hun vil ha barn og familieliv kombinert med jobb. Hun sier hun kan gjøre litt som hun vil, at det blir opp til henne. Sannsynligvis handler dette om at jobben hans gir rom for at han kan være tilstede for barna på ettermiddags- og kveldstid, ikke minst i helgene. For Marie vil ikke dette alltid være tilfelle. Som nyutdannet lege belager hun seg på periodevis å måtte jobbe både kvelder, netter og helger.

Marie er den av kvinnene som i størst grad avviker fra å følge en gitt eller ”riktig” rekkefølge i planleggingen av tiden fremover. Som det fremgår senere i analysen er hun også den av medisinstudentene med de største ambisjonene om å gjøre karriere ved siden av å ha en stor familie. Dette krever innsats og kreativitet. Forskjellig fra Marie er Marit, som tenker at barn passer først etter studiene, etter hun har fått jobb, bor med en partner og ikke minst føler seg mentalt og aldersmessig klar for det.

Felles for medisinstudentene er opptattheten av ikke å være for ung, men heller ikke for ”gammel”. Det sistnevnte er særlig viktig. Uten at Marit har et bestemt tidsaspekt på hvor lenge hun ønsker å jobbe før hun får barn sier hun: *”men jeg vil jo ha mitt første barn før det blir altfor sent”*. I utgangspunktet gir de også uttrykk for at det egentlig kanskje aldri kommer til å passe, refleksjonene går mest på når det vil passe *best*:

*”Jeg tror ikke det passer noen gang. Jeg får bare prøve å få det til å gå sånn passelig til. Jeg tenker det passer best etter turnus for da har jeg fått penger og ikke blitt så gammel, også vil jeg jo gjerne ha flere barn så da må jeg jo begynne en gang” (Martine, medisin).*

Slik forteller Martine om hvordan det er vanskelig å planlegge dette med barn utover ønsket om å ha nok penger og ikke være for gammel. Samtlige ønsker medisinstudentene seg mellom tre og fem barn og ser det som en fordel å få sitt første før de er fylt 30 år.

Selv om også medisinstudentene er opptatt av faktorer som jobb og økonomi i forhold til når det passer å få barn, vektlegges ikke erfaring og sikkerhet i arbeidslivet på samme måte som blant sykepleiestudentene. Medisinstudentene gir inntrykk av at det å ha en jobb først og fremst er viktig fordi det er fornuftig å ha en inntekt. Dette med tanke på å kunne kjøpe seg en bolig og ha råd til å ta vare på barna. Det går mer på det å ha stabil økonomi enn å faktisk ha begynt å jobbe. Tre av kvinnene på medisinstudiet planlegger å bli allmennleger. Kanskje føler de seg i større grad enn sykepleiestudentene sikre på hva de går til i forhold til arbeidstid og øvrige vilkår i jobben. Det kan synes å virke inn på deres rasjonalitet på den måten at de i mindre grad enn sykepleiestudentene er opptatt av å skaffe seg arbeidserfaring før de får barn.

### **5.2.3 Barn som planleggingsprosjekt?**

Både lege- og sykepleiestudentene er fast bestemt på å bli mødre så snart forholdene tillater det. Det er ikke dermed sagt at kriteriene for når det passer er de samme. Slik vi har sett er strategiene for utsettelse av ulik karakter. Studentene på sykepleie er opptatt av først å gjøre seg ferdig med utdannelsen. I tillegg erfarer det å reise og oppleve som attraktivt. De er opptatt av stabile forhold rundt seg, for eksempel i forhold til økonomi og bosituasjon. En snakker om å ha ”ting på stell” og sikter med det til ønsket om først å ha en fot innenfor arbeidsmarkedet. En annen er mest opptatt av sin egen person og det å føle seg mentalt klar og moden nok. Felles for de alle er imidlertid preferansen for å ha begynt å jobbe. Passende tidspunkt for barn er verken under utdanning eller i begynnelsen av karrieren.

Medisinstudentene uttrykker en mer avslappet holdning i forhold til å måtte ha ”ting på stell” før de får barn. Dette gjelder for eksempel jobb- og bosituasjon. De er likevel opptatt av forhold som økonomi. Fordelen med fødselspenger er sentral, og det anses dermed som rasjonelt å vente med barn til man har jobbet i seks måneder. Ikke alle er fremmede for ideen om barn under utdannelsen, men å vente blir i dag vurdert som det mest praktiske. Det er ikke ønskelig å være for ung. En av studentene er opptatt av fasen da man kan reise og kose seg, fasen da man lever ”studentlivet”. Dessuten må man føle seg mentalt og aldersmessig klar for barn. Å være ”gammel” blir heller ikke framført som særlig heldig. Felles for



medisinstudentene er en holdning om at det kanskje egentlig aldri vil passe så veldig bra. Når man først skal planlegge er det imidlertid positivt å ha det stabilt økonomisk.

Tross preferanser for når det vil passe å få barn, samt oppfatninger av hva som bør være på plass, er det lite som fremsettes som barrierer for å skulle få barn i det hele tatt, eller å få det antall barn man i utgangspunktet ønsker seg. Barn skal det være, og barn skal det bli.

Jeg opplever at informantene, i tråd med Ravens (2005) oppfatning, forsøker å balansere mellom såkalte *relasjonelle* og *individualistiske* verdier. Ravn (2005) hevder, som vi har sett, at det eksisterer en spenning mellom disse i den norske kulturen som vil påvirke kvinners oppfatning av når det vil passe med barn. På den ene siden forventes det av kvinnene at de er uavhengige og skaper meningsfulle liv for seg selv. På den annen side representerer også barn og familie grunnleggende verdier. Det er barn og familie det fokuseres på når kvinnene forteller om planer etter utdanning og tiden som kommer. Å skape meningsfulle liv for seg selv innebærer nemlig å få barn. Etter utdanning virker dette for mange som neste steg i ”selvrealiseringsprosessen”.

Når det er mange ting som både ønskes og forventes gjennomført og erfart oppstår gjerne et behov for å planlegge (Beck-Gernsheim, 1996). For å løse spenningen mellom de to verdisystemene, å både være mor og yrkeskvinne, fremstår det å legge en plan som den rasjonelle måten å gjøre det på (Ravn, 2005). Kvinnenes refleksjoner tyder på at dette gjøres med utgangspunkt i det jeg tidligere har omtalt som den ”naturlige rekkefølgen”, den kulturelt riktige, mest sosialt aksepterte måten å planlegge ut i fra og forme livet sitt etter. Bare én av informantene ser for seg en annen tidsplan i forhold til når hun skal få barn og begynne i jobb.

I den sammenheng kan man stille spørsmål ved hvorvidt kvinnene *egentlig* planlegger dette eller om planen allerede ligger der foran dem, klar til å følges. Slik vi har sett når det gjelder begrunnelsen for *hvorfor* kvinnene ønsker seg barn, er denne rekkefølgen et *kulturelt naturalisert* fenomen det har blitt vanlig å forholde seg til (Ravn, 2005). Man kan si at tidspunktet for når man for eksempel ønsker å ta utdanning, få barn og finne seg et yrke allerede er gitt, selv om kvinnene i prinsippet står fritt til å planlegge og til å ta egne valg.



## 6 MODERSKAP

“*Moderskapet er livet*” - Sigrid Undset<sup>5</sup>

Hva er moderskap? Elisabeth Badinter (1981) mener begrepet henspiller både på svangerskapet, den tidsbegrensede fysiologiske tilstand, og på et handlingsprogram som strekker seg over et lengre tidsrom: omsorgen for barnet og oppdragelsen. En god mor sørger ikke bare for mat og renslighet, hun elsker barnet og uttrykker kjærligheten på riktig måte. Når moderskapet ikke bare omfatter barnets fysiske behov, men i tillegg psykologisk omsorg og oppdragelse, ekspanderer ekspertisen og kravene til moderskapet. Dette betyr samtidig at risikoen for å feile øker (Ellingsæter, 2004).

Beck & Beck-Gernsheim (2002: 120) hevder unge i dag vokser opp med både *muligheter* og *krav* til å ha ”*a life on one’s own*”. En konkurranse oppstår i et individualisert samfunn mellom ønsket om å ha barn og andre krav og muligheter. De mange mulighetene gjør valgene som former ens liv i mange år fremover tyngre og tyngre. På denne måten blir moderskapet først utsatt, så kanskje oppfylt senere, kanskje utsatt i uendelig tid, eller kanskje til slutt undertrykt til fordel for andre mål (Beck & Beck-Gernsheim, 2002: 122).

Foreldre må gjøre alt for å gi barnet den beste starten i livet. Et kulturelt press fører til økt fokus på å gjøre ting riktig i forhold til omsorg og oppdragelse. Barnets suksess defineres som foreldrenes, særlig morens, plikt og ansvar (Beck-Gernsheim, 1996). Videre forventes det i økende grad at kvinner deltar i arbeidslivet, uavhengig av hvilke forpliktelser de måtte ha overfor familie. Slik kombineres to livsløpsfaser som to likestilte karrierer: moderskap og arbeid (Brannen m.fl., 1997).

De fleste kvinner fortsetter imidlertid å bli mødre. I flere studier refereres det til moderskap som ”meningen med livet”. Reproduksjon av gener, barn og moderskap er symboler på forpliktelse til en partner (Bergnéhr, 2008).

---

<sup>5</sup> <http://www.ordtak.no/index.php?v=sitat&fn=Sigrid&en=Undset>

## 6.1 Vil kvinner være mødre?

Jeg spør informantene om hvordan de ser på det å skulle bli mor og hvordan de tror det å være mor vil påvirke deres eget syn på seg selv og egen identitet. Medisinstudent Marie er den av kvinnene som i størst grad uttrykker at hun gleder seg til å tre inn i mammarollen. Om moderskapet sier hun: *”Jeg tror det blir flott. Jeg føler at det alltid har vært en del av meg, at det egentlig bare kommer til å fullbyrde noe jeg har hatt lyst til å få gjort”*(Marie, medisin)

For Marie er moderskapet selvsagt. Mor skal hun bli, uansett. Dette ønsket har ligget der naturlig lenge. Ved siden av å ville ha tre barn, har hun en ambisjon om å bli skikkelig god innenfor et av medisinfagene og har relativt høye karriereambisjoner. Hun sier det er noe med å oppfylle alle mulighetene mennesket har, alle mulighetene med seg selv: få en stilling man er fornøyd med, en karriere og familie. De er alle måter å prestere sitt ytterste på, hevder hun. Moderskapet, på samme måte som å fullføre medisineducasjonen, å sanke erfaringer og opplevelser gjennom reising og senere klatre til topps innenfor yrket, gir en følelse av mestring. Det er ikke enten eller, men begge deler og enda litt til, noe som kan forklare Maries ønsker og kontante planer om tidspunkt for barn. Oppfatningen av moderskapet kan minne om hvordan Martine snakker om et liv uten barn, som en følelse av mislykkethet, som en oppgave i livet man ikke får til. Slik bekrefter de begge en antakelse om moderskapet og det å få barn som en del av det man kan kalle en selvrealiseringsprosess (Fjell, 2002).

Sykepleiestudent Siri ser i likhet med de andre moderskapet som noe viktig. Imidlertid vektlegger hun først og fremst det med å være en ”god mor”. Forskjellig fra Marie fremstiller hun moderskapet mest som en jobb det er viktig å utføre på en riktig og god måte, enn noe som vil være tilfredsstillende for henne personlig. Hun forteller at hun tror rollen som mor vil endre henne, men forklarer også dette ut i fra ytre plikter og gjøremål som medfølger morsrollen:

*”Du går fra en helt annen rolle ved å være barnløs til å bli mor. Du har jo ett, to eller tre liv ekstra å ta vare på, og du kan liksom ikke bare tenke på deg selv, så det er klart at man skifter identitet, fra å være en som kan leve livet akkurat som man vil til begrensninger med å ha barn. Derfor tror jeg det er viktig at man prøver å opprettholde gamle vaner kombinert med nye, så man ikke settes helt utenfor med en gang man får barn”*(Siri, sykepleie)

De to skildringene av hva som gjør moderskapet attraktivt avviker fra hverandre. Ulikt fra Marie uttrykker ikke Siri den samme personlige tilfredsstillelsen ved å være mor, det ved moderskapet som gir mestringsfølelse. Hvordan det vil påvirke egen identitet handler mest om det nye ansvaret som følger med et barn og rollebyttet fra å være ”fri” til å leve mer ”begrenset”.

Medisinstudentene Marit og Maja ser moderskapet i sammenheng med legeyrket, og mener det å ha barn sender et positivt signal om at man ”nyter livet” ved siden av yrket, at man ikke bare prioriterer jobb, men at man også er glad i livet ved siden av. Å være mor for flere barn mener de særlig kan oppfattes som et tegn på at man har stor kapasitet. Selv om det på den måten kan knyttes en viss status til det å mestre både morsrollen og legerollen tror ingen dette er grunnen til at man får barn.

I en studie av kvinners tilnærming til moderskap finner Richardson (1993) at kvinner ofte erfarer at de ikke blir sett på som annet enn mødre og at man opphører å bli behandlet som et individ i seg selv. Dette til tross for at man fortsetter i jobb og velger å dele omsorgen for barnet med den aktuelle partner. En informant i studien syntes det var vanskelig at folk som så henne som mor ikke anerkjente henne som en profesjonell yrkeskvinne, og at folk som så henne som profesjonell yrkeskvinne ikke anerkjente henne som mor. Dette beskriver en kanskje kjent situasjon for flere kvinner ettersom de aller fleste i dag kombinerer disse rollene (Lappegård, 2001). Mine informanter er relativt unge og foreløpig uten barn. Av den grunn vil de ha vansker med å sette seg inn i yrkesaktive mødres opplevelser av det å savne å ha en uavhengig identitet fordi moderskapet blir det sentrale i hvordan andre ser dem. Alle ønsker de imidlertid sterkt å bli mødre, og de har mange tanker og ideer om hvordan de vil oppleve moderskapet. I tillegg planlegger de å kombinere dette med en aktiv yrkeskarriere. Identitetsspørsmålet, konseptet med moderskap som sentralt for kvinners identitet, bringes i liten grad inn i refleksjonene deres når vi snakker om barns betydning for identitet, begrensninger, berikelse og synet på seg selv. For medisinstudentene Marit og Maja er moderskapet noe de først og fremst ser på som en fin *opplevelse* og en spennende *rolle* de ønsker å erfare:

*”Jeg tror den rollen kommer til å bli veldig spennende og veldig fin. Jeg gleder meg mye til det. Det blir en helt ny rolle, samtidig som det blir litt godt også, jeg liker å bry meg om andre og ta vare på andre mennesker, så jeg tror det blir veldig koselig. Men*

*jeg tror det kommer til å være utrolig mye mer utfordringer enn man tenker, og at den rollen som mor som man drømmer om ikke er så veldig lett når man kommer dit”(Marit, medisin)*

*”Jeg ser på det som en veldig fin ting å oppleve. Det er bare noe jeg har lyst på. Den rollen har stor verdi for meg. Også ser man jo at det er fryktelig mange som greier å være mor veldig fint, så hvorfor skulle ikke jeg få det til? Men det er ganske skummelt også”(Maja, medisin)*

Det at så mange kvinner ønsker å bli mødre er av Jensen (1995) blitt relatert til ”myter om moderskap”. Jensen hevder både menn og kvinner utsettes for myter om moderskap og faderskap, myter ingen (muligens ubevisst) er villige til å forlate. Mødre har de beste ferdighetene når det kommer til barn, mens fedre i mindre grad defineres som omsorgspersoner. Mytene binder kvinner og mødre til barn og kvinnelighet til moderlighet. En tidligere undersøkelse av svenske kvinner viser for eksempel at de erfarer motstridende følelser når mannen ønsker å dele foreldrepermisjonen likt, selv når disse er sterkt arbeidsorienterte kvinner. Selvbildene som mødre ser ut til å bli truet når kvinnene ikke lenger er hovedpersonen i deres barns liv (Bergnéhr, 2008).

Kvinnene jeg har intervjuet er, som vi har sett, veldig innstilt på å skulle bli mødre så snart de føler tiden er inne for det. Det er også tydelig at de forholder seg til en kulturell forventning om at kvinner på ett eller annet tidspunkt i livet ønsker dette. Det kan virke som om også flere ting henger ved dette bildet av kvinner som mødre, spesielt i forhold til hva kvinnene selv forventer. I likhet med de svenske kvinnene uttrykkes blandede følelser i forhold til å skulle dele foreldrepermisjon og muligheten for at far fremfor mor jobber deltid. I forhold til permisjon sier medisinstudent Martine hun helst vil ha mest, men at kjæresten hennes ”*kan få litt*”. På tross av at han sikkert vil komme til å ønske seg halvparten vet hun ikke om hun klarer å gi fra seg så mye, og konkluderer med at det må bli et sted mellom halvparten og det han *må* ha. I forhold til hvem som eventuelt skal jobbe deltid mens barna er små sier hun:

*”Jeg tror jeg hadde synes det hadde vært veldig feil, litt sånn ”god mor greie”, at jeg føler det er jeg som må være hjemme. Hvis jeg får velge vil jeg selvfølgelig det skal vært meg som jobber deltid, men han er nok åpen for å gjøre det han og. Jeg tror jeg vil trumfe gjennom at det skal bli meg”(Martine, medisin)*

De andre kvinnene har varierte meninger dette. To uttrykker at de i utgangspunktet ønsker å ha hele perioden selv, men innser at det er viktig for barnets del at den deles med far. En annen ser for seg at det bare blir hun som er hjemme, hovedsakelig fordi det er vanskelig for partneren hennes å være borte fra jobb. De andre fire er fullt innstilt på likedeling av permisjonen, og mener det vil være best både for mor, far og barn. Det uttrykkes som viktig både for at barnet skal få lik tilknytning til begge foreldrene og for at foreldrene skal slippe å være borte fra jobb i et helt år.

Å være mor for små barn og til enhver tid skulle være tilstede og ta vare på dem kan for noen kvinner føles som en ensom og isolerende prosess. I større grad enn før har hjemmet blitt en privat sfære separert fra jobb- og underholdningsverdenen, og man har ikke mennesker rundt seg til alle tider (Richardson, 1993). For norske kvinner i dag vil dette først og fremst gjelde når barna er veldig små og enda ikke har begynt i barnehage. Dessuten er det blitt vanligere å dele omsorgen for barna med barnefaren, det forsøksvis likedelte foreldreskapet står som vi har sett sentralt i norsk politisk debatt. Heller ikke alle vil føle det å være alene som et problem. For noen kvinner vil muligheten til å være litt alene oppleves som noe positivt, som en pause fra stresset i en krevende jobb (Richardson, 1993). Å være alene med moderskapet og det store ansvaret er imidlertid noe annet.

I intervjuene med kvinnene kommer det tydelig frem at det å være alenemor ansees som tungt, vanskelig og svært lite ønskelig. *"Jeg vil hvert fall ikke være alenemor"*, sier sykepleiestudent Siri. Medisinstudent Marie er opptatt av utfordringen det ville være i forhold til yrket hennes.

*"Det kjedelige med yrket er å se for seg at man skal jobbe kvelder og netter og sånn, at det kan gå utover tilstedeværelsen for barna, men så er man jo to om jobben, og det at han (mannen hennes) har en såpass trygg og stødig jobb med mye fri er jo på en måte sånn sett det som trygger meg da. Jeg kan ikke gjøre jobben alene"*(Siri, medisin)

Sandra på sykepleiestudiet uttrykker at det er viktig at det er en partner med i bildet:

*"Jeg ser ikke for meg noe annet som kan få meg til å velge bort barn enn at jeg ikke har noen å ha barn med. Så klart, hadde det blitt slutt mellom meg og kjæresten min"*

*skulle jeg ikke gått inn for å få barn til enhver pris. Det må jo være noen å ha barn med” (Sandra, sykepleie)*

Å være alenemor er åpenbart lite forenlig med å være i en krevende yrkessituasjon. Slik de uttrykker dilemmaet i forhold til tid med barna og behovet for å dele oppgavene med en partner kan det virke som at ideen om et delt foreldreskap der far er tilstedeværende ligger til grunn for kvinnenenes ambisjonsnivå, når det gjelder kombinasjonen moderskap og yrke.

## **6.2 Forestillingen om det kvinnelige**

For mange av kvinnene i studien til Fjell (2002) ser moderskapet ut til å konstituere en viktig del av kvinneligheten. Det å ha barn definerer det kvinnelige. Noen vil kunne oppfatte en voksen kvinne som har valgt å leve uten barn som en ufullendt kvinne, hun svarer ikke til kulturelle forventninger om at kvinner har et iboende intenst ønske om barn. Samtidig argumenterer flere, kanskje særlig barnløse kvinner, for at moderskapet ikke representerer det vesentligste element i forestillingen om det kvinnelige (Fjell, 2002).

Kvinnene jeg har intervjuet gir alle mer eller mindre eksplisitt uttrykk for at det å være mor er en naturlig del av livet. Derimot føler ikke alle at moderskap er koplet til det å være *kvinne*. Jeg spør dem om verdien av morsrollen og hvordan den eventuelt er viktig. Medisinstudent Marie forteller:

*”Jeg føler ikke det har noe spesifikt med det å være kvinne å gjøre, altså jeg liker jo tanken på det å på en måte skulle gå gravid og bære frem et barn, men det er ikke sånn at jeg føler det gjør meg så kvinnelig, det er det ikke” (Marie, medisin).*

En slik oppfatning er i tråd med tidligere studier som viser at kvinner ikke først og fremst betrakter seg selv som kommende mødre. I fremstillingene kvinner gir av seg selv er det utdanning, jobb og fritid som er av viktigst karakter (Bergnéhr, 2008). Moderskapets naturlighet kan kanskje i større grad koples til kvinners oppfatning av livsløpets, kjærlighetsforholdets eller personlig utvikling enn til det å være kvinne i seg selv. At moderskapet er noe som bringer noe helt nytt inn i livet virker også mer sentralt enn akkurat det kvinnelige aspektet. Morsrollen er både fin og spennende, noe helt nytt og uprøvd.



Sykepleiestudent Solveig gir uttrykk for dette: *"I forhold til å skulle bli mor er det er viktig for meg at jeg da kommer til et helt annet sted i livet, det er liksom et nytt nivå"*(Solveig, sykepleie). Sykepleiestudent Silje relaterer seg også hovedsakelig til noe annet enn det kvinnelige aspektet ved moderskapet: *"Det er vel mer det at det er noe jeg ønsker sammen med den jeg er sammen med da, at man kan ha noe sammen, som begge vil ha. Om det er en viktig del av det å være kvinne, det har jeg ikke tenkt på"*(Silje, sykepleie).

Medisinstudentene Martine og Marit mener imidlertid at når de ønsker seg barn, handler dette faktisk om det kvinnelige aspektet. Verdien av å være mor ligger tett opp til det å virkelig føle seg som en kvinne. For Martine kjennes det å skulle bære frem barnet og få være barnets mor viktig. Når man er mamma, da er man i *hvert fall* kvinne, mener hun. Å få lov til å være mamma i løpet av livet er viktig i seg selv. Derfor er hun også opptatt av å få sine egne biologiske barn. I forhold til det kvinnelige aspektet ved moderskapet skiller hun seg dermed fra medisinstudent Marie, som ikke forbinder dette med å være gravid og bære frem barnet med å føle seg spesielt kvinnelig. Moderskapet for Marie assosieres først og fremst med det å mestre noe og det å prestere sitt ytterste på. Slik blir det kvinnelige aspektet ved moderskapet mindre viktig enn det gjør for Martine, som på sin side ser moderskapet som del av det kvinnelige.

De to har også ulike innstillinger til prioritering av barn og familie generelt. De vil i ulik grad sette familie først. Martine er den som vil velge bort drømmejobben og karriere for å dyrke moderskapet, mens Marie ikke vil endre yrkesambisjoner for å få mer tid til familie. Martine er først og fremst innstilt på å bli mor samtidig som hun også vil være lege, mens Marie i større grad er opptatt av å ha en yrkesidentitet ved siden av det å være mor.

Det kvinnelige ved å bli mor bekreftes også av Marit. Hun tror det vil føles som en slags *utvikling* i forhold til det å være kvinne. Hun mener at man som kvinne har dette behovet, og at denne rollen slik sett kommer til å være veldig tilfredsstillende. En slik oppfatning kan tenkes å ha basis i en norm om at moderskap og omsorg for barn er "det kvinner gjør". "Normale" kvinner forventes å ha et instinkt som gjør at de ønsker seg barn og omfavner moderskapet (Richardson, 1993).



# 7 FAMILIE OG BARN I RELASJON TIL UTDANNING OG KOMMENDE YRKE

De fleste norske kvinner ønsker å leve et liv der de kan ha en ”dobbel agenda”. Dette har de i stor grad også muligheten til. De kan delta for fullt i arbeidslivet uten å måtte gi avkall på moderskapet. En studie av fertilitet og omsorg for barn i Norge viser at utdanning påvirker unge kvinners overgang til det å skulle bli mødre (Lappegård, 2006). Effekten av utdanning blant annet på tidspunkt for når man får barn kan relateres til utdanningsaktivitet, utdanningsoppnåelse og utdanningsfelt. Sammenhengen mellom utdanning og fertilitet er også nært forbundet med arbeidsmarkedet (Lappegård, 2006: 14).

## 7.1 Barn og utdanning – forutsetninger for å kombinere

Vi vet at det er en negativ sammenheng mellom lang, høyere utdanning og fertilitet når det gjelder *tidspunkt* for når kvinner får barn (Lappegård, 2006). Høye utdanningsaspirasjoner og den tiden det tar å oppnå disse utsetter overgangen til å bli mor. Det å skulle kombinere rollen som student og rollen som mamma byr på utfordringer som overgår hva kvinner flest anser som heldig. Dette fører til at de med høye utdanningsmål ofte velger å utsette moderskapet (Rindfuss, St. John & Bumpass, 1984: 981).

Samtlige av kvinnene jeg har intervjuet har høyere utdanning. Lengden på utdanningen er imidlertid forskjellig. Sykepleiestudentene studerer i tre år før de kan gå rett ut i jobb. Medisinstudentene studerer i seks år, og må deretter gjennom ett og et halvt år med turnusarbeid før de er arbeidsklare. Hvilke muligheter og begrensninger kvinnene selv erfarer at eksisterer i utdanningen med hensyn på kombinasjon med barn, kan være med å danne grunnlag for planer i henhold til familie.

### 7.1.1 Medisinstudentene: ”Alt går”

Medisinstudentene Maja og Marie sier de i utgangspunktet godt kunne tenkt seg barn hadde andre forhold ligget til rette. Maja var avhengig av at kjæresten ble boende i samme by, noe

han av jobbmessige grunner ikke ble. Marie har latt seg hindre av en del ting hun føler hun har ugjort. Mer reising, spesielt de store turene ut i verden gjenstår før hun tenker hun er ”ferdig” med dette. Hadde hun imidlertid gjort unna reiseopplevelsene som yngre hadde det vært aktuelt å få barn allerede som student.

Selve kombinasjonen av utdanning og et liv med barn uttrykkes nemlig ikke umiddelbart som spesielt problematisk verken av Marie, Maja eller de andre medisinstudentene. Samtlige forteller om medstudenter som har fått barn og som har klart seg greit og om gode ordninger i forhold til praksis. *”Jeg tror ikke nødvendigvis det er noe vanskelig”*, sier Marie. Det virker som om det problematiske går mer på å skulle gi slipp på friheten de har som studenter, en naturlig konsekvens ved å skulle ha omsorg for et barn. Det er først og fremst i forbindelse med å måtte gi avkall på studentlivet at *”det er mange tanker som surrer og går”*. Måten Maja forholder seg til det å få barn under studiet på er i stor grad beskrivende for holdningene blant kvinnene på medisinstudiet:

*”Alt går jo på en måte, man må bare prioritere litt. Jeg ser jo på kullet nå, med så utrolig mange som har fått barn, de får det jo til, de står på eksamen, de er med på ting ved siden av og det virker som de har det bra med kjærestene sine, så jeg tror det er gjennomførbart, ja” (Maja, medisin)*

Vi snakker en del om det å skulle kombinere utdanningen med barn. Selv om ingen av har valgt å få barn under studiet, uttrykker medisinstudentene seg selvsikkert og ubekymret om hvordan det ville vært hadde de faktisk vært mødre og studenter samtidig. Kanskje skyldes dette at flere rundt dem befinner seg i denne situasjonen, at kvinnene ofte får demonstrert at det er realiserbart og sådan et mulig alternativ. De anerkjenner at det virker slitsomt, og at det av ulike grunner vil være ”greiere” å få barn etter utdannelsen, men omtaler det ellers som noe som lar seg gjøre hvis man ønsker det.

Etter ytterligere vurdering blant kvinnene antydes imidlertid at strukturelle faktorer relatert til medisinutdannelsen kan skape hindre i forhold til å skulle ha barn. Martine nevner lange dager og mange obligatoriske kurs. Sammenlignet med andre studier, er det for medisinstudenter ikke er mulig å legge opp dagen sin selv. I den sammenheng tildeles partnere en avgjørende rolle hvis det skal være barn i bildet. Deretter kommer turnusperioden, et og et halvt år der kvinnene etter all sannsynlighet må flytte for å få jobb. Marie beskriver

hvordan dette utgjør den virkelige hindringen, mens hun ikke tror utdannelsen i seg selv står i veien for noen:

*”I vennegjengen jeg har på studiet snakker vi masse om barn! De fleste av oss er veldig babysjuke fra tid til annen, men det er alltid problemer hos noen i form av turnus. Det er vel turnusen som er bøygen for de fleste. Jeg tror ingen ville latt studiet stoppe dem hvis det ikke hadde vært ett og et halvt år hvor man må flytte” (Marie, medisin)*

Martine mener turnusen skaper et hinder for barneønsker med mindre man har en samboer som kan flytte med. Hun tenker det hele krever at man planlegger mye mer enn det hun selv har gjort. Hun bemerker at det er flere som gjør akkurat det, og at det kanskje er derfor mange medisinstudenter får barn under studiet, gjerne også i god tid før de skal ut i turnus. Marit formidler at venninnene hun har på studiet skiller seg fra venninnene hun har utenfor når det gjelder hvor mange som har fått barn og ikke. Hun forteller om gravide mager på forelesningene og hvordan det får henne til å begynne å tenke. Noen er riktignok et par år eldre enn henne, og noen har ”falt ned” fra kullet over på grunn av permisjon. Ellers hevder hun medisinstudentene ikke minst *snakker* mye om barn:

*”Det er ganske åpen prat om barn og mange som planlegger dette ganske nøye. Jeg skal ikke skjære alle over en kam, men mange medisinstudenter er veldig opptatt av å planlegge ting og de vil ofte ha ting til å skje sånn som de planlegger det” (Marit, medisin)*

Kvinnene snakker om det niende semesteret av utdanningen, semesteret som i all hovedsak handler om mor og barn. Etter mange besøk på fødestuer og barneavdelinger var det flere som kom tilbake med barn høyere opp på ønskelisten. I forhold til hvordan kvinnene tidligere har snakket om barn, fremgår det som ganske naturlig at samvær og observasjon både av nyfødte og yngre barn fremkaller økt lyst på familie. At de i tillegg lærer mye om barn og moderskap gjennom slik praksis, kan bidra til å gjøre kvinnene trygge på seg selv i forhold til tanken på en fødsel, å gi barnet hva det trenger og hvordan behandle og ta vare på det. Stort fokus, bevissthet og mulig økt selvsikkerhet rundt temaet om barn kan være bakgrunn for at

studentene i utgangspunktet ikke uttrykker kombinasjonen barn og utdanning som spesielt vanskelig, sett bort i fra noen strukturelle faktorer som mye undervisning og obligatoriske kurs. *”Det går an å ordne det til på en eller annen måte”*. Turnusen skaper imidlertid problemer.

Marit virker ikke ukjent med hvordan studiesituasjonen på medisin påvirker holdninger og ønsker om å få barn blant studentene. Martine erkjenner også hvordan semesteret med *”barn og graviditet og sånn”* påvirket henne så mye at kjæresten hennes til slutt ble lei alt snakket om barneplaner. Hun tror det biologiske de lærer fører til at barn tidlig blir ett tema blant kvinnene på medisinstudiet:

*”Jeg tror blant annet det er fordi vi blir pumpa fulle av hvor viktig det er å ikke vente for lenge. Også er det noe med det at man blir eldre under studiet fordi det varer så lenge. Det er jo mange som ikke har begynt på studiet med én gang, og plutselig er de litt oppi åra” (Martine, medisin)*

Få studenter kommer så tett på det biologiske aspektet ved barn som medisinstudentene. Det gjelder i stor grad også sykepleiestudentene, men ingen av disse skildrer denne påvirkningen på samme måte, som et slags indirekte press. Tidsmomentet er særlig fremtredende og det snakkes mye om når det, biologisk sett, lønner seg å begynne med barn: *”Jeg føler det påvirker meg, ja. Da vi hadde mye om mor og barn var det jo omtrent som at de oppfordret oss til å gå hjem og lage barn NÅ, som i at det er nå vi har muligheten. De sa faktisk det” (Maja, medisin)*

Ut i fra hva Marit og Maja forteller, kan det virke som om de opplever et press fra omgivelsene. I forhold til denne påvirkningen understreker Maja hvordan alt de lærer om det biologiske står i kontrast til trenden blant høyt utdannede kvinner med å få barn sent. Det kan tenkes at diskrepansen mellom de to typene påvirkning fører til ekstra mye refleksjon og overveielse hos medisinstudentene. Alle ønsker de seg i utgangspunktet flere barn, men vil helst unngå å være *”gamle mødre”*. Samtidig som de er opptatt av og bevisste på hva som lønner seg rent biologisk, må de forholde seg til valget de har tatt om en lang utdanningskarriere. Ingen oppgir at de tenkte på kombinasjonen med barn da de valgte å studere medisin. Senere i studieløpet har imidlertid både Marie og Martine reflektert rundt dette, særlig i forbindelse med at venner utenfor studiet har fått barn:

*”En periode tenkte jeg mye på at jeg skulle studere i så mange år og at jeg kom til å bli så og så gammel før jeg ble ferdig. Jeg tenkte på når jeg i det hele tatt kunne få barn og den greia der, men kom vel til den konklusjonen at jeg vel ikke ville være Så gammel, så det vil vel gå greit” (Martine, medisin)*

Medisinstudentene gir i utgangspunktet uttrykk for at kombinasjonen barn og utdanning virker overkommelig. Det er hovedsakelig forhold av mer personlig og sosial karakter som har hindret dem i å få barn i løpet av studiene: lysten til å reise, partner som av ulike årsaker ikke vil ha muligheten til å stille opp eller tvil i forhold til om man hadde klart å rive seg løs fra et barn overhodet. Jeg opplever en ”jeg kan, men ønsker ikke” holdning. *”Alt går, man må bare prioritere litt”*.

Etter nærmere ettertanke betraktes likevel strukturelle faktorer ved medisinstudiet som utfordringer ved en eventuell kombinasjon. Disse uttrykkes imidlertid ikke som primære hindringer. Blant medisinstudentene er det ikke umiddelbart noen grunn til å tolke sider ved selve utdanningen som årsak til at de har ventet med å få barn. Det handler mer om selve tilværelsen som student, en tilværelse der kanskje ikke alt som *bør* være på plass *er* på plass, der man er åpen for andre prioriteringer og man enda ikke har etablert seg. Dette henger sammen med normen om å følge ”en riktig rekkefølge” slik jeg tidligere var inne på. Maries planer avviker imidlertid fra dette. Hun vil ha barna først. Stabilitet er også et viktig aspekt. Det er viktig å ha ordnede forhold rundt seg. Maja er for eksempel opptatt av å ha økonomiske rettigheter ved fødselspermisjon.

At kombinasjonen studier og barn ikke er ønskelig ser i størst grad ut til å handle om at perioden som student er attraktiv slik den er, med friheten og uavhengigheten, og mindre om at det ikke vil være mulig å få til. Hvordan kan man dessuten klare å bruke tiden sin på studier når man har en baby liggende hjemme? undrer Martine. Riktignok er turnusperioden en stor forhindring i barneplanene og det som virkelig står i veien for å få barn. Den er et tydelig ytre forhold som innvirker på kvinnenens planlegging.

I utgangspunktet synes medisinstudentene det er negativt å skulle vente lenge før man får barn: *”Jeg vil jo gjerne ha flere, så da må man jo begynne en eller annen gang” (Martine, medisin)*. Likevel har de alle valgt å utsette dette til etter studiet og er i dag fornøyde med det. Atferden deres kan tolkes dit hen at avgjørelsen om å utsette er basert på begrensede valg. Bygget på en forestilling om adaptive preferanser (Elster, 1983) vil individuelle ønsker og

planer om barn kunne være påvirket av kontekstuelle faktorer og institusjonelle begrensninger (Levey, 2005; Abrahamsen, 2009). Valget om å vente med å få barn kan skyldes mangel på tilgjengelige muligheter ved at ulike forhold ikke har ligget godt nok til rette. I ettertid kan det være planene er omskrevet og man gir uttrykk for at det beste egentlig er å vente.

Det kan også tenkes at medisinstudentene, bortsett fra i turnusperioden, faktisk ikke ser det som spesielt problematisk å skulle ha et barn ved siden av studiene. Kanskje er de såpass forberedt på et intensivt studieløp når de begynner at utfordringen med barn blir mindre enn hva man kanskje kunne forvente. Å skulle følge det lange utdanningsforløpet kan ha innstilt dem på at de potensielt vil ønske seg barn i løpet av studiet, hvis andre forhold ligger til rette. Elster (1981) hevder vi tilpasser ønskene våre til hvilke valgmuligheter vi har for å unngå å ønske noe umulig. Kanskje vil kvinnene, uten nødvendigvis å være klar over det, se muligheter fremfor begrensninger, slik at naturlige hindringer ”forsvinner” og alternativer som det å få barn holdes åpne. En mulighet er at forestillingene deres er adaptive ved det at de inspireres av andre på studiet som har klart å kombinere utdanningen med barn. Holdningene til å kombinere vil således være formet av at de i større grad presenteres for mulighetene fremfor begrensningene.

Det er også en mulighet for at holdningene informantene gir uttrykk for vedrørende å kombinere barn og studier nettopp er holdninger. Disse vil ikke nødvendigvis være i overensstemmelse med hvordan de kunne komme til å erfare å være både mor og medisinstudent. I intervjuene med kvinnene får jeg inntrykk av at de er vant til å mestre mye av det de har satt seg mål om å få til. Silje uttrykker også hvor glad hun er i denne mestringsfølelsen og i å være ”*skikkelig god i noe*”. En mulighet er at dette danner bakgrunn for hvordan de forholder seg til utfordringer de møter i hverdags- og utdanningsliv og en innstilling om at ”*alt går*” og ”*det ordner seg*”. Hvilke muligheter kvinnene tenker at de har tilgjengelig kan være basert på en slik innstilling. Da blir naturligvis begrensningene i forhold til hva som vil la seg gjennomføre mindre, uansett hvilke strukturelle hindringer som måtte finnes. Dette kan forklare en viss ambivalens blant kvinnene i forhold til at ”*alt går*” versus bevisstheten om reelle utfordringer.

I forlengelse av dette kan de som faktisk kunne ønske å få barn som student, men ikke har fått det, i ettertid relatere dette til preferanser for følelsen av frihet og uavhengighet og muligheten til bare å ha seg selv å tenke på. Både Maja, Marie og Martine, som tidlig i intervjuet uttrykte at de ikke var fremmede for å få barn under utdanningen forteller senere om hvor stor pris de



setter på disse tingene. ”Det er jo godt å være student og bare ha seg selv å tenke på, det er jo det”, sier Maja.

### 7.1.2 Sykepleiestudentene: Praksis den største utfordringen

I intervjuene med sykepleiestudentene opplever jeg situasjonen som en litt annen. Den praktiske kombinasjonen av barn og utdanning fremstilles som svært vanskelig. I likhet med medisinstudentene viser de til at det er flere på studiet som har fått barn underveis, men påpeker de at de som oftest enten studerer på deltid eller tar permisjon et år. Sykepleiestudent Sandra ville følt det vanskelig og problematisk å skulle ha barn nå, og begrunner det hovedsakelig ut i fra faktorer knyttet til sykepleierutdanningen:

*”Praksis er et kjempestort problem. Og halve studiet vårt er jo praksis! Også er det masse obligatorisk hvor du bare kan være borte ti prosent av tiden, det er ikke særlig lett. I tillegg er praksisen ulønna, så når du skal være fire dager i uka på et sykehus, må du jobbe hver eneste helg. Også har du én dag, du trenger egentlig mye mer, til skolearbeid. I utgangspunktet har du bare helgen og en ukedag å lese til eksamen, gjøre oppgavene du skal gjøre og jobbe. Har du barn i tillegg skjønner jeg ikke hvordan det skal gå” (Sandra, sykepleie)*

Sandra har jobbet ved siden av studiet for å få endene til å møtes. Selv med støtte fra Lånekassen, mener hun det ville vært vanskelig å ha barn, i hvert fall er det ingen ønskelig situasjon. Solveig mener studiet er såpass tidkrevende at hvis hun skulle hatt barn kunne hun hvert fall ikke jobbet ekstra, spesielt ikke i praksisperioden. I denne perioden føler hun studiet krever hele døgnet: *”Jeg sover, dusjer og spiser, det er på en måte pausetiden min” (Solveig, sykepleie)*. Skulle hun hatt barn er hun tydelig på at en far som kan stille opp ville vært helt avgjørende, kanskje til og med i enda større grad enn i en senere yrkessituasjon, med mindre du tar deg et år permisjon:

*”Jeg har liksom den innstillingen at kommer det en unge så må den få komme, så lenge foreldrene har ressurser til det. Studiet trenger ikke være noen hindring, du kan jo bare ta et pause-år. Men aller helst, hvis en skal planlegge det, og det er jo det jeg gjør, så venter jeg til etter studiet, til jeg har fått jobbet noen år. Da har jeg for det første økonomi, og for det andre tid” (Solveig, sykepleie)*

I teorien om adaptive preferanser har vi sett at hva vi som individer oppfatter som tilgjengelig eller mulig delvis bestemmes av sosiale holdninger. Levey (2005) hevder at hva andre anser som legitime forventinger for oss påvirker hva vi selv oppfatter som mulige valg. Å ta permisjon fra studiet hvis man får barn omtales i stor grad som vanlig og legitimt blant sykepleiestudentene: *"Flere av mine medstudenter som har fått barn har tatt seg et friår. Man tar som regel et år på vent"*. Medisinstudentene forteller også om andre på studiet som kommer tilbake etter fødselspermisjon, men gir ikke uttrykk for at det er et alternativ de selv hadde ønsket om de ventet barn. En mulig tolkning er at de har andre holdninger i forhold til å ta permisjon fra studiet enn det kvinnene på sykepleiestudiet har. Blant sykepleiestudentene oppfattes permisjon som en nødvendighet hvis man får barn, derav også som naturlig og fornuftig.

Holdningene til permisjon kan også ha med tid å gjøre. Det seks år lange medisinstudiet med påfølgende turnusarbeid oppfattes sannsynligvis som langt nok i seg selv, og det frister nok ikke umiddelbart med utsettelse. En av medisinstudentene uttrykker at hun allerede i starten av studiet, med planer om å vente med barn til etter utdannelsen, var bekymra for hvor lang tid hun faktisk skulle studere og hvordan dette ville påvirke barneplanene hennes. For sykepleiestudentene er muligens valget om å ta permisjon fra studiet enklere å ta, hvert fall i forbindelse med barn. Et kortere utdanningsløp kan skape følelse av at man har romsligere med tid etter man er ferdig studert og før man blir "for gammel". Man har derfor mindre behov for å kjøre et dobbeltløp med både studier og familie.

På den annen side kan det tenkes at praksisperioden faktisk virker mer tyngende på sykepleiestudentene. At det å skulle kombinere barn og utdanning betraktes som såpass utfordrende at det blir irrasjonelt å tenke at man *ikke* skal ta permisjon. Mens man blant medisinstudentene i stor grad møter en holdning om at "alt går", kan man si at studentene på sykepleie lettere tar til "alternative løsninger" i sine refleksjoner, i dette tilfellet permisjon. Når de skildrer en situasjon der de skal kombinere utdanningen med å ha barn, nevnes gjerne faktorer forbundet med en intensiv studiehverdag med mye praksis som primære hindre. Sykepleiestudent Silje forteller hvordan hun ser på det:

*"Jeg ser det ikke som noen fordel når jeg hører om andre studenter som har barn eller er gravide under utdanning. På tredje året er det jo nesten bare praksis og da er man jo opptatt hele tiden. Det hadde vært en vanskelig kombinasjon. Det er jo slitsomt*

*dette siste året, det er tøft. Når man kommer hjem føler man ikke man har så mye energi da, og da, hvis man skulle hatt barn så, ja” (Silje, sykepleie)*

Der medisinstudentene kan synes å ha en strategi om å ”kjøre på” og takle eventuelle problemer underveis opplever jeg at sykepleiestudentene heller har en tendens til dempe ambisjonsnivået. Dette gjør de gjennom å erkjenne hvilke utfordringer mye obligatorisk undervisning og lange praksisperioder skaper for en som ønsker seg barn under utdanningen, og gjennom å se fødselspermisjon som fornuftige alternativ i en slik situasjon. Blant sykepleierne er det ingen som ”overser” begrensningene som ligger i en studiesituasjon med hensyn på å få barn. Ingen fremstår som ”supermennesker” som kan få til alt hvis man vil. Studiet og praksis beskrives som tøft og det lar seg vanskelig kombinere med barn.

Sykepleiestudentene har mer praksis i forhold til lengden på utdanningen enn det studentene på medisin har, omtrent halvparten av utdannelsen er praksisbasert. Dette vil trolig ha betydning for vurderingen av å skulle kombinere studiet med barn, praksis omtales som ekstra slitsomt blant sykepleiestudentene. Imidlertid kan det være kvinnene innenfor de to studiefeltene forholder seg ulikt til dette også grunnet påvirkning fra andre hold. Disse kan være lang versus kort utdanning, følelsen av man er ”gammel” når man er ferdig versus fremdeles ung når man er ferdig, og som vi har sett, et innrykk av at mange fortsetter å studere mens man har barn versus et inntrykk av at de fleste tar permisjon.

Blant de fire sykepleiestudentene er det bare Sandra som sier hun tenkte på kombinasjonen med barn da hun begynte utdanningen sin og utfordringer ved blant annet å skulle jobbe netter og helger. Imidlertid ønsket hun ikke å la dette hindre henne. *”Man møter noen utfordringer der. Samtidig er det er jo såpass mange i dag som jobber i helsesektoren og har barn så det må jo kunne fungere på en eller annen måte” (Sandra, sykepleie)*. På tross av noen utfordringer i utdanningen og yrket i forhold til å skulle ha barn fokuserer hun på at mange i hennes bransje klarer det. På den måten åpner hun muligheter for seg selv fremfor å tilpasse seg etter begrensningene.

Ingen av sykepleiestudentene oppgir at de kunne tenkt seg å ha barn mens de studerer. Det kan være at de i mindre grad enn medisinstudentene har tatt stilling til dette i og med at de ikke skal være studenter like lenge. En kan ikke utelukke at det er lettere å tenke at det faller seg naturlig først litt senere, og at det dermed også uttrykkes som vanskelig med en

kombinasjon fordi det rett og slett er unødvendig. Utdanningslengden er i den sammenheng en faktor som påvirker hvordan man tenker rundt en kombinasjon. Det betyr imidlertid ikke at andre strukturelle faktorer som obligatorisk undervisning og mye praksis er av mindre betydning. De individuelle preferansene for barn under utdanning synes å være influert av kontekstuelle begrensninger.

## **7.2 Familie og yrkesliv – ambisjoner og realiteter**

Utdanning er en investering i en arbeidskarriere. På den måten vil tanker om hvordan tilpasse utdanning og familieliv være nært forbundet med forestillingene man har av kommende yrkesliv (Lappegård, 2001). I to profesjonsutdanninger som medisin og sykepleie vet studentene mye om hva slags jobber de går inn i. Planen samtlige av kvinnene har når de er ferdig med utdannelsen innebærer både å starte familie og å etablere seg på arbeidsmarkedet. Hvordan de mer spesifikt ser for seg kombinasjoner og tilpasninger kan imidlertid variere.

### **7.2.1 Medisinstudentene: ”Å jobbe for livet ved siden av”**

*”Hvis man bare skal tenke på familie og barn og sånne ting, er det jo mer optimalt å bli noe annet og kanskje heller dra hjem og ikke bli lege” (Martine, medisin)*

Kvinnene på medisin forbereder seg på at de etter endt utdanning skal ut i ett og et halvt år turnustjeneste. Tre av kvinnene er opptatt av å få dette ”unna” så raskt som mulig slik at de kan få seg en jobb, få barn og etablere seg med familie. Medisinstudent Marie skiller seg som nevnt ut i denne sammenheng. Hun vil ha barn så snart hun er ferdig med siste eksamen. De tre andre medisinstudentene ser på det å jobbe seks måneder for retten til å motta fødselspermisjon som fornuftig før de får barn. At Marie ikke gjør seg den samme forutsetningen er fordi mannen hennes allerede har en stabil inntekt.

Medisinstudentene bringer barn og familie inn som noe de er opptatt av å ta hensyn til når det gjelder fremtidig arbeidssituasjon. Maja vil helst jobbe som allmennlege på et legekantor der hun kan ha helsestasjon én gang i uka med fokus på barn og kvinnehelse. Så lenge hun ikke har barn kan hun godt jobbe mye, når hun får barn vil dette endre seg. Da vil hun ha kortere

dager, gjerne en 80 % stilling med én dag fri i uka. Det optimale ville være om også mannen hennes kunne jobbe redusert, på den måten kan barna slippe å være i barnehagen fra syv til halv fem hver dag. Slik hun ser det nå vil hun ikke ta noen spesialisering videre. I forhold til yrkespreferansene sine sier hun:

*”Mange synes kanskje det er litt rart, at man ikke har større ambisjoner og vil spesialisere seg videre. Men for meg er det en kjempefordel at det kan kombineres med å jobbe veldig lite kveld, at man har normal arbeidstid og fri på kvelden når andre har fri, vanligvis fri i helgene og mulighet til å være hjemme og lage mat til barna når de kommer hjem fra skolen. Jeg har ingen store karriereambisjoner, ingen ambisjoner om å gjøre store forskningsprosjekter. Akkurat nå har jeg ikke behov for å bli sykehuslege heller, jeg styrer nok litt unna sånne ting” (Maja, medisin)*

Slik hun forteller om ambisjoner og prioriteringer fremstår Maja allerede som sterkt orientert mot familie. Hun vil helst ha fire barn i forholdsvis tett alder, fem er også greit, dog litt upraktisk. Jobben skal ikke stå i veien for barneplanene, dessuten har kjæresten et helt annet yrke som vil gjøre det greiere å kombinere. Dette er viktig for henne. Hadde hun hatt en mann i samme yrke, med skiftarbeid og stor vaktbelastning tror hun det hadde vært verre, selv med henne som allmennpraktiker. Maja er et eksempel på hvordan kvinnene på medisinstudiet allerede under utdanning ser ut til å justere ambisjonene sine etter sterke ønsker om å stifte familie. Hvilke muligheter og begrensinger som finnes i en yrkessituasjon ser ikke ut til å påvirke ønsker om barn og familie. Derimot er det preferansene for familie som definerer og former yrkesplaner. Den sterke orienteringen mot familie allerede under utdannelsen samsvarer med resultater av en kvantitativ undersøkelse som viser lav sannsynlighet for barnløshet og høyt fruktbarhetstall blant kvinnelige leger (Lappegård, 2001).

Videre omtales den lave statusen det å være allmennlege har i legemiljøet. *”Det er ikke det du blir hvis du vil bli den tøffeste, ”bare” allmennlege. Det er ikke noe status i å bli det”*. Imidlertid virker ingen spesielt påvirket av dette. De har tatt et valg de selv opplever som det riktige i forhold til både å kunne bruke utdannelsen sin og å kunne prioritere et familieliv ved siden av. At familie vil gå foran betyr imidlertid ikke at jobben vil bety mindre. Tvert i mot:

*”Jeg tror den kommer til å bety ganske mye. Det er litt sånn at å bli lege, det blir jo veldig en del av deg. Jeg tror mange av de jentene som begynner å studere medisin, de har jo vært veldig flinke på skolen og veldig fokuserte fra et veldig tidlig tidspunkt. Det fortsetter man kanskje å være, det blir en viktig del av hvem man er” (Maja, medisin)*

Mye av innholdet i Majas refleksjoner rundt tilpasninger går igjen hos de andre medisinstudentene. Jeg får stadig inntrykk av at kvinnene allerede har bestemte preferanser når det gjelder barn og familie, som på nåværende tidspunkt ser ut til å forme yrkespreferansene deres. Utdanning og tanker om familie og arbeidsliv virker å være tett forbundet med hverandre. I tråd med Majas refleksjoner, forteller Marit hvordan også hun vektlegger muligheten til å leve et familieliv:

*Det er fagfelt innenfor medisin jeg drømmer om å lære mer om, og jeg har lenge hatt et ønske om å jobbe for Leger Uten Grenser. Men det er noe med at det frister å jobbe på et legekontor og kunne ha den arbeidsdagen og kunne styre litt selv. Etter utdannelsen regner jeg med at lønna blir grei uansett, jeg kommer ikke til å sikte etter millionene, det blåser jeg litt i. Det ender nok med at det viktigste for meg er arbeidstid, at jeg jobber for å gjøre livet ved siden av mulig, at det lar seg kombinere, selv om karriere er viktig for meg i og med at jeg går dette studiet” (Marit, medisin)*

Det siste Marit nevner vitner om at hun føler det ligger en forventning i det at hun studerer medisin. Maja uttrykker noe av det samme når hun sier *”det høres kanskje litt rart ut”* i forhold til valget hun har tatt om å ”bare” bli allmennpraktiker. Imidlertid er det kun Marit som forteller at hun tror foreldrene synes det er rart at hun bare vil bli allmennlege. Forventningen mener hun som nevnt ligger i legemiljøet. Delvis forholder kvinnene seg til en norm om yrkesprioritering gjennom betydningen de tillegger en fremtidig jobb. Likevel ser det ut til at en forventning om å prioritere barn veier tyngre for valgene de vil ta. Marit er egentlig mest opptatt av forventningen som ligger hos kjæresten, om at jobben hennes ikke blir altoppslukende, at hun også skal ha tid til familie ved siden av.

Valgene de nå planlegger å ta er tilpasset begrensingene de ser eksisterer ved både å skulle ha drømmejobben og en stor familie. Noen uttrykker dette eksplisitt, at de ”gir opp” drømmen om spesialisering og karriere som sykehuslege. Andre trekker konklusjonen om at jobben de kan kombinere med familieliv nettopp er drømmejobben. Slik det postuleres i teorien om adaptive preferanser kan dette dreie seg om en resignasjon over et begrenset sett av

valgmuligheter, en slags fornektelse av at en annen jobb blir for krevende tidsmessig. De adaptive preferansene er ubevisste og kan i dette tilfellet handle om å redusere kognitiv dissonans gjennom å ønske seg en jobb som lar seg kombinere. Slik ”unngår” man å ønske seg noe uopnåelig (Elster, 1983).

I alle tilfeller kan det virke som om ønsket om å ha en stor familie har formet preferansene for arbeidssituasjon. Martine uttrykker at barn ikke vil hindre henne i noe fordi hun aldri har tenkt at hun ikke skal ha barn. Likevel kan det være en begrensning. I tråd med teorien om adaptive preferanser uttrykker hun en tilpasning til hva hun oppfatter som rimelige valg og tilgjengelige muligheter, på bakgrunn av at et familieliv er en selvfølge:

*”Det er jo denne karrieregreia da. Det kan jo hende jeg ender opp som allmennlege selv om jeg helst vil bli gastrokirurg, men jeg har litt trua på at man stort sett liker det man driver med, så. Det mest realistiske er at det blir noe allmennlegegreier. I så tilfelle blir det vel fort til at man aldri gjør så veldig mye mer” (Martine, medisin)*

Marie ser ikke for seg at valget hun gjør tidlig i karrieren legger begrensninger på senere utvikling. Å stige i gradene innenfor en spesialisering er for eksempel ikke det hun kommer til å prioritere først, den klatrejobben signaliserer hun å ville ta etter hvert. Hun skal til topps. På denne måten skiller hun seg fra de andre kvinnene. Samtidig som karriere ikke er hennes førsteprioritet er hun opptatt av å ha en god lønn: ”jeg håper å krabbe godt over millionen”, og en spesialitet som gir henne en variert hverdag. Gynekologi eller kirurgi frister veldig. Siljes refleksjoner er tidvis motstridende. Barn har hun planlagt å få helst før hun begynner å jobbe og i starten vil familie være av størst viktighet. At jobben lar seg enklere kombinere med barn generelt er imidlertid ikke noen førsteprioritet. ”Det er viktig med utfordringer, jeg kommer ikke til å tenke at jeg skal bli hudlege fordi jeg da bare jobber dag”, sier hun. Slik jeg tolker det er Maries valg og planer basert på et mulighetsgrunnlag bestående både av tro på egen kapasitet, mestringsvilje og ikke minst at hun har en mann i fast jobb. Dette fjerner i stor grad mulige begrensninger og bidrar til å forme hennes valg og ambisjoner.

Beck og Beck-Gernsheim (1995) hevder kvinner i dag må tilpasse seg presset fra arbeidsmarkedet og skape seg en identitet der dette presset er inkorporert i personlighet, hverdagsliv og framtidsplaner. Prosessen de omtaler som *arbeidsmarkedsindividualisme* tilsier at man, ulikt fra tidligere, må bygge opp et liv rundt arbeidsmarkedet for blant annet å

ikke havne i en materielt ugunstig situasjon. Om nødvendig må dette gå på bekostning av både familieforpliktelser, venner og fritid. Kravene arbeidsmarkedet skaper har gjort individuell frihet, uavhengighet og mobilitet til ledende prinsipper for hvordan man skal leve livet, prinsipper som strider i mot forventninger fra blant annet familie og moderskap (Beck & Beck-Gernsheim, 1995).

I intervjuene med de kvinnelige medisinstudentene får jeg ikke inntrykk av at de lar seg føre av denne typen prinsipper. Frihet og uavhengighet er verdier de hovedsakelig oppgir som grunn for ikke å ha fått barn under studiet. Når det gjelder fremtidsplaner og preferanser for arbeidssituasjon kommer imidlertid disse verdiene i skyggen. Da blir tilstedeværelse og trivsel vesentlig, og familien av størst prioritet. På den ene siden gir kvinnene uttrykk for hvordan utdannelsen former dem til å passe i kategorien ”lege”, og at de på ulike måter påvirkes av dette. På den andre siden ser ikke denne ”yrkesidentiteten” ut til å være bestemmende for hvilke planer de har for familie og arbeidsliv. Det er tydelig at de ønsker å være leger og er stolte av denne rollen, men det er ikke noe som går foran, ”*det er ikke everything*”. Overfor barna sine ønsker ikke Martine å være lege, for dem er hun først og fremst mor. Samtidig skildrer hun hvordan situasjonen oppleves på medisinstudiet og hvordan hun tror legerollen ikke er en rolle man trer ut av i det man forlater arbeidsstedet:

*”Jeg føler at de former oss veldig inn i en sånn rolle eller livsstil som lege. Jeg tror ikke det bare blir en jobb, det har jeg tenkt på av og til, at her er vi da vi begynte og så skal de liksom kjøre oss inn i den lille trakta som gjør at vi kommer ut som lege og identifiserer oss med leger, på den andre siden. Man er veldig opptatt av alle andre leger som kolleger også videre, jeg føler det litt som at det er en liten familie. Jeg tenker at det kanskje blir mer sånn, ikke at hver stilling kommer til å bety så innmari, mye, men at det er en veldig sånn rolle” (Martine, medisin)*

Motsetningene mellom arbeidsmarkedskrav og familiære forhold som oppstår i et samfunn som gjennomgår en individualiseringsprosess (Beck & Beck-Gernsheim, 1995) ser ut til å ”løses” ved å tilpasse yrkessituasjonen til det fortrolige, intime og private, det som bringer mening og lykke: barn, parforhold og venner. Kvinnene vil ikke trives i en jobb som ikke tar hensyn til at man ønsker å kombinere den med et familieliv. Ut i fra refleksjonene deres får jeg inntrykk av at utdanning legger visse føringer på familieplaner, mens det deretter er preferanser for barn og familie som former kvinnes ønsker i forhold til jobb. Marit



beskriver hvordan hun i senere tid har forandret innstilling til dette og ideen om en karriere på bakgrunn av ønsker om et familieliv ved siden av:

*”Før, da jeg bare hadde meg selv å tenke på hadde jeg planlagt dette supre livet med mann, barn og DEN jobben. Jeg skulle bli sånn og sånn lege og hadde DEN flotte planen og alt skulle gå kjempefint. Så møtte jeg kjæresten min, som var litt skeptisk til alle planene. Han fikk meg til å forstå at selv om det er viktig for meg å gjøre som jeg vil er det ikke viktigere enn livet ved siden av. Selv om jeg har en drøm om å bli barnelege er det ikke sikkert at jeg blir det. Jeg kan heller jobbe med barn på et legekontor. At jeg kan leve litt ved siden av har blitt viktigere for meg enn karrieren”(Marit, medisin)*

### **7.2.2 Sykepleiestudentene: Partner som forutsetning**

Studentene på sykepleie forbereder seg på en noe uforutsigbar arbeidssituasjon. Som nyutdannet er det vanskelig å få fast jobb, og de jobber vanligvis skift- og turnusarbeid. I studier av sosiale konsekvenser ved denne typen arbeid konkluderes det med at skift- og turnusarbeid har negative konsekvenser for arbeidstakernes egen velferd og deres nærmeste familie (NOU, 2008: 17). Ideelt sett ønsker sykepleiestudentene å slippe å jobbe turnus og ha en normalarbeidstid fra 8-16. Når vi snakker om drømmejobben er det hovedsakelig forhold som har med arbeidstid å gjøre som blir nevnt. Lønn og karrieremuligheter tar mindre plass i refleksjonene, selv om for eksempel Sandra uttrykker at hun gjerne vil *”tjene greit”*. Riktignok er de klar over at yrket de utdanner seg til i liten grad tilbyr det de anser som ideelle arbeidstider: *”Det kommer sannsynligvis aldri til å skje”*.

Sykepleiestudentene er inneforstått med kanskje å måtte jobbe både kvelds- og nattvakter i tillegg til dagvakter. Dette uttrykkes som negativt for tid med barn og familie viktigheten av det å ha en partner inn i bildet. Sandra kan tenke seg å jobbe deltid mens barna er små. Betingelsen for at hun kan gjøre det er imidlertid at kjæresten hennes tjener godt. Hvis de til sammen tjener nok ønsker hun i hvert fall å trappe ned til 80% slik at hun har en dag fri i uka. Det økonomiske aspektet følger Sandra gjennom flere deler av intervjuet. Hun vil gjerne ha tre barn, men uttrykker at det forutsetter at hun har økonomi til det. I tillegg er hun opptatt av tid og usikker på om jobben tidsmessig vil tillate at hun skal ha omsorg for tre barn: *”Jeg har jo lyst til å være ute i arbeidslivet. Man må rett og slett bare se an situasjonen, om man klarer*

*å håndtere tre barn og om man har de økonomiske mulighetene til det” (Sandra, sykepleie).* Slik sett er en partner en viktig forutsetning ikke bare i forhold til det økonomiske, men også i forhold til tid. Når Sandra skal jobbe turnus er hun avhengig av at kjæresten kan stille opp.

En rekke studier har dokumentert at kvinner som arbeider skift eller turnus har større problemer med å kombinere jobb og familie enn de som arbeider innenfor ”normalarbeidsdagen” (NOU, 2008). Flertallet av kvinnene på medisinstudiet er, som vi har sett, allerede innstilt på å bli allmennpraktikere. De vil dermed ikke møte det samme konfliktnivået mellom arbeid og familie som kvinnene på sykepleiestudiet. En rapport gjennomført på oppdrag av Norsk sykepleieforbund har konkludert med at skiftarbeid påvirker sykepleieres sosiale liv negativt, både gjennom uregelmessige arbeidstider og påvirkning av søvnmønsteret (Bondevik m.fl., 2005). Bevissthet og en viss bekymring for dette er synlig i studentenes refleksjoner.

Sykepleiestudent Silje er i liten grad opptatt av lønn og økonomi generelt. Likevel virker det også på henne som om en partner vil spille en viktig rolle økonomisk når det på et tidspunkt skal handle om hus og barn. Selv har hun ingen store planer for yrkeslivet utenom å kanskje ta en videreutdanning. For henne er arbeidstid det aller viktigste og hun er opptatt av å kunne være fleksibel og å jobbe mest dagvakter. Fast dagarbeid har vist seg å være mest fordelaktig sett både fra et psykologisk og et sosialt perspektiv og arbeid utenfor normal dagtid kan ha negativ effekt på barn (NOU, 2008). I forhold til det økonomiske sier Silje: *”Jeg vil jo påstå at jeg vil klare meg bra. Dessuten vil kjæresten min ha bedre lønn enn meg, så sammen kan vi ha en grei økonomi”* (Silje, sykepleie).

For at jobben skal kunne kombineres med barn og familie, slik alle kvinnene ønsker, er altså partner en viktig brikke. Sykepleiestudent Siri mener det minst gunstige vil være å ha en partner i samme yrke, hun er jo avhengig av en mann som kan jobbe slik at det passer med hennes turnus: *”Har man en slik partner går det vel ganske greit, er man alene er det verre”*, sier hun. Uansett ser Siri, i likhet med de andre, kombinasjonen som en utfordring. Hun drømmer om å bli jordmor, men er usikker på om det vil skje. Foreløpig er hun singel og gir uttrykk for at det er en del ting i den sammenheng som må falle på plass før hun kan ta stilling til kombinasjoner og tilpasninger senere i livet. I likhet med Sandra vet hun imidlertid at hun helst vil jobbe 80 % mens hun har små barn. Hun refererer til sykepleiere hun kjenner som sier dette er nok når man har barn, fordi de føler de bor på jobb. Tilpasningsstrategiene blant studentene på sykepleie ser ut til å dreie seg om redusert stillingsprosent.

Med kvinnene snakker jeg også om karriereambisjoner og oppfatninger av typiske karrierekvinner. Ingen ser på seg selv som passende i denne kategorien. Ulikt fra hvordan de oppfatter en typisk karrierekvinne har de sitt endelige fokus på barn og familie fremfor jobb og gode penger. De er veldig opptatt av og jobb og utdanning, men jobben vil ikke bli altoppslukende, den vil aldri prioriteres foran barn. Solveig, som også drømmer om å bli jordmor, sier hun vil prioritere jobben frem til hun får barn. Etter det snus imidlertid alt på hodet. Det føler hun gjelder de fleste hun studerer med. Frem til de blir mødre jobber de gjerne så mye som mulig, turnus og ubekvem arbeidstid er helt greit, en stund. Senere vil de i likhet med medisinstudentene forsøke å tilpasse seg et liv med familie. Om en typisk karrierekvinne sier Solveig: *"Hun finnes ikke i mitt yrke hvert fall"*. Som de andre påpeker hun betydningen av en partner. At det er en far inne i bildet er et viktig premiss for å gjennomføre et liv som både mor og sykepleier. De påviste uheldige sosiale konsekvensene av skift- og turnusarbeid når det gjelder balansen mellom arbeid og familie (NOU, 2008) forsøkes "ryddet unna" gjennom "løsningen" med en tilstedeværende partner.

Som nyutdannet uttrykker studentene at det kan være vanskelig å få seg fast jobb. De er forberedt på å ta vikariater eller tilkallingsstillinger. Dette medfører en viss uforutsigbarhet og utrygghet i forhold til å få barn i denne perioden. Partner vil igjen spille en viktig rolle. Vi har sett hvordan kvinnene på sykeleiestudiet så det som viktig å etablere seg i arbeidslivet før de får barn. Etter et par år har man sannsynligvis fått fast stilling, om enn ikke 100 %. Silje og Sandra uttrykker at mangel på fast jobb kan slå negativt ut i forhold til barn. De to andre er innstilt på at en fast stilling vil komme tidsnok og bekymrer seg ikke i forhold til barneplaner. Det viktigste er å ha en jobb i det hele tatt.



## 8 AVSLUTTENDE DRØFTING

I denne studien har jeg undersøkt hva som kjennetegner kvinners refleksjoner rundt det å få barn, det å være mor og et liv med barn relatert til utdanning og jobb. Ved å ta utgangspunkt i to ulike utdanningsgrupper, studenter på medisin- og sykepleiestudiet, og de ulike rammebetingelsene for de to gruppene med hensyn på utdanning og arbeidsmarkedsvilkår, har jeg forsøkt å kaste lys over et tilsynelatende paradoks: *likheten* i fertilitetsutfall mellom leger og sykepleiere. Dette har jeg gjort ved å søke innsikt i likheter og ulikheter knyttet til hvordan de kvinnelige studentene tenker, både rundt det å få barn generelt og i lys av utdanningen og yrket de senere skal ut i.

Kvinnenes refleksjoner har bidratt til å belyse *prosessene* rundt det å få barn. De har gitt innblikk i hva slags type begrunnelser de selv har og hvilke forhold som er av betydning for begrunnelsene, med andre ord: hva kvinnene i de to gruppene legger vekt på i forhold til valget om å få barn. Analysen viser klare fellestrekk mellom medisin- og sykepleiestudentene når det gjelder ønsket om barn og familie generelt. Samtidig viser den forskjeller de to gruppene i mellom. Forskjellene kommer til uttrykk ved at de to gruppene ser for seg ulike *strategier* for å nå disse målene. I tråd med *ulikhetene* i utdanning og senere arbeidssituasjon er det forskjeller i hvilke *tilpasninger* de ser for seg og *forutsetningene* de legger til grunn.

### 8.1 Det naturlige ønsket om barn

Felles for kvinnene er begrunnelsene for ønsket om barn. De gir uttrykk for at barn er en del av livet, noe de alltid har hatt lyst på og at det vil være trist å leve uten. Ønsket om barn beskrives som en *naturlig* følelse, et innebygget behov, og fremstår nesten som uforklarlig for kvinnene - ønsket om barn bare er der. Det biologiske aspektet står sentralt, både i forhold til en oppfatning om at barn vil føles som en "del" av kvinnene, og i forhold til hvordan barn er et ønsket genetisk produkt av en selv og partneren. At barn er noe man skal dele med den man er sammen med har i tillegg en sosial side. Ikke bare handler det om å skape noe sammen, men også om å sammen skulle forme og oppdra et menneske. Det er noe som vil bringe kjærlighetsforholdet til partneren videre.

I tillegg formidler kvinnene ønsket om barn som det *normale* og *riktige*. At de på et eller annet tidspunkt i livet skal ha barn tar de for gitt. Informantene anser det å få barn som en del av livets forløp. Selve ønsket om barn og familieliv og den betydning barn har synes ikke å være påvirket av utdanningsvalg og yrkessituasjon. Få oppgir dessuten at de tenkte på muligheter og begrensinger ved kombinasjonen barn og utdanning/yrke da de valgte å studere henholdsvis medisin og sykepleie. I lys av teorien om adaptive preferanser hevder Dæhlen (2009) at synet på arbeid kan forstås som en sosialisering eller konsekvens av at holdninger endres i takt med hva som synes mulig. Når det gjelder ønsket om barn og syn på familieliv viser denne studien at dette må forstås på en annen måte enn i lys av muligheter og begrensninger i kvinnenes kontekst. Det biologiske, naturlige, normale og riktige ved å ville ha barn viser seg å være mest utslagsgivende for dette ønsket.

Når det gjelder hvorfor kvinnene ønsker seg barn gir informantenes refleksjoner støtte til Fjells (2002) antakelse om at dette ikke lenger gjøres til gjenstand for forhandlinger. Oppfatningen av barn som en naturlig del av livsløpet, som en naturlig del av et kjærlighetsforhold, og som et biologisk forankret behov er i overensstemmelse med funn i en tidligere norsk studie (Ravn, 2005). Denne typen forståelser står delvis i motstridning til en hypotese om barn som del av et ”planleggingsprosjekt” der individene hevdes å foreta eksplisitte avgjørelser før de bestemmer seg for å få barn og der slike avgjørelser hevdes å være preget av mye tenking, planlegging og kommunikasjon mellom partnere (Beck & Beck-Gernsheim, 1995). Slik jeg tolker informantene er ikke barn utelukkende et resultat av en nøye gjennomtenkt plan. Det naturlige aspektet veier tungt på vektsskålen, og at man på et tidspunkt i livet vil velge å få barn, tas i stor grad for gitt. En kulturell vektlegging av verdien barn har og en idé om barn og familieliv som ”kulturelt naturalisert” snarere enn et resultat av nøye kalkulasjoner og planlegging er således et perspektiv jeg finner støtte for. Et ”godt liv” innebærer barn slik mine informanter overveiende gir uttrykk for.

Likheten i refleksjoner rundt valget om barn og barns betydning for kvinnene formidler den sterke forankringen ideen om barn og familie som det ønskelige, naturlige og normale har i den norske kulturen. Den kulturelle naturaliseringen fungerer slik sett som en mekanisme som skaper felles oppfatninger på tross av ulikheter i ytre omstendigheter som utdanning og yrkesvalg.

Dette betyr imidlertid ikke at kvinnene ikke planlegger noe *rundt* dette. Med hensyn på tidspunkt for *når* det vil passe å få barn bekrefter analysen at ytre forhold som utdanning og

jobb er av betydning. På nåværende tidspunkt ser informantene det som ønskelig å være ferdig med utdannelsen før de får barn. De fleste vil også skaffe seg en jobb først. En av medisinstudentene formidler i at de er glade i å planlegge, og en av sykepleiestudentene skildrer et nøye planlagt hendelsesforløp der barn har sin plass etter to års erfaring fra yrkeslivet. Likevel, hvordan kvinnene ”planlegger” reflekterer det jeg, med inspirasjon fra Ravn (2005), har kalt en gitt eller ”riktig rekkefølge” å foreta valgene på. Slik informantenes planer fremstår avspeiler de en norm om når det er forventet og ”naturlig” å ta utdanning, ”leve litt”, begynne å jobbe og få barn. Kvinnene fremstår med andre ord som mindre ”individualiserte” og ”fritt velgende” enn hva Beck-Gernsheim (1996) postulerer når hun skriver om ”livet som et planleggingsprosjekt”. Kun én av informantene forteller at hun bevisst vil velge å få barn så snart hun er ferdig utdannet, *før* hun begynner å søke jobb. I den sammenheng er det relevant å se til Brannen og Nilsen (2005) som er opptatt av hvordan det i større grad bør tas hensyn til kontekst og struktur i tillegg til individuelle subjektiviteter når man ønsker å forstå nye, komplekse og forskjellige realiteter. Kvinnene synes i stor grad å forholde seg til normer og forventninger i sin sosiale kontekst. Det gjelder både i forhold til ønsket om barn i det hele tatt, begrunnelser for hvorfor man ønsker seg barn samt når det passer å få barn. Riktignok er informantene på medisin ambivalente i forhold til tidspunkt og hvor viktig det er å sikre seg jobb først. Det har sannsynligvis å gjøre med at de vil ha barn så fort som mulig, blant annet på grunn av biologiske årsaker. De ønsker ikke å gi opp studenttilværelsen og gir uttrykk for ”*at man fremdeles er ung*”, men ønsker enda mindre å være ”gamle” mødre. Sykepleiestudentene derimot, som går et kortere utdanningsløp, er tydelige på at jobb kommer før barn i rekkefølgen. For dem er det viktig ”*å ha en fot innenfor arbeidsmarkedet*”.

Informantene erkjenner at mye må prioriteres bort når man får barn. Likevel anser de at berikelsen et barn fører med seg veier opp for mulige begrensninger. Beck og Beck-Gernsheim (1995) hevder at vi i egenskap av å være frie individer, dømt til frihet og dømt til å velge, betrakter det å få og forsørge barn som noe som gir mening og betydning i livet. I tråd med dette omtaler informantene barn som en viktig ingrediens i et *meningsfullt* liv. Forandringene et barn fører med seg er først og fremst positive og vil være viktigere enn ”tap” av frihet og uavhengighet. I tillegg hevder de at barn representerer den ”naturlige” siden ved livet, og at det er dette som gjør barn så tiltalende. Et barn kan bistå unge kvinner med å oppdage egne kvaliteter og uttrykke sine behov, i tillegg til at man får mulighet til å være rolig, følsom, kjærlig og åpen. Flere av informantene gir støtte til en slik hypotese. En

medisinstudent oppgir hvordan hun vil føle seg mislykket skulle det vise seg at hun ikke kan få barn. Det vil føles som en oppgave i livet hun ikke får til. En annen gir uttrykk for at det å få barn handler om å oppfylle alle mulighetene mennesket har, en måte å prestere sitt ytterste på. Barn vil gi følelse av mestring. Dette forteller oss om barns viktige rolle i kvinnenes personlige *utvikling*. Å få barn knyttes til en overgang i identitet og sosial status, barn blir også en prestasjon (Fawcett, 1998). Å få barn formidles slik sett som markør av en status som normal og vellykket.

En av studentene på sykepleie gir til kjenne hvordan ønsket hennes om barn er egoistisk motivert ved at hun selv synes det er interessant å skulle forme barnet og se at det utvikler seg. Sik antydes et (kanskje ubevisst) håp om å ”oppdage” seg selv gjennom barna (Beck & Beck-Gernsheim, 1995). Slik de kvinnelige informantene snakker om barn skisseres også et bilde lignende det Beck og Beck-Gernsheim (1995) tegner: barn representerer en ekte, genuin relasjon, en motvekt til det moderne samfunns psykologiske ideer, utdannings- og yrkesmål. Barn bekreftes som viktig for å kunne leve et lykkelig liv.

Beck og Beck-Gernsheim (2002) argumenterer til slutt for at økende individualisme fører til et krav og en tvang til å ha ”a bit of a life on one’s own”, og at dette særlig påvirker kvinner. Kvinner trekkes mellom ønsket om å ha barn og ønsket om selvstendighet, noe de hevder er vanskelig å forene gitt det moderne samfunns sosiale og institusjonelle rammebetingelser. Informantene i denne studien tar høyere utdanning og tillegger sin kommende jobb stor betydning. Viktigst av alt er likevel muligheten til å leve et liv med barn. Det kan virke som om de er bevisste konflikten som kan oppstå mellom ønsket om barn og familie på den ene siden og selvstendighet og et liv for seg selv på den andre. Imidlertid gis det ikke uttrykk for at de selv opplever dette som motstridende. De er fokuserte på barn og familie som det viktigste i livet. Det er det som gjør et liv fullverdig. Å ha en god jobb der man trives er på alle måter viktig, men vil alltid måtte vike for prioriteringer orientert mot familie. Karriere er eksempelvis av mindre betydning. Fordi barn og familie alltid har forrang oppleves det ikke nødvendigvis som like vanskelig å forene de ulike ønsker og muligheter som oppstår.

I denne sammenheng bør det riktignok tas hensyn til den særegne konteksten norske kvinner befinner seg i innenfor den norske velferdsstaten. Velferdspolitikken har som vi har sett lagt godt til rette for at kvinner kan ha en ”dobbel agenda” gjennom reformer som støtter opp under mødres muligheter til å kombinere barn og jobb.



Beck og Beck-Gernsheim fremmer mange relevante og gode hypoteser som i denne oppgaven har bidratt til forståelse rundt de unge kvinnenes ønsker om å få barn. Fertilitetsatferden blant kvinnene tilknyttet de to ulike utdanningene indikerer imidlertid større variasjon i tenkemåte omkring barn og planlegging av egne liv enn det individualiseringstesen og vektleggingen av ”valg-biografi” angir. Selv om flertallet av både medisin- og sykepleiestudentene viser at de forholder seg til en gitt rekkefølge i planleggingen rundt utdanning, barn og yrke, er det likevel et viktig aspekt hvordan kvinnene har ulike måter å tenke om *tid* på (Brannen & Nilsen, 2002a). Brannen og Nilsen (2002a) er opptatt av hvordan unge menneskers måte å styre overgangen til voksenlivet er influert av oppfatninger av og erfaring med tid. Dette gjelder også kvinnene innenfor de to utdanningene. Ulikheten i utdanningslengde og forskjeller i omstendighetene som nyutdannede på arbeidsmarkedet fører nødvendigvis til ulike måter å tenke om tid på, både når det gjelder nåværende omstendigheter og videre overgang til voksenlivet. For medisinstudentene fører lengden på utdanningen til at de ønsker barn relativt raskt etter de er ferdig studert. Sykepleiestudentene som går et kortere utdanningsløp og møter en utfordrende situasjon som nyutdannet på arbeidsmarkedet er på sin side opptatt av å jobbe noen år før de får barn. Forskjeller mellom gruppene i hvordan de tenker om tid skyldes først og fremst ulikhetene i utdannings- og yrkessituasjon. Imidlertid ser ikke forskjellene ut til å påvirke generelle tanker om et liv med flere barn og familie.

## 8.2 Moderskapet – realisering av personlig potensiale

Kvinnene jeg har intervjuet er unge, men gleder seg allerede til å bli mødre. I den avsluttende fasen av utdanningen er det å bli mamma et tema av interesse. Moderskapet er noe selvsagt. Ønsket om en gang å bli mor har ligget naturlig hos kvinnene lenge. Det å være mor uttrykkes både som noe man ser for seg vil være en spennende *rolle* og en fin *opplevelse*. Ønsket om å være mor knyttes til livsløpets, kjærlighetsforholdets og ens egen personlige *utvikling*. Moderskapet bringer noe helt nytt inn i livet, man kommer til et nytt nivå. Moderskapet er attraktivt både som ren personlig tilfredsstillelse og som en viktig ”jobb” der man kan få lov til å være ”god mor”. Tilfredsstillelsen tilknyttet mestringsfølelsen dette gir uttrykkes på ulike måter. Det å bli mor fremstår som en del av en selvrealiseringsprosess ved at man utnytter mulighetene man har, på samme måte som det å ta høyere utdanning og få seg en god jobb. I forhold til jobb hevdes det at moderskapet kan gi signaler om at man ”nyter livet” ved siden

av yrket, at man ikke kun prioriterer jobben, men også lever et godt liv ved siden av. Dette oppleves som et kapasitetstegn. Ravn (2005) hevder at oppfatninger av moderskapet som en berikelse i livet delvis er konstruert som en motsetning til en individualistisk livsstil og delvis som en integrert del av det å realisere seg selv. Informantene i min studie underbygger oppfatningen av det å bli mor som et element i en selvrealiseringsprosess. Berikelsen tolker jeg i tillegg til å handle om å gjøre seg ferdig med perioden som ”unge voksne”, som en motsetning til livet man lever nå og en markering av at man endrer innstilling til livet.

Moderskapet er for informantene en naturlig del av livsforløpet. Blant de fleste formidles derimot ikke det å være mor som koplet til noe kvinnelig. Naturligheten ved moderskapet relateres ikke til kvinnelighet og det å ha barn er ikke hva som definerer en fullendt kvinne. Verdien av denne rollen relaterer seg først og fremst til utvikling på mer et generelt nivå. Bare to av informantene er opptatt av det kvinnelige aspektet. Verdien av å være mor ligger for disse tett opp til det å virkelig føle seg som en kvinne. Også utviklingsaspektet knyttes til dette ved at det å bli mor relateres til en følelse av utvikling i forhold til det å være *kvinne*. Moderskapet blir på den måten attraktivt fordi det er noe som utfyller et naturlig, innebygget behov. Slike oppfatninger kan tenkes å være relatert til hva Jensen (1995) omtaler som ”myter om moderskap”, myter som binder kvinner og mødre til barn og kvinnelighet til moderlighet. En kvinne hevdes å ha et iboende intenst ønske om å få barn.

Utviklingsaspektet og det ”naturlige” ved moderskapet kan knyttes til tid. Å bli mor er naturlig idet man føler seg klar til å bevege seg over i en annen fase av livet. Slik blir det også det ”normale” og forventede. Beck-Gernsheim (1996) mener tendensen mot hele tiden å skulle planlegge og å ta rasjonelle valg i livet påvirker moderskapet i det sen-moderne samfunn. Dette blir en utfordring når det ikke lenger finnes tradisjonelle normer og ideer som dirigerer kvinner i gitte retninger. Jeg sitter imidlertid med et inntrykk av at kvinnene jeg intervjuet forholder seg både til en norm om moderskap som forventet i den norske kulturen, og til en norm om når det passer å bli mamma. Familieliv er i Norge bearbeidet kulturelt og støttet politisk (Ravn, 2005). Ønsket blant informantene om å bli mor er således en måte å handle i tråd med det Ravn (2005) kaller *relasjonelle* verdier i den norske kulturen. Disse representeres av hjem og familie og ansees som grunnleggende. Samtidig er kvinnene *individualistisk* orienterte gjennom aktivt å skulle delta som leger og sykepleiere i arbeidslivet og ved å tillegge jobb stor betydning selv om familie alltid vil være viktigst.

## 8.3 Kombinasjoner og tilpasninger

I tråd med tidligere forskning på sammenhengen mellom høyere utdanning og fertilitet (Lappegård, 2006) har studentene i denne studien valgt å utsette moderskapet til de er ferdige med utdannelsen. Knyttet til det enkelte utdanningsfelt er det imidlertid ulike begrunnelser blant kvinnene for hvorfor de, på tross av sterke ønsker om å bli mødre, likevel ikke har valgt å få barn mens de studerer. I lys av teorien om adaptive preferanser viser analysen hvordan kvinnene i de to gruppene på forskjellig vis reflekterer rundt muligheter og begrensninger ved kombinasjonen barn og utdanning.

### 8.3.1 Ambivalens, indre lyst og ytre begrensninger

Medisinstudentene uttrykker stor grad av selvsikkerhet og ubekymrhet i forhold til å mestre en eventuell hverdag med barn og studier. En holdning om at ”alt går” er beskrivende for måtene de forholder seg til en kombinasjon. Samtidig nevnes utfordringer knyttet til strukturelle sider ved selve utdanningen: lange dager, mye obligatorisk undervisning og få muligheter til å legge opp dagen sin selv. Jeg finner det derfor interessant at en kombinasjon ikke oppleves som spesielt vanskelig. I tråd med Abrahamsens (2009) funn i undersøkelsen av arbeidstidspreferanser blant kvinnelige leger og sykepleiere virker ikke holdningene og preferansene blant medisinstudentene å være helt i harmoni med utdanningens faktiske muligheter og begrensninger. De adaptive prosessene synes heller å fremtre ved at studentenes refleksjoner er tilpasset mulighetene de ser ved at andre på studiet mestrer en kombinasjon, samt egne strategier om å ”kjøre på” og ta problemene underveis. Riktignok omtales den påfølgende turnusperioden som en stor hindring i forhold til å få barn. Kvinnene på medisin vil helst begynne med dette tidlig. Ett og et halvt år der de som regel må flytte for å få seg en jobb skaper vanskeligheter med hensyn til barneønsker. Preferansene for barn er utviklet i en retning som samstemmer med utdanningens største begrensning: turnus. De individuelle preferansene for barn bekreftes således som ”påvirkelige, influert av kontekstuelle faktorer og institusjonelle begrensninger” (Abrahamsen, 2009: 3; Elster, 1983). Flere trekker i den sammenheng inn partneren som forutsetning for å mestre en kombinasjon. Nødvendigheten av en partner som kan flytte med er først og fremst relatert til tid. Partneren trengs for å kunne gjennomføre hverdagslivet.

Det kan virke som om holdningene til å få barn er påvirket av presset fra omgivelsene i utdanningen. I analysen refererer jeg til sitater der de forteller at de så og si oppfordres til å gå hjem og lage barn, og at de ”pumpes fulle” med informasjon om hvor viktig det er at man ikke venter for lenge. Dette kan skape sosiale forventninger i miljøet og danne grunnlaget for oppfatninger om at det å skulle kombinere vil la seg gjøre. To av medisinstudentene kunne i utgangspunktet tenkt seg barn under utdannelsen. På grunn av andre forhold som lyst til å reise mer og partner bosatt i en annen by har dette ikke blitt noe av.

I analysen ser vi også at kombinasjonen studier og barn ikke er ønskelig hovedsakelig fordi studentperioden er såpass attraktiv slik den er. Selv om noen ønsket seg barn tidlig, og selv om en kombinasjon oppleves som mulig å få til, eksisterer det på nåværende tidspunkt en oppfatning om at det mest praktiske er å vente. Slik justeres preferanser og atferd etter hva som enklest lar seg realisere enda utdanning og barn i utgangspunktet ansees som kombinerbart.

I tråd med en utvidet forståelse av adaptive preferanser viser dette at hva vi oppfatter som mulig atferd ikke bare er strukturelt betinget. Også sosiale holdninger og forventninger kan bidra til å forme preferanser og hva vi oppfatter som mulige valg (Sunstein, 1991; Abrahamsen, 2009). En holdning blant studentene om at ”alt går” og en opplevelse av at andre på studiet har fått barn påvirker trolig studentene på medisin slik at selve utdannelsen i mindre grad oppfattes som et hinder. Slike holdninger vil generelt kunne redusere opplevelsen av kognitiv dissonans, da man har tro på at ting lar seg gjennomføre uansett begrensninger. Studentene erkjenner riktignok at det finnes utfordringer ved en kombinasjon og har tilpasset preferansene for barn etter når mulighetene for det er *best*: etter utdanning og turnus.

### **8.3.2 Kortere utdanning, praksis og annen tilpasningsstrategi**

Analysen viser at sykepleiestudentene skiller seg fra medisinstudentene ved at en kombinasjon av barn og studier formidles som svært vanskelig. Problemene knyttes til de strukturelle forholdene i utdannelsen, i all hovedsak praksisen. Den lange praksisperioden kan sies å tilsvare den hindringen turnusen utgjør for medisinstudentene, men også resten av studiet omtales blant sykepleiestudentene som vanskelig å kombinere med barn. Mye obligatorisk undervisning skaper utfordringer de ikke umiddelbart anser som overkommelige. Studentene på sykepleie opplever også mangel på tid. De beskriver studiet som veldig tidkrevende sammenlignet med medisinstudentene som først og fremst ser liten tid som en

utfordring i forbindelse med turnus. En tilstedeværende partner trekkes dermed i enda større grad frem blant sykepleiestudentene som premiss for en kombinasjon.

Med en utvidet forståelse av adaptive preferanser hevder Levey (2005) at preferanser ikke bare formes av hva som *ikke er* mulig, men også av hva som *er* mulig. Sykepleiestudentene opplever begrensninger i forhold til å skulle ha barn under studiet. Imidlertid snakker de om andre sykepleiestudenter som får barn og som tar et ”pause-år”. Dette fremstår således som et mulig alternativ og et fornuftig valg. Akkurat i den sammenheng fremstilles ikke selve utdanningen som like stor hindring. Temaet om å ta permisjon fra studiet på grunn av barn både berøres mer og fremstilles i større grad som legitimt blant sykepleiestudentene. I analysen antyder jeg hvordan sykepleiestudentene har en tendens til å dempe ambisjonsnivået og tenke i tråd med faktiske forhold. Samtlige erkjenner de utfordringer som ligger i utdanningen med tanke på barn. Slik avviker de fra medisinstudentene og deres strategi om å ”kjøre på” og forestillingen om at ”alt går”. De kan hevdes å være mer adaptive i sine refleksjoner enn det medisinstudentene er og i større grad reflekterende og planleggende i tråd med utdanningens faktiske muligheter og begrensninger. Både studentene på sykepleie- og medisinstudiet tilpasser seg i stor grad til hva de anser som rimelige valg og muligheter (Levey, 2005). Det er likevel vanskeligere å se hvordan holdningene blant medisinstudentene harmonerer med deres faktiske muligheter og begrensninger.

For å forstå forskjellene i refleksjonene blant de to gruppene er det viktig å ta hensyn til tid, i denne forbindelse lengden på utdanningen. Når det gjelder kvinnenes refleksjoner er det et viktig poeng at sykepleierutdannelsen er kortere og mer praksispreget, mens medisinstudiet er lang, med den tyngste praksisperioden rett i etterkant. Dette gjør trolig at sykepleiestudentene opplever det som vanskeligere å få barn under studiet. Samtidig vil de ikke kjenne det biologiske tidspresset på lik måte som medisinstudentene fordi de kan vente med å få barn til etter endt utdanning og fremdeles være relativt unge. Dette antyder hvordan likhet i fertilitetsutfall blant leger og sykepleiere kan være resultat av ulike tilpasningsstrategier generert av blant annet forskjeller i utdanning.

## 8.4 Familie først

I tråd med tidligere undersøkelser (Lappegård, 2001) finner jeg at samtlige av kvinnene ønsker å kombinere moderskap med en yrkeskarriere. Analysen viser at tilpasningene som

kreves for å få til dette er av noe ulik karakter, men i begge gruppene grunnlagt på en prioritering av barn og familie. I refleksjonene rundt det å kunne leve et liv med barn og samtidig være yrkesaktiv, ser man blant medisinstudentene tydelig en justering av ambisjonene med tanke på hvilket yrke de vil gå inn i. Tre av dem er innstilt på å bli allmennpraktikere. Slik vil de best kunne jobbe og samtidig leve et familieliv ved siden av. I sykepleiernes refleksjoner handler det i stor grad om forutsetningen om en partner for å klare å forene både yrkes- og familieliv. Har man en partner som kan stille opp, vil det kunne løse seg fint, hevdes det. Er man alene vil det kunne by på økonomiske og tidsmessige utfordringer.

I likhet med hovedvekten av medisinstudentene er heller ikke sykepleiestudentene opptatt av å få de ”beste” jobbene. Forskjellen er at dette ikke nødvendigvis skyldes prioritering av barn og familie, det vil si, det gis ikke uttrykk for at dette er et valg de tar basert på å tilpasse seg et familieliv. Slik vil det være uansett, i motsetning til kvinnene på medisinstudiet, som i utgangspunktet kan tenke seg jobber som forutsetter tidkrevende spesialiseringer. Sykepleiestudentenes yrkesambisjoner samsvarer med hvordan de snakker om høy lønn som mindre viktig: *”Lønn er ikke noe jeg er så opptatt av, da hadde jeg heller ikke valgt sykepleie, hvis det var lønn som var det viktige”*. Delvis avspeiler dette forskjellene som hevdes eksisterer innen de to yrkene hva angår karriereambisjoner (Abrahamsen, 2009).

Beck og Beck-Gernsheim (1995) mener individualiseringen har bidratt til å tvinge kvinner til å bygge et liv på egenhånd gjennom arbeidsmarkedet og at dette livet kan gå på bekostning av familieforpliktelser. Arbeidsmarkedsindividualisme er en prosess der man må tilpasse seg presset fra arbeidsmarkedet og inkorporere det i sin egen personlighet, hverdagsliv og framtidsplaner (Beck og Beck-Gernsheim, 1995). I denne studien viser informantene at kommende jobbsituasjon ikke påvirker ønskene og planene de har om barn. Påvirkningsstrømmen går heller den andre veien. Kvinnene bygger et liv gjennom utdanning og arbeidsmarked, men vil ikke la dette gå på bekostning av barn og familie. Måten de tilpasser seg på er å renonsere på idealene i forhold til yrkeskarriere med det ønsket for øyet å tilrettelegge for familieliv.

Når det gjelder medisinstudentene, ser de altså ut til allerede under utdanning å velge bort å gå videre innenfor tidkrevende spesialiseringer, selv om jobb som sykehuslege både er attraktivt og knyttet til høyere status. Med utgangspunkt i et ønske om barn og familieliv tilpasser de seg mulighetene og begrensningene som eksisterer innen legeyrket og gir avkall på

høye jobbambisjoner. Sykepleiestudentene vil ha bred tilgang på deltid og trenger derfor ikke gjøre de samme valgene, men formidler at de vil gå ned i stillingsprosent for å få tid til å yte den omsorgen de ønsker for sine barn. Å tilpasse yrkespreferansene et familieliv blir ikke nødvendigvis så lett for kvinnene på sykepleiestudiet. De vil ikke tjene like godt som allmennpraktikerne og vurderer derfor i større grad om det lar seg gjøre økonomisk. Igjen trekkes partner inn som en viktig forutsetning. Studentene er ikke opptatt av økonomi generelt, men erkjenner at de vil være avhengige av en partner for å ha høy nok familieinntekt. Selv om legeyrket generelt er karakterisert som mindre ”familievennlig” enn sykepleieryrket (Abrahamsen, 2002), kan altså det økonomiske i forhold til kombinasjoner og tilpasninger by på større utfordringer for sykepleierne.

I individualiseringstesen hevdes det at kravene fra arbeidsmarkedet påvirker individene ved at individuell frihet og uavhengighet blir ledende prinsipper for hvordan man skal leve livet. Slik jeg tolker informantene er de overraskende lite styrt av slike prinsipper i forestillingene av barn, familie og jobb. Biografiene planlegges snarere omkring barn og familieliv enn omkring kommende yrkessituasjon. Etter endt utdanning og etableringsfase i jobbene som leger og sykepleiere er det barn og moderskap som står øverst på prioriteringslista. Dette betyr at kvinnene allerede som studenter bekrefter verdien av å leve et familieliv, selv om det er viktig å huske på at dette dreier seg om hypotetiske situasjoner. Slik vi har sett handler dette for noen om å realisere et personlig potensiale – moderskapet blir en form for prestasjon på lik linje med andre ting man ønsker å oppnå i livet. Det kan også tolkes som en form for sosial tilpasning, en måte å tilpasse seg hverdagens og livets omstendigheter (Howell, 2001).

Legeforeningen anser det som et problem at en overvekt av kvinner søker seg til legestudiet fordi kvinner sjeldent velger de vanskelige og tidkrevende spesialiseringene. I stedet for å bli kirurger og nevrologer blir de allmennpraktikere, og man får for få leger innenfor de mest tidkrevende spesialiseringene (Schlichting m.fl., 2007). At dette er noe det tas høyde for allerede underveis i studiet er i den sammenheng viktig å forholde seg til. Medisinstudentene fremstår i utgangspunktet som ”superkvinner”, men renonserer på ambisjonene sine på grunn av ønsker om familie og mellom 3 og 5 barn.

#### **8.4.1 Oppsummering**

Vi har sett hvordan kvinnene i denne undersøkelsen står overfor ulike mulighetssett i forhold til å kombinere barn og studier, og i forhold til å skulle leve et liv med barn ved siden av å ha

en yrkeskarriere. Likhetene og forskjellene i kvinnenes refleksjoner forteller oss om hvordan de to utdanningene legger føringer på planer om barn, mens det er planene om barn som i all hovedsak styrer preferansene for arbeid. Et mål med undersøkelsen har vært å bidra til forståelse av et tilsynelatende paradoks: likheten i fertilitetsutfall mellom to grupper med svært ulike utdannings- og arbeidsvilkår.

Analysen viser at barn og moderskap oppfattes som de viktigste ingredienser i et meningsfullt liv og veier tyngst når noe må prioriteres. Prosessene som kommer før det å få barn, de som leder frem til resultatlikheten er i likhet med mulighetsrommet preget av forskjeller. Den *sosiale betydningen* av barn og barns *posisjon* i kvinnenes liv er imidlertid den samme i begge gruppene. Begrunnelsene kvinnene oppgir for hvorfor de ønsker seg barn skiller seg i det hele tatt lite. Det handler om en indre søken. Moderskapet omfavnes som noe selvsagt og naturlig. Kommende yrkessituasjon formidles ikke som bestemmende for ønsker om barn og familie.

I lys av oppgavens teoretiske bidrag har vi sett hvordan ideen om adaptive preferanser (Elster, 1983) kan bidra til å forstå kvinnenes refleksjoner og atferd. Deres valg og begrunnelser er formet av mulighetene og begrensningene de ser sin i kontekst. Refleksjonene rundt barn dannes på bakgrunn av en vekselvirkning mellom individuelle preferanser og sosiale og institusjonelle faktorer.

Individualiseringsteori og Beck- og Beck-Gernsheims hypoteser om påvirkningen fra individualiseringsprosessene i det senmoderne samfunn har kastet lys over begrunnelsene kvinnene har for ønsket om barn og hvilken posisjon barn har i kvinnenes liv. Den gitte, naturlige rekkefølgen informantene forholder seg til med tanke på tidspunkt for å få barn utfordrer hypotesen om "livet som et planleggingsprosjekt". Å få barn er kulturelt naturalisert, og fører til at et slikt handlingsvalg nesten ikke oppfattes som et valg i det hele tatt. Prinsipper som individuell frihet og uavhengighet fremstår ikke blant kvinnene som ledende prinsipper for hvordan leve sine liv.

Et likt utfall kan ha ulike årsaker. Denne studien har vist hvordan *likheten* i fertilitet blant leger og sykepleiere er utledet av *ulike* sosiale prosesser og tilpasningsstrategier. På tross av tydelige forskjeller langs dimensjoner med betydning for fertilitetsatferd, samt ulikt sett av muligheter i de to gruppenes utdannings- og arbeidsliv, viser kvinnene uventet lik grad av orientering mot barn og familie.







# Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Abrahamsen, B. (2001). Kvinners arbeidstid og arbeidsvilkår: Har deltidsarbeidende dårligere arbeidsforhold enn heltidsarbeidende? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 2, 151-159.
- Abrahamsen, B. (2002). *Heltid eller deltid? Kvinners arbeidstid i kvinnedominerte og mannsdominerte yrker*. Rapport 2002:6. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, B. (2005). *Realisering av arbeidstidspreferanser blant leger og sykepleiere*. Arbeidsnotat 15/2005. Oslo: Senter for profesjonstudier, Høgskolen i Oslo.
- Abrahamsen, B. (2006). *Sykepleie eller medisin? Betydningen av jobbverdier og livsstilspreferanser for kvinners yrkesvalg*. Arbeidsnotat 03/2006. Oslo: Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.
- Abrahamsen, B. (2009). Forskjeller i kvinners arbeidstid - et spørsmål om preferanser? . *Sosiologisk Tidsskrift*, 4
- Alwin, F. D. (1996). From childbearing to childrearing: the link between declines in fertility and changes in the socialization of children. *Population and Development Review*, 22, 176- 196.
- Badinter, E. (1981). *Det naturligste av verden? Om morskjærlighetens historie*: Universitetsforlaget.
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Beck, U., & Beck- Gernsheim, E. (1995). *The Normal Chaos of Love*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage.
- Beck- Gernsheim, E. (1996). Life as a planning project. In S. Lash, B. Szerszynski & B. Wynne (Eds.), *Risk, environment and modernity. Towards a New Ecology* (pp. 139-151): SAGE Publications.
- Bergnéhr, D. (2008). *Timing Parenthood. Independence, Family and Ideals of Life*. Linköping: Linköping University.
- Bianchi, S. M. (2000). Maternal Employment and Time with Children: Dramatic Change or Surprising Continuity. *Demography*, 37(4), 401- 414.

- Bondevik, K., Haukenes, I., & Moen, B. E. (2005). *Er helsemessige og sosiale konsekvenser av helkontinuerlig skiftarbeid og turnusarbeid forskjellig? En litteraturstudie*. Bergen: Universitetet i Bergen/ UNIFOB.
- Brannen, J., Kugelberg, C., Guerreiro, M. D. D., & Smithson, J. (2002). Imagining parenthood and employment: connected or disconnected words? In J. Brannen, A. Nilsen, S. Lewis & J. Smithson (Eds.), *Young Europeans, work and family. Futures in transition*. London: Routledge.
- Brannen, J., & Nilsen, A. (2002a). Young people's perspectives on the future. In J. Brannen, A. Nilsen, S. Lewis & J. Smithson (Eds.), *Young Europeans, work and family. Futures in transition*. London: Routledge.
- Brannen, J., & Nilsen, A. (2002b). Theorising the individual-structure dynamic. In J. Brannen, A. Nilsen, S. Lewis & J. Smithson (Eds.), *Young Europeans, work and family. Futures in transition*. London: Routledge.
- Brannen, J., & Nilsen, A. (2002c). Young People's Time Perspectives. From Youth to Adulthood. *Sociology*, 36(3).
- Brannen, J., & Nilsen, A. (2005). Individualisation, choice and structure: a discussion of current trends in sociological analysis. *The Sociological Review*, 53(3), 412-428.
- Brunborg, H. (2006). Hva skjer med befolkningsutviklingen? *Samfunnsspeilet*, 3.
- Bäck- Wiklund, M., & Bergsten, B. (1997). *Det moderna föräldraskapet: en studie av familj og kön i förändring*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Caldwell, J. C. (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic P.
- Caldwell, J. C., & Schindlmayr, T. (2003). Explanations of the Fertility Crisis in Modern Societies: A Search for Commonalities. *Population Studies*, 57(3), 241-263.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davis, K. (1984). Wives and work: consequences of the sex role revolution. *Population and Development Review*, 10(3), 397- 417.
- Dæhlen, M. (2005). Change in Job Values During Education. *Journal of Education and Work*, 18, 385- 400.
- Ellingsæter, A. L. (2003). Når familiepolitikk ikke virker...Om kontantstøttereformen og mødres lønnsarbeid. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 44, 499- 527.
- Ellingsæter, A. L. (2009). Leave policy in the Nordic welfare states: a "recipe" for high employment/ high fertility? *Community, Work & Family*, 12(1), 1- 19.

- Ellingsæter, A. L., Jensen, A.-M., & Lie, M. (2009). The social meaning of children. Reproductive choice, gender and social class.
- Ellingsæter, A. L., & Leira, A. (2004). Innledning: Velferdsstaten og familien. In A. L. Ellingsæter & A. Leira (Eds.), *Velferdsstaten og familien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elster, J. (1983). *Sour Grapes: Studies in the subversion of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Esping- Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esping- Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., & Myles, J. (2002). *Why We need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2004). Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fawcett, J. T. (1988). The value of children and the transition to parenthood. In R. o. S. Palkovitz, Marvin B. (Ed.), *Transitions to parenthood*. New York, London: The Haworth Press.
- Fjell, T. I. (2002). Kvinner som velger ikke å få barn - hvorfor så problematisk? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1, 76- 78.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Franklin, S. (1997). *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Reproduction*. London: Routledge.
- Gullestad, M. (1992). *The Art of Social Relations: Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Hakim, C. (2002). Lifestyle Preferences as Determinants of Womens Differentiated Labour Market Careers *Work and Occupations*, 29, 428- 459.
- Hoel, M. (1991). *Sykepleieryrket: Fra kvinneyrke til profesjon?* Oslo: Insitutt for Samfunnsforskning.
- Howell, S. (2001). Self- Concious Kinship: Some Contested Values in Norwegian Transnational Adoption. In S. Franklin & S. McKinnon (Eds.), *Relative Values: reconfiguring Kinship Studies*. London: Duke University Press.
- Irwin, S. (1999). *Reproductive Regimes: Gender, Generation and Changing Patterns of Fertility*. Working Paper 16/1999. Leeds: Department of Sociology and Social Policy, University of Leeds.

- Jensen, A.-M. (1995). Gender Gaps in Relationships with Children: Closing or Widening. In K. O. Mason & A.-M. Jensen (Eds.), *Gender and Family Change in Industrialized Countries*. Oxford: Clarendon Press.
- Jensen, A.-M. (2004). Harde fakta om mye menn. In A. L. Ellingsæter & A. Leira (Eds.), *Velferdsstaten og familien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krange, O. (2004). *Grenser for individualisering. Ungdom mellom ny og gammel modernitet*. Rapport 4/2004. Oslo: NOVA.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lappegård, T. (1998). Større ulikhet i barnetall. *Samfunnspeilet*, 5.
- Lappegård, T. (1999). Akademikere får også barn, bare senere. *Samfunnspeilet*, 5.
- Lappegård, T. (2000). New fertility trends in Norway. *Demographic Research*, 2.
- Lappegård, T. (2001). Valg av utdanning - valg av livsløp? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 3.
- Lappegård, T. (2001b). "Den norske superkvinnen" - Om fruktbarhetsutviklingen på 1990-tallet og nye utfordringer for familiepolitikken. *Økonomiske analyser*, 4.
- Lappegård, T. (2002). *Education attainment and fertility pattern among Norwegian women*. Oslo: Statistics Norway.
- Lappegård, T. (2006). *Studies on Fertility and Childcare in Contemporary Norway*. Unpublished Doktorgrad, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Lappegård, T. (2007). Sosiologiske forklaringer på fruktbarhetsendring i Norge i nyere tid. *Sosiologisk tidsskrift*, 15(1), 55-71.
- Lappegård, T., & Rønsen, M. (2005). The Multifaceted Impact of Education on Entry into Motherhood. *European Journal of Population*, 21, 31-49.
- Leira, A. (2004). Omsorgsstaten og familien. In A. L. Ellingsæter & A. Leira (Eds.), *Velferdsstaten og familie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lesthaeghe, R. J. (1995). The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. In K. O. Mason & A.-M. Jensen (Eds.), *Gender and family change in industrialized countries* (pp. 17- 62). Oxford: Clarendon Press.
- Levey, A. (2005). Liberalism, Adaptive Preferences and Gender Equality. *Hypatia*, 20(4), 128- 143.
- Lyngstad, T., & Noack, T. (2005). Vil de velge bort familien? En studie av unge nordmenns fruktbarhets- og ekteskapsintensjoner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 8(3), 123- 134.

- Morgan, P. S., & King, R. B. (2001). Why Have Children in the 21st Century? Biological Predisposition, Social Coercion, Rational Choice. *European Journal of Population*, 17, 3- 20.
- Nomaguchi, K. M., & Milkie, M. A. (2003). Costs and Rewards of Children: The effects of Becoming a Parent on Adults' Lives. *Journal of Marriage and Children*, 65(May 3003), 356- 374.
- Oakley, A. (1979). *Becoming a mother*. Oxford: Martin Robinson & Company.
- 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. In C. B. Douglas (Ed.), *Barren States. The Population "Implosion" in Europe*. New York: Berg.
- Richardson, D. (1993). *Women, Motherhood and Childrearing*. New York: St. Martin's Press.
- Rindfuss, R. R., St. John, C., & Bumpass, L. L. (1984). Feedback. Education and the Timing of Motherhood: Disentangling Causation. *Journal of Marriage and Family*, 6(4. nov.), 981- 984.
- Rønsen, M., & Skrede, K. (2006). Nordic fertility patterns: compatible with gender equality? In A. L. Ellingsæter & A. Leira (Eds.), *Politicising parenthood in Scandinavia*. Bristol: Policy Press.
- Schlichting, E., Nielsen, H. B., Fosså, S. D., & Aasland, O. G. (2007). Kvinners karriereutvikling i klinisk akademisk medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 16(23. august), 127: 2109- 2112.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research*. London: SAGE.
- Sunstein, C. R. (1991). Preferences and Politics. *Philosophy & Public Affairs*, 20(1), 3-34.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- van de Kaa, D. J. (2004). Discussion of paper "Explanations of the fertility crisis in modern societies: A search for commonalities", *Population Studies* 57(3):241-263, by John Caldwell and Thomas Schindlmayr. *Population Studies*, 58(1), 77-92.
- Widerberg, K. (2005). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- With, M. L. (2007). *Betydningen av orientering mot arbeid for kvinners tilpasning på arbeidsmarkedet*. Unpublished Master, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Wærdahl, R. (2008). *Analyseteknikker og analysestrategi*. Forelesningsnotat. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

## **Kildehenvisninger:**

NOU, 2008. Lesedato: 15.05.11

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2008/nou-200817/5.html?id=532358>

NAV, 2011. Lesedato: 13.03.11

<http://www.nav.no/Familie/Svangenskap%2C+f%C3%B8dsel+og+adopsjon/Aktuelle+tema/St%C3%B8nadsperioden+for+foreldrepenger+ved+f%C3%B8dsel+og+adopsjon.244178.cms>

SSB, 2009. Lesedato: 14.09.10

[http://www.ssb.no/minifakta/main\\_03.html#tab0305](http://www.ssb.no/minifakta/main_03.html#tab0305)

SSB, 2011. Lesedato: 20.09.10

<http://www.ssb.no/emner/02/02/10/fodte/>

Stortingsmelding nr. 12, 2003- 2004. Lesedato: 20.05.11

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/20032004/Stmeld-nr-12-2003-2004-.html?id=197547>

Universitas, 2005. Lesedato: 15.04.11

<http://universitas.no/magasin/46756/med-barn-pa-blindern>

Lånekassen, 2011. Lesedato: 18.05.11

<http://www.lanekassen.no/nb-NO/Hovedmeny/Stipend-og-lan/Fodsel/Foreldrestipend>

Regjeringen, 2011. Lesedato 01.06.11

<http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2011/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Foreldrepenge-auka-fedrekvote/>

NESH, 2011. Lesedato: 18.08.11

<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Antall ord: 39560

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.



# 9 Vedlegg 1

## **Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave**

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Min masteroppgave er tilknyttet et større forskningsprosjekt ved UiO og NTNU og skal omhandle den sosiale betydningen av barn og reproduktivt valg. Formålet med oppgaven er blant annet å bidra til økt empirisk kunnskap om de sosiale mekanismene bak fertilitetsmønstre i Norge. Temaet for denne oppgaven er altså valget om å få barn/ikke å få barn, den sosiale betydningen av barn og barns posisjon i kvinners livsprospekter. Jeg vil undersøke kvinnelige studenters resonnementer, preferanser, verdier, idealer, planer, tanker og begrunnelser i tilknytning til det å få barn og barns betydning i individuelle forestillinger av livsløp.

Min masteroppgave er et kvalitativt prosjekt. For å kunne svare på forskjellige spørsmål rundt det aktuelle temaet ønsker jeg å intervju 10- 15 studenter i den avsluttende fasen av sin utdanning. Dette vil dreie seg om studenter på sykepleiestudiet og medisinstudiet. Spørsmålene vil handle om holdninger i forhold til å få barn, et liv med barn/uten barn, utdanning og utdanningskarriere, ambisjoner i forhold til yrke, karriere og lignende.

Sykepleiere og leger utgjør to sosiale grupper som i relativt stor grad skiller seg fra hverandre på områder som utdanning, arbeidssituasjon, yrkesstatus og lønnsnivå. Når det gjelder fertilitetsutfall derimot er disse gruppene svært like. Derfor vil det være interessant å undersøke hva dette skyldes, hva det er som bidrar til at ulike forhold får likt resultat. Gjennom intervjuer vil jeg se på forskjeller og likheter mellom medisins- og sykepleiestudenter i forhold til blant annet preferanser og begrunnelser rundt spørsmålene om barn, utdanning og yrke. Slik ønsker jeg å bidra til bedre forståelse av unge kvinners fertilitetsatferd og barns sosiale betydning i deres liv, samt kvalitativt utforske og berike kvantitative funn.

Intervjuet vil vare i ca. en time og jeg vil ta notater underveis. Av praktiske grunner vil også båndopptaker bli benyttet. Som informant er din deltakelse i prosjektet frivillig og du kan velge å trekke deg fra intervjuet eller oppheve samtykket når som helst mens prosjektet pågår. Alle data vil behandles konfidensielt og jeg har taushetsplikt i forhold til informasjon som

kommer frem under intervjuet. Innsamlede data om informanter vil bli anonymisert og det vil kun være jeg som har tilgang på de opplysningene som lagres. Disse vil dessuten være aidentifiserte. Ved oppgavens ende vil intervjunotater og opptak slettes. Prosjektets varighet er fra august 2010 til mai 2011.

Har du lyst til å delta som informant og bli intervjuet er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen som ligger vedlagt. Har du spørsmål om deltakelse eller prosjektet generelt kan du ringe meg på 97693685 eller sende en e- post til

[mariom@student.sv.uio.no](mailto:mariom@student.sv.uio.no).

Studien er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Mari Ommundsen

Arendalsgata 6

0465 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av reproduktivt valg og utdanning og ønsker å stille på intervju

Signatur.....

Telefonnummer.....

# 10 Vedlegg 2

## Intervjuguide

Alder

Søsken

Partner? Partners utdanning

Sosial bakgrunn (foreldres utdanning og yrke)

Når fikk foreldrene til informanten barn?

### **Om utdanning**

Hvorfor valgte du denne utdannelsen?

Hvilken betydning hadde, karrieremuligheter, arbeidstid og lønn for valget ditt?

Tenkte du på kombinasjonen med barn da du valgte utdanning?

Ville det vært lett å få barn ved siden av utdanningen din? Ville det vært vanskelig?

Hvis du hadde fått barn- hadde det gått greit å kombinere med dine studier? Hvorfor/hvorfor ikke?

Er det noen av vennene dine/studentene på studiet ditt som har fått barn? Hva tenker du om det/om å velge å få barn tidlig?

Snakker dere ofte om barn og det å skulle få barn, tidspunkt og lignende? Hvis ikke - hvorfor?

Generelt, hvordan opplever du holdningene til barn i din omgangskrets? Er det noen som ikke ønsker seg barn i det hele tatt? Hva synes du om det?

Hva er planene dine når du er ferdig med utdanningen din?

Har du gjort deg noen tanker om hvordan yrkeslivet ditt vil se ut?

Enkelte kvinner som velger å få barn før endt utdanning uttrykker at de møter negative holdninger hos andre. Hva tror du er grunnen til dette?

### **Om barn:**

Ønsker du deg barn? Hvorfor/hvorfor ikke?

Når passer det for deg å få barn? I hvilken livssituasjon vil det ikke passe for deg å få barn?  
*Hvorfor?*

Er det noe du føler har fått deg til å vente med å få barn? Hva?

Hvis partner – har du og partneren din diskutert det å skulle få barn? Hvorfor tror du at dere ikke har snakket om dette enda?

Er det viktig for deg å begynne å jobbe før du får barn? Hvor lenge har du lyst til å jobbe før du får barn? *Hvorfor/hvorfor ikke?*

Er det noe annet som må være på plass før du velger å få barn?

Hvor mange barn ønsker du å ha? Hva er for mange og hva er for få? 2?3?4? *Hvorfor?*

Er det noe som kan føre til at du får færre barn enn du ønsker deg?

Er du redd for å ikke kunne få barn?

Hvilke forandringer ser du for deg at et barn vil skape i livet ditt?

Ville du vært friere til å gjøre det du vil uten barn?

Er uavhengighet et tap ved å få barn slik du ser det? *Hvorfor?*

Å få barn – betyr det å ”gi opp andre ting”? Tror du at du som mor/kvinne vil kunne oppleve det slik?

Hvorfor tror du at så mange kvinner føder senere nå enn før?

Er det noen situasjoner du kan tenke deg der du ville valgt bort barn?

Hvis du ikke kunne fått barn, vil du fremdeles kunne leve et meningsfullt liv?

Hva gjør et liv meningsfullt for deg? Hva bør være på plass?

### **Status/ vellykkethet (fertilitet og sosial status- hvordan barn inngår i vellykkethet)**

Hvordan ser idealfamilien ut?

Gir det status i ditt miljø å ha mange barn?

Hva slags signaler er gir det å ha mange barn?

### **Moderskap**

Hvordan ser du på det å skulle bli mor? Noe du kan tenke deg er viktig for deg som kvinne?  
*Hva slags verdi har en slik rolle? Viktig for deg som kvinne?*

Føler du det ligger forventninger til deg i forhold til å få barn? *Fra hvilket hold?*

Hva tror du det ville bety for din identitet, å få barn? På hvilke måter vil det kunne begrense/berike livet ditt?

Hvordan vil det å få barn påvirke deg og partneren din? Hvordan vil det påvirke deg og familien din? Hvordan vil det påvirke deg individuelt og synet på deg selv?

Hva forbinder du med å være en god mor?

Hvordan oppfatter du samfunnets krav om det å være en god mor?

Hvordan tror du at du vil være mor?

Hva er en god ramme rundt barns oppvekst? Hva er viktig i utformingen av moderskapet ditt?

Hvordan tenker du at du og partneren din skal fordele foreldrepermisjonen?

Hvor gammelt skal barnet ditt være når det begynner i barnehagen?

Gir det å ha barn økt status i samfunnet vårt? I så fall- hvordan da?

Tror du det er enklere/vanskeligere å være mor i dag enn det var før? Hvorfor/ hvorfor ikke?

### **Om fremtidig yrke**

Hva ville være idealjobben din, drømmejobben?

Hva slags arbeidstid ønsker du? Hva slags stilling ønsker du etc.

Hvis du ser mer realistisk på det, hvordan ser jobbsituasjonen din ut da?

Har du gjort deg noen tanker om hvordan yrkeslivet ditt vil se ut? Har du noen ønsker for yrkesløpet ditt?

Hva er viktige egenskaper ved en jobb/ Hva vil være viktig i valg av jobb?

Hvor lett tror du det vil bli å få seg jobb?

Hvor lett tror du det vil bli å få fast jobb?

Vil dette ha betydning for barneplanene?

Ser du for deg at din fremtidige jobb vil være vanskelig å kombinere med barn?  
*Hvorfor/hvorfor ikke?*

Hva tenker du din fremtidige jobb vil bety for deg?

Hvordan vil du jobbe mens du har små barn? Heltid/deltid.

Føler du det ligger noen forventninger til deg i forhold til fremtidig jobb?

Hvordan vil du beskrive en karrierekvinne? Hvordan er du selv i forhold til denne beskrivelsen? Passer den deg?

### **Parforhold**

Hvordan vil du og partneren din fordele arbeidsoppgaver hjemme? Fordeling av utearbeid og innarbeid, fulltid/deltid, permisjon?

Vil du kjøpe tjenester som vaskehjelp og /eller au pair?

Hvis du og din partner får barn, tror du en av dere vil være hovedforsørger, eller vil dere dele likt?

