



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

En kvalitativ undersøgelse af Livet i fertilitetsbehandling

Kandidatspeciale af: Sissel Overgaard Høgsberg, 20194139

Vejleder: Alfred Sköld

Dato: 30/05-2025

Specialets samlede antal tegn: 165.537

Svarende til antal normalsider: 68,9

10. semester, Psykologi

Specialeafhandling

Aalborg Universitet

Abstract

Around the world, fertility rates are declining, and an increasing number of children are being born with the help of fertility treatments. In Denmark, one out of every nine children born in 2023 was conceived using fertility treatment (Sundhedsdatastyrelsen, 2024). Politicians are allocating more funding to fertility treatment, making it possible for more people to realize their dream of having children. With hormonal injections, egg retrieval and embryo transfer, fertility treatment will most often be physically draining for women. However, fertility treatment can also take a significant mental toll. This thesis examines the psychological aspects of undergoing fertility treatment as involuntary childless, based on the research question: *How is it experienced to be involuntarily childless during fertility treatment?*

This qualitative study investigates the experiences of involuntary childlessness and fertility treatment through three semi-structured interviews. Three women were recruited through access to a fertility clinic and a closed Facebook group for women experiencing involuntary childlessness. The women were all actively undergoing fertility treatment with their partners, and none had children or stepchildren beforehand.

The theoretical framework includes a threefold investigation into why people want to have children. The desire for children is examined from evolutionary psychological, sociocultural, and existential perspectives. In doing so, various psychological disciplines collaborate to form a comprehensive picture of why people desire to have children.

Through a thematic analysis, five central themes were identified: *psychological impact*, *social relationships*, *romantic relationships*, *consequences of treatment*, and *the desire for a child*. The analysis showed that all three women were profoundly impacted by fertility treatment, affecting multiple areas of their lives. They reported that their quality of life, social relationships, sex lives, sense of identity, stress levels, and mental health were all negatively affected. Two women felt that their relationship had grown stronger through the fertility treatment, but aside from this, there were only negative consequences. One of the analysis's key findings is the women's deep desire for a child, driving them to endure the exhausting treatment. This desire is complex, grounded in biological, cultural, and existential factors.

This study explores whether patients undergoing fertility treatment should be provided with psychological support. It concludes that offering psychological services at fertility clinics could help patients manage emotional challenges and potentially improve their chances of pregnancy.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	1
1.1 PRÆCISERING OG AFGRÆSNING	2
1.2 BEGREBSAFKLARING	3
2. LITTERATURGENNEMGANG	4
2.1 PSYKOLOGISK STRESS – ÅRSAG ELLER KONSEKVENNS AF INFERTILITET?	4
2.2 INFERTILITET OG LIVSKVALITET	5
2.3 INFERTILITET OG PSYKOPATOLOGI	6
2.4 KVALITET AF ÆGTESKAB, SEXLIV OG ARBEJDSEVNE	7
2.5 OPLEVELSEN AF INFERTILITET OG FERTILITETSBEHANDLING	9
2.6 OPSUMMERING OG AFRUNDING	10
3. TEORI	11
3.1 EVOLUTIONSPSYKOLOGISK PERSPEKTIV PÅ REPRODUKTION	11
3.1.1 Seksuel selektion og investering i barnet	11
3.2 SOCIOKULTURELLE PERSPEKTIVER PÅ FAMILIESTIFTELSE	13
3.2.1 Sociale normer og 'the new momism'	14
3.2.2 Social kapital og modsvar på refleksiviteten	15
3.3 EKSISTENTIELLE PERSPEKTIVER PÅ ØNSKET OM ET BARN	16
3.3.1 Børn som en forlængelse af parforholdet	17
3.3.2 Identitet	17
3.3.3 Er børn meningen med livet?	19
3.4 OPSAMLING	20
4. METODOLOGI	21
4.1 KVALITATIVE FORSKNINGSMETODER	21
4.1.1 Det semistrukturerede interview	22
4.2 VIDENSKABSTEORI	23
4.2.1 Fænomenologi	23
4.2.2 Hermeneutik	24
4.2.3 Specialets videnskabsteoretiske tilgang	25
4.2.4 Forforståelser	27
4.3 AFRUNDING	27
5. METODE	28
5.1 UDFORMNING AF INTERVIEWGUIDE	28
5.2 INFORMANTSØGNING	29
5.2.1 Interviewsituationen	30
5.3 ETISKE OVERVEJELSER	31
5.3.1 Informeret samtykke	31
5.3.2 Fortrolighed	32
5.3.3 Konsekvenser	32
5.3.4 Forskerrollen	33
6. ANALYSE	33
6.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	33
Camilla	34
Signe	34
Malene	34
6.2 TEMATISK ANALYSE	34
6.2.1 Præsentation af temaer	35
6.2.2 Psykisk påvirkning	36
6.2.3 Sociale relationer	39
6.2.4 Parforhold	42
6.2.5 Konsekvenser af behandling	45

6.2.6 Ønsket om et barn	47
6.3 OPSUMMERING AF ANALYSENS HOVEDFUND	51
7. DISKUSSION	51
7.1 DISKUSSION AF STUDIETS HOVEDFUND	52
7.1.1 På kompromis med lykke	52
7.1.2 Psykologisk hjælp til patienter i fertilitetsbehandling	52
7.2 DISKUSSION AF SPECIALETS ANVENDTE METODE OG TEORIER	54
7.2.1 Kvaliteten af specialet.....	54
7.2.2 Diskussion af den valgte metode	56
7.2.3 Det kønnede perspektiv	57
7.2.4 Diskussion af specialets anvendte teorier	58
8. KONKLUSION	62
LITTERATURLISTE	64

BILAG 1: INFORMANTSØGNING

BILAG 1b: OPSLAG TIL FACEBOOK

BILAG 2: SAMTYKKEERKLÆRING

BILAG 3: SKRIFTLIGT INFORMATIONSMATERIALE

BILAG 4: INTERVIEWGUIDE

1. Indledning

Sulten efter at få et barn er sær. Jeg gør mig ingen forestillinger om at mit liv vil blive lykkeligere. (...) Men jeg har ingen tøven, ingen tvivl jeg vil det med alt hvad jeg er (Høeg, 2022, p. 185).

Således beskriver hovedpersonen Mia længslen efter at få et barn i Tine Høegs roman *SULT* fra 2022, der skildrer livet i fertilitetsbehandling og drømmen om at få et barn – et liv, flere og flere danskere kan spejle sig i. Hvert niende barn født i 2023, svarende til 10,6% af alle levendefødte børn i Danmark samme år, blev født efter fertilitetsbehandling. Dette er en stigning fra blot tre år før, hvor hvert ellefte barn – svarende til 8,8% af alle børn født i 2020, blev født efter fertilitetsbehandling (Sundhedsdatastyrelsen, 2024). Dette er tal, som umiddelbart ikke virker til at være dalende. Fertiliteten er nemlig under pres – ikke blot i Danmark men på verdensplan. Nyere tal fra World Health Organization (WHO) peger på, at det på verdensplan er omkring hver sjette person i den reproduktive alder, som oplever problemer med fertiliteten (2023). Et samfundsproblem, hvis vi spørger politikerne, og anledning til smerte og længsel for den enkelte, som ønsker at blive forældre. I Danmark ser vi, at politikere præsenterer tiltag for at afhjælpe infertiliteten. Med finansaftalen i 2024 afsatte regeringen årligt 45 millioner kroner til at styrke fertilitetsområdet, hvilket konkret betød, at regeringen øgede antallet af gratis behandlingsforsøg med reagensglasbehandlinger (IVF/ICSI) fra tre til seks forsøg (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024a). I 2024 blev det ligeledes vedtaget af regeringen, at par og enlige som ønsker hjælp til at få barn nummer to, nu kan modtage gratis reagensglasbehandling. Til dette blev der afsat 150 millioner kroner årligt fra januar 2025 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024b). Flere får altså mulighed for at modtage fertilitetsbehandling og forhåbentlig skabe sig den familie, de ønsker. Fertilitetsbehandling er dog ikke nødvendigvis lig glæde og håb for ufrivilligt barnløse. Fertilitetsbehandling kan være fysisk såvel som psykisk opslidende. Med forskellige behandlingsmuligheder, som vil blive specificeret senere i dette speciale, er der mere eller mindre indgribende former for fertilitetsbehandling. Fysisk er det oftest kvindens krop, som er genstand for behandlingen – dette uanset om det er kvinden eller manden, som oplever fertilitetsudfordringer. Hormonpræparater indtages og indsprøjtes, æg tages ud og lægges op igen og cyklussen bliver kunstigt afbrudt og opstartet. Der er en generel forståelse af, at den fysiske behandling kan være hård for kroppen. Men den psykiske del af at være i fertilitetsbehandling kan ligeledes være belastende for den enkelte patient. Personer i

fertilitetsbehandling er i øget risiko for at opleve psykologisk og følelsesmæssig stress (Simionescu et al., 2021). Fertilitetsproblemer kan føre til dårligere selvværd og selvtillid, socialt pres og isolation og give anledning til økonomiske bekymringer (Simionescu et al., 2021). Disse negative psykologiske konsekvenser kan føre til yderligere svækkelse af fertiliteten ved eksempelvis at forværre sædkvaliteten eller forstyrre menstruationscyklussen (Jain et al., 2023; Simionescu et al., 2021). Derudover findes der også psykologiske bivirkninger ved meget af den medicin, som tilbydes patienter i fertilitetsbehandling. Der er eksempelvis fundet sammenhæng mellem det ovulationsstimulerende præparat Clomid og angst, søvnbesvær og irritation hos kvinder (Simionescu et al., 2021). Således kan den psykologiske stress medført af fertilitetsbehandling altså få store sociale og individuelle samt reproduktive konsekvenser for den enkelte patient.

Med flere og flere patienter på venteliste til landets travle fertilitetsklinikker er det relevant at kigge nærmere på, hvordan fertilitetsbehandling påvirker den enkelte set ud fra et psykologisk perspektiv. Det vurderes relevant at undersøge livet i fertilitetsbehandling med udgangspunkt i den enkeltes oplevede erfaring, hvorfor dette speciale tager afsæt i følgende problemformulering: *Hvordan opleves det at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling?*

1.1 Præcisering og afgrænsning

Specialets problemformulering tager afsæt i den enkeltes oplevelse af at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. Dette vil blive undersøgt med en kvalitativ tilgang i form af tre semistrukturerede interviews med en fænomenologisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang. En nærmere beskrivelse af specialets kvalitative metode og videnskabsteoretiske ståsted findes i afsnit 4 om metodologi.

Ud fra ovenstående problemformulering ønskes en forståelse af, hvordan det opleves at være ufrivillig barnløs. Derfor har ingen af specialets informanter børn i forvejen – hverken med deres nuværende partner eller tidligere partnere. Specialet beskæftiger sig med personer, som er i et igangværende fertilitetsbehandlingsforløb, og dermed er personer, som tidligere i deres liv har været i fertilitetsbehandling ikke repræsenteret blandt informanterne. Denne afgrænsning er valgt ud fra formodningen om, at personer, der har afsluttet et fertilitetsbehandlingsforløb, enten har fået et barn eller måske har opgivet håbet om at få et barn – begge udfald formodes at kunne påvirke erindringen om, hvordan livet i fertilitetsbehandling oplevedes.

Fertilitetsbehandling kan i Danmark tilbydes til heteroseksuelle eller lesbiske par samt enlige kvinder, der ønsker at være solo-mødre (Elbæk et al., 2023). Målgruppen er i dette speciale afgrænset til personer i heteroseksuelle parforhold for at skabe en homogenitet i interviewgruppen og for at belyse de eventuelle forskelle, der kan findes mellem mænd og kvinder. Herudover er det kun heteroseksuelle par, som kan have forsøgt at få børn på egen hånd via ubeskyttet samleje, hvilket kan have betydning for interviewpersonernes niveau af frustration – der formodes at være forskel på, om man forgæves har forsøgt at blive gravid i mindst et års tid inden behandling, eller om man lige er startet i behandling uden tidligere graviditetsskuffelser. Dog anerkendes det, at lesbiske par samt enlige kvinder, der gerne vil være solo-mødre, også kan have haft et brændende ønske om et barn igennem en længere periode. Specialets øvrige in- og eksklusionskriterier præsenteres i afsnit 5.2.

1.2 Begrebsafklaring

Følgende afsnit vil præsentere en begrebsafklaring af centrale begreber, der vil blive brugt igennem hele specialet. Ligeledes præsenteres en kort gennemgang af de mest udbredte former for fertilitetsbehandlinger. Disse vil blive beskrevet for at give en forståelse for omfanget af behandlingerne.

Infertilitet: Infertilitet kan også beskrives som nedsat frugtbarhed, og er manglende evne til at få børn (Pinborg, 2024). Infertilitet kan både være primær og sekundær. Den primære infertilitet betegner de tilfælde, hvor kvinden aldrig har opnået en graviditet, mens den sekundære infertilitet betegner de tilfælde, hvor kvinden tidligere har opnået graviditet (Pinborg, 2024).

Ufrivillig barnløshed: Dette begreb bruges når et par igennem mindst et år aktivt har forsøgt, gennem regelmæssig samleje, at opnå graviditet uden succes. Det er ofte efter et år uden opnået graviditet, at parret kan blive henvist til fertilitetsbehandling (Pinborg, 2024).

Fertilitetsbehandling: Behandling af infertilitet. Fertilitetsbehandling indledes som regel med en udredning, for at finde ud af om der er nogen umiddelbar årsag til infertiliteten. Dette inkluderer ofte en sædprøve, scanning af æggeledere samt eventuelt en hormonundersøgelse (Pinborg, 2024). Findes en årsag til infertiliteten, kan behandlingen i højere grad målrettes hver enkelt patient. Nedenfor beskrives kort nogle af de mest anvendte behandlinger af infertilitet.

Hormonstimulering for at fremme ovulation: For at fremme ægløsning kan kvinden tilbydes hormonstimulering, som enten indtages i tabletter eller gives som indsprøjtning (Pinborg, 2024).

Insemination/ Intrauterin Insemination (IUI): Tilbydes i tilfælde med let/moderat nedsat sædkvalitet eller uforklarlig infertilitet. Mandens sæd renses og indføres i kvindens livmoder. Ofte følges insemination med hormonstimulering for at sikre de bedste vilkår for succesfuld graviditet. Insemination kan også foregå med donorsæd (Pinborg, 2024).

In vitro fertilisation (IVF): IVF er alment kendt som 'reagensglasbehandling'. Ved IVF skal kvinden have taget æg ud af æggestokkene, som efterfølgende tilsættes sæd uden for kroppen. Således vil sæden befrugte ægget, og efter 2-5 dage placeres det befrugtede æg i kvindens livmoder (Pinborg, 2024).

Intra cytoplasmatisk sædinjektion (ICSI): ICSI fungerer som IVF, men i stedet for at tilsætte sæden, som selv skal finde vej til ægget, vil man indføre en enkelt sædcelle via kanylen til ægget, inden det igen placeres i kvindens livmoder (Pinborg, 2024).

2. Litteraturgennemgang

Følgende afsnit vil præsentere udvalgt psykologisk forskning på området vedrørende psykologiske aspekter af ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Der ønskes en præsentation af den eksisterende forskning for at danne et overblik over forskningsfeltet og dermed give et indblik i feltets anvendte metoder og teorier. Denne litteraturgennemgang er ikke et udtømmende litteraturreview, men nærmere et overordnet blik på den allerede eksisterende forskning på området. Orienteringen i den nuværende forskningslitteratur danner grundlag for, hvilke psykologiske aspekter af livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling dette speciale bør være særligt opmærksom på. Databaserne PsycInfo og PubMed er benyttet til denne litteratursøgning, idet det vurderes, at disse databaser rummer en stor mængde psykologisk relevant forskningslitteratur.

2.1 Psykologisk stress – årsag eller konsekvens af infertilitet?

Historisk set er forskningsfeltet vedrørende de psykologiske aspekter af infertilitet et relativt nyt område, som indtil 1980'erne kun rummede få kontrollerede studier (Greil, 1997). Traditionelt set har forskningslitteraturen været delt i to, som repræsenterer to forskellige teoretiske ståsteder om, hvorvidt psykologisk stress forårsager infertilitet, eller om psykologisk stress er en konsekvens af

infertilitet (Galst, 2018; Greil, 1997). Disse teorier benævnes henholdsvis *psychogenic hypothesis* og *psychological consequences hypothesis* (Greil, 1997). Den psykogenetiske hypotese var generelt set dominerende i forskningen op gennem 1980'erne. Denne teori byggede på antagelsen om, at psykologiske faktorer ofte lå til grund for infertilitet – særligt i de tilfælde, hvor der ikke var nogen umiddelbar somatisk forklaring på infertiliteten. Det var eksempelvis ikke en afvist teori, at infertile kvinder havde en ubevidst modvilje mod sex, graviditet, fødsel og moderskabet, som forårsagede infertiliteten (Galst, 2018; Greil, 1997). På trods af at den psykogenetiske hypotese ikke rigtig vinder indpas i forskningen i dag, har hypotesen dog alligevel en vis interesse, for det kan muligvis ikke helt afvises, at psykologisk stress også påvirker fertiliteten. Flere studier peger nemlig på, at psykologisk stress kan være årsag til nedsat sædkvalitet, hvilket kan gøre det vanskeligere at opnå graviditet via inseminering eller IVF-behandling (Simionescu et al., 2021). Herudover kan stress også påvirke kvindens menstruationscyklus, hvilket ligeledes kan blive en hindring for at opnå graviditet (Jain et al., 2023). Så foruden en generel interesse i at øge det mentale helbred for infertile par, kan det altså også være en fordel for fertilitetsbehandlingens outcome at kigge på psykologiske aspekter af infertilitet og fertilitetsbehandling.

Det står dog ikke til debat om infertilitet og fertilitetsbehandling kan forårsage psykologisk stress for individet, hvorfor mange også arbejder ud fra hypotesen om, at psykologisk stress for mange er en direkte konsekvens af infertilitet – altså den førromtalte *psychological consequences hypothesis* (Greil, 1997; Rooney & Domar, 2018). Et andet vigtigt perspektiv, som særligt den kvalitative del af forskningen indtager, ser på infertilitet ikke blot som en sygdom men også som en sociokulturelt betinget konstruktion – infertilitet bliver en lidelse, idet et individ eller et par har et ønske om forældreskab. Infertilitet er, ud fra dette perspektiv, altså ikke defineret ud fra symptomer, som mange andre lidelser, men nærmere ud fra den manglende evne til at opnå en ønsket social rolle som forælder (Greil et al., 2010). Derfor vil dette sociokulturelle perspektiv fokusere mindre på psykopatologiske konsekvenser i et sygdomsperspektiv og mere på oplevelsen af infertilitet (Greil et al., 2010).

2.2 Infertilitet og livskvalitet

Generelt set er der i forskningslitteraturen konsensus om, at individer, som oplever infertilitet, er i øget risiko for at opleve negative psykiske og sociale følger heraf (Braverman et al., 2024; Galst, 2018). Et studie har fundet, at infertilitet kan medføre lige så meget stress for individet som andre alvorlige lidelser såsom cancer og HIV (Domar et al., 1993 if. Galst, 2018). Forskningsfeltet er derfor

særligt optaget af, hvilke negative psykiske konsekvenser det kan have for personer, der oplever infertilitet. Mange studier har målt på disse negative psykiske konsekvenser ved hjælp af måleinstrumenter til måling af livskvalitet (eg. Jisha & Thomas, 2016; Swift et al., 2022). I et systematisk review af Chachamovich et al. (2010) undersøges 14 studier, som har kigget på infertile mænd, kvinder og pars målte livskvalitet sammenholdt med fertile kontroller. Samtlige studier finder, at infertile kvinder scorer lavere på domæner som mentalt helbred, social funktion og emotionel adfærd sammenholdt med fertile kontroller (Chachamovich et al., 2010). For mænd er billedet ikke helt så entydigt. Et hollandsk og et amerikansk studie rapporterer lavere scorer på domænerne social funktion, emotionel adfærd og mentalt helbred blandt infertile mænd sammenlignet med fertile kontroller (Chachamovich et al., 2010). Dog finder et italiensk studie umiddelbart ikke samme forskelle på scorer mellem infertile og fertile mænd (Chachamovich et al., 2010). Sammenlignes i stedet infertile mænd og infertile kvinder, scorer infertile kvinder lavere på samtlige domæner på måling af livskvalitet på tværs af alle medtagne studier (Chachamovich et al., 2010). Reviewet identificerede desuden nogle gennemgående faktorer, som modererer niveauet af livskvalitet, og fandt blandt andet, at tidligere mislykkedes IVF behandling var associeret med lavere scorer på mentalt helbred-domænet (Chachamovich et al., 2010).

Fundene fra dette systematiske review peger altså i retning af, at infertile mænd og kvinder generelt set oplever ringere livskvalitet end fertile mænd og kvinder. Er særligt fokus bør være på infertile kvinder, idet disse synes at opleve markant ringere livskvalitet end infertile mænd – og i særlig grad, hvis de har mislykkedes IVF forsøg bag sig (Chachamovich et al., 2010).

2.3 Infertilitet og psykopatologi

Andre dele af forskningen har beskæftiget sig med risici for udvikling af psykopatologi for individer, der lider af infertilitet (eg. Xu et al., 2017; Yusuf, 2016). Et pakistansk studie af Yusuf (2016) undersøgte niveauer af depression, angst og stress blandt hundrede pakistanske kvinder, der led af infertilitet sammenlignet med hundrede fertile pakistanske kvinder. Studiet fandt overvældende høje scorer på alle tre parametre blandt infertile kvinder. 79% af de infertile kvinder havde en eller anden grad af depression, heraf havde 49% moderat til svær grad af depression og 10% havde ekstrem svær grad af depression. I kontrolgruppen udviste blot 9% symptomer på mild depression, og ingen udviste højere niveauer af depression (Yusuf, 2016). Ligeledes udviste 70% af de infertile kvinder en grad af angst, heraf havde 41% symptomer på moderat til svær angst og 29% havde ekstrem svær angst. Til

sammenligning udviste 15% af kvinderne i kontrolgruppen symptomer på mild angst og kun 1% havde moderat angst (Yusuf, 2016). Kigges der på stress, ses samme tendens: 69% af infertile kvinder led i nogen grad af stress, mens blot 5% af kvinderne i kontrolgruppen udviste symptomer på stress (Yusuf, 2016). Disse fund viser med alt tydelighed, at kvinder, som lider af infertilitet, er i langt højere risiko for udvikling af depression, angst og stress end kvinder, som er fertile. Resultaterne fra dette studie bør, som et hvert andet forskningsbidrag, tolkes i lyset af den kulturelle kontekst, det er udført i. I Pakistan anses det at bære og føde børn som værende af ekstrem høj social og kulturel vigtighed. Kan kvinden ikke føde børn, er det derfor ikke unormalt, at manden på den baggrund finder sig en ny kone, hvilket potentielt kan føre en del stress, angst og depression med sig for den infertile kvinde (Yusuf, 2016). På trods af dette står disse fund ikke alene. Et kinesisk studie af 842 kvindelige patienter i IVF-behandling viste, at 39.2% af kvinderne udviste symptomer på angst og 28.5% udviste symptomer på depression (Xu et al., 2017). På trods af, at studiet ikke finder samme høje rater af depression og angst, konkluderes det alligevel, at psykologisk stress for kvinder i IVF-behandling er et signifikant problem, som kan føre til psykopatologi (Xu et al., 2017).

2.4 Kvalitet af ægteskab, sexliv og arbejdsevne

Store dele af den fremsøgte litteratur beskæftiger sig med livskvalitet og udvikling af psykopatologi i forbindelse med ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Dog har flere andre studier undersøgt andre psykologiske aspekter såsom ægteskabstilfredshed, kvalitet af sexliv samt påvirkning af arbejdsevne (eg. Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Durmazoglu & Tokat, 2021; Hanna & Gough, 2020; Nakić et al., 2022). Et interessant fund vedrørende kvaliteten af ægteskabet findes i et polsk studie af Drosdzol og Skrzypulec fra 2009. I undersøgelsen af 206 infertile par vurdering af deres ægteskab fandt man, at infertile kvinder vurderede kvaliteten af deres ægteskab signifikant højere end kvinderne i den fertile kontrolgruppe (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Studiet undersøgte også funktion af sexliv, og fandt her ingen signifikante forskelle mellem infertile mænd og kvinder sammenholdt med den fertile kontrolgruppe (Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Et kroatisk studie fra 2022 rapporterer ligeledes generel høj seksuel tilfredshed blandt infertile par, men finder en sammenhæng mellem seksuel bekymring i forbindelse med infertilitetsrelateret stress og lavere seksuel tilfredshed (Nakić et al., 2022). Seksuel bekymring i forbindelse med infertilitetsrelateret stress dækker eksempelvis over 'skemalagt' sex, som gang på gang har resulteret i nederlag (Nakić et al., 2022). Ud fra ovenstående forskningslitteratur kan det tolkes, at par, som oplever infertilitet, kan opleve høj tilfredshed i deres ægteskab og sexliv. En forklaring på dette kan være, at hvis parret

yder god støtte til hinanden, kan oplevelsen af infertilitet og ønsket om et barn bringe parret tættere sammen (Luk & Loke, 2015). I henhold til infertile pars sexliv kan der dog være nedsat tilfredshed i de perioder, hvor sex og intimitet bliver relateret til infertiliteten – eksempelvis ved skemalagt sex (Nakić et al., 2022).

Flere studier har vist interesse for, hvordan det at være i fertilitetsbehandling kan påvirke individets arbejdsevne (eg. Durmazoglu & Tokat, 2021; Hanna & Gough, 2020). Et tyrkisk studie fandt, at 91% af de 200 adspurgte kvinder mente, at fertilitetsbehandling havde påvirket deres karriere negativt, og cirka halvdelen af kvinderne oplevede, at det var svært at fokusere på arbejdet (Durmazoglu & Tokat, 2021). I forhold til at være åben omkring behandlingen på arbejdspladsen fandt 87% af kvinderne det svært at dele deres oplevelser med fertilitetsbehandling med kollegaer, og 52% oplevede det som problematisk at bede en leder om fri til behandling – 41% af disse var bange for lederens reaktion og holdning (Durmazoglu & Tokat, 2021). Rent lavpraktisk oplevede en lille del af kvinderne (11%), at det var svært at overholde behandlinger på arbejdspladsen, hvis der eksempelvis skulle opbevares og injiceres hormonpræparater (Durmazoglu & Tokat, 2021). Disse fund tyder på, at det kan være svært at være i et fertilitetsbehandlingsforløb og på samme tid præstere tilfredsstillende på sit arbejde. I fertilitetsbehandling vil kvindens krop – uanset om det er kvinden eller manden, som oplever fertilitetsproblemer – være genstand for behandlingen, og det er derfor forventeligt, at det er kvinden, som i høj grad må tage fri fra arbejde, injicere sig selv på arbejdet og generelt oplever træthed og manglende evne til koncentration om arbejdet. På trods af denne ulighed mellem kønnene på arbejdspladsen oplever mænd i fertilitetsbehandling også udfordringer vedrørende arbejde og økonomi. I et britisk studie blev 41 mænd i fertilitetsbehandling adspurgt om deres oplevelser med fertilitetsbehandling og arbejdsliv via et kvalitativt spørgeskema (Hanna & Gough, 2020). Mændene i dette studie oplevede ligeledes, at det kan være svært at fokusere og være en effektiv medarbejder midt i et fertilitetsbehandlingsforløb. Nogle udtrykte negative konsekvenser for forfremmelse, og andre havde mistet deres job eller været nødt til at sige op, fordi behandlingen havde fyldt for meget (Hanna & Gough, 2020). Flere af mændene beskrev desuden de økonomiske aspekter af at være i fertilitetsbehandling. For mange par er det desværre en meget bekostelig affære at være i fertilitetsbehandling – særligt hvis behandlingen foregår i det private. Med mistede arbejdstimer og dyre regninger fra fertilitetsklinikken beskrev mange mænd, at det har været en økonomisk stressende byrde at være i behandling, og flere har brugt opsparinger, optaget lån eller

lånt penge af familiemedlemmer – for nogle af mændene har denne økonomiske byrde påvirket deres egen oplevelse af maskulinitet og rolle som forsøger (Hanna & Gough, 2020).

På trods af at det er kvindens krop, der som udgangspunkt er genstand for fertilitetsbehandling, kan både mænd og kvinder opleve store negative konsekvenser i deres arbejdsliv ved at være i fertilitetsbehandling.

2.5 Oplevelsen af infertilitet og fertilitetsbehandling

Ovenstående præsentation af forskningslitteraturen på området viser, at det i høj grad er kvantitative forskningsmetoder, som dominerer feltet. Litteratursøgningen viste ikke overvældende mængder af studier, som har undersøgt de psykologiske aspekter af infertilitet og fertilitetsbehandling gennem kvalitative metoder. Dog ser det umiddelbart ud til, at det er et felt med stigende interesse. De fremsøgte kvalitative studier beskæftiger sig i høj grad med oplevelsen af infertilitet og fertilitetsbehandling – et fokus delt med dette speciale. Et iransk studie har undersøgt iranske kvinders oplevelse af infertilitet med fokus på, hvordan infertiliteten påvirkede dem som individer samt deres ægteskab (Kinfar et al., 2024). Studiet identificerede fire temaer relateret til individuelle oplevelser og fem temaer relateret til ægteskabet. Blandt individuelle temaer kan nævnes bekymring – de fleste kvinder oplevede stor grad af bekymring for fremtiden og bekymring i forhold til, om deres ægteskab ville bestå, hvis ikke de kunne få børn. Et andet tema er emotionelle reaktioner – flere kvinder udtrykte skam og skyld overfor deres familie, idet de ikke kunne føde et barn til familien. Herudover beskrives følelser af tomhed samt følelser af manglende 'kvindelighed' og negativitet rettet mod deres egen krop. Flere kvinder oplevede desuden religiøse udfordringer, og følte sig vaklende i deres forhold til Gud. Religion fungerede dog også som en coping mekanisme for flere (Kinfar et al., 2024). Temaer relateret til ægteskabet inkluderer blandt andet mandens handlinger – både positivt for dem, som oplevede emotionel og økonomisk støtte fra deres mænd, men også negativt for dem, som oplevede bebrejdelser og manglende støtte. Andre centrale temaer relateret til ægteskabet er seksuelle udfordringer og ægteskabelige konflikter – disse udfordringer og konflikter førte for nogen til psykisk og emotionel vold samt utroskab (Kinfar et al., 2024). Lignende fund ses i et ghanesisk kvalitativt studie om psykosociale aspekter af infertilitet (Diallo et al., 2024). I dette studie er ti par, der lider af infertilitet, blevet interviewet. Også her oplevede særligt kvinderne følelser af skyld og skam over ikke at have fået børn. Foruden selvbekrejdelse oplevede mange af parrene også, at familien bevidst såvel som ubevidst stresser og bebrejder parret for det manglende barn. Det kan være via velmenende

handlinger, som skal 'øge frugtbarheden' for parret eller mere direkte med ubehagelige kommentarer (Diallo et al., 2024). Venner, kollegaer og kirken bliver ligeledes beskrevet som stressorer for parrene. Det har fået flere par til at anvende en undgåelses-copingmekanisme, hvor de forsøger at undgå disse konfrontationer og i stedet bliver hjemme fra forskellige sociale sammenkomster. Paradoksalt nok påpeger studiet, at det netop er forhold til familie, venner, kollegaer og religion, som kan støtte og hjælpe parrene med at cope med infertiliteten og dermed være beskyttende faktorer for infertile par (Diallo et al., 2024). Den kulturelle kontekst, hvori disse to studier er udført adskiller sig en del fra den danske kultur, hvor det eksempelvis formodes, at religion ikke på samme måde spiller en rolle – hverken som stressor eller beskyttende faktor. Umiddelbart findes der ikke megen kvalitativ forskning på området udført i Skandinavien, og søgningen har ikke umiddelbart resulteret i nogen danske kvalitative studier.

Der findes dog et norsk kvalitativt studie, som har undersøgt psykologiske følger af infertilitet (Archetti, 2024). Dette studie argumenterer for, at vi bør behandle infertilitet som et traume – både konceptuelt og terapeutisk (Archetti, 2024). Archetti (2024) fremhæver, hvordan oplevelsen af ufrivillig barnløshed kan være et traume for individet på flere niveauer, samt at det kan trigge tidligere traumer i individets liv. Derfor mener forfatteren også, at det kan være utrolig svært for den enkelte at slippe drømmen om et barn, hvorfor dette kan opfattes som en stor sorg, som skal behandles terapeutisk (Archetti, 2024).

2.6 Opsummering og afrunding

Ovenstående litteraturgennemgang danner et overblik over nuværende forskningslitteratur på området. Igennem litteratursøgningen blev det klart, at størstedelen af forskningen har undersøgt de psykologiske aspekter af infertilitet og fertilitetsbehandling kvantitativt. Mange studier har undersøgt oplevelsen af ufrivillig barnløshed ud fra parametre som livskvalitet, udvikling af psykopatologi og vurdering af kvaliteten af ægteskab og sexliv samt arbejdsevne. De kvalitative studier, som findes på området, beskæftiger sig mere dybdegående med oplevelsen af ufrivillig barnløshed. Alle de fremsøgte studier finder i en eller anden grad, at ufrivillig barnløshed og livet i fertilitetsbehandling har negative psykiske konsekvenser for både kvinder, mænd og par, som ønsker at få børn. Litteraturgennemgangen har præsenteret litteratur med stor kulturel diversitet. Dog har litteratursøgningen ikke umiddelbart resulteret i nogle danske studier, hvorfor dette speciale synes relevant. Kommende afsnit vil præsentere specialets teoretiske fundament.

3. Teori

Hvorfor ønsker mennesker egentlig at blive forældre? Og hvorfor er mennesker villige til at kæmpe en kamp, der kan være både lang og opslidende, for at opnå forældreskabet? Dette afsnit vil gennem forskellige teoretiske ståsteder udforske, hvorfor mennesker vil have børn. Det vurderes relevant at undersøge forskellige teorier om, hvorfor mennesket er draget mod reproduktion for at præsentere perspektiver på, hvordan det opleves, når det ikke er muligt at få de børn, som ønskes. Traditionelt set er spørgsmålet om menneskets dragen mod reproduktion typisk undersøgt gennem biologien – og det er også her, nærværende teoriafsnit starter – men biologien er ikke det eneste sted, der kan findes svar på, hvorfor mennesker gerne vil have børn (Collins et al., 2001). Derfor vil det biologiske perspektiv efterfølges af et sociokulturelt og eksistentielt perspektiv på menneskelig reproduktion.

3.1 Evolutionspsykologisk perspektiv på reproduktion

For at forstå menneskets drift mod forplantning på et biologisk plan er det nærliggende at kigge mod den evolutionære psykologi. Evolutionspsykologien bygger på evolutionsteorien, der med Charles Darwin blev bredt anerkendt som den videnskabelige forklaring på livets opståen og udvikling på Jorden (Workman & Reader, 2008). Evolutionspsykologien anvender evolutionsteorien til undersøgelse af menneskelig adfærd og antager, at de komplekse psykologiske mekanismer, der er styrende for menneskelig adfærd, er udviklet gennem evolutionen via naturlig selektion (Buss, 1995; Workman & Reader, 2008).

Reproduktion er den mest centrale komponent i evolutionen for samtlige organismer – ikke mindst for mennesker. Set fra et evolutionært perspektiv har reproduktion den simple funktion at sikre artens overlevelse og videreføre gener (Workman & Reader, 2008). For mennesket – samt alle andre pattedyr – kræver reproduktion to forældreorganismer: en far og en mor – som gennem mødet mellem en sædcelle og en ægcelle skaber et nyt liv. Dette nye liv er en blanding af gener fra farorganismen og mororganismen, og således er en ny generation skabt, og generne er videreført. På trods af at processen virker simpel, ligger der mange bevidste og ubevidste valg og handlinger bag skabelsen af et nyt liv – heriblandt valg af partner og investering i barnet. Evolutionspsykologien ønsker at forstå og forklare disse valg og handlinger gennem teorier om seksuel selektion.

3.1.1 Seksuel selektion og investering i barnet

Når mennesker skal vælge en partner at få børn med, er der tale om et andet centralt fænomen inden for evolutionsteorien: *seksuel selektion* (Buss, 2007, p. 503). Seksuel selektion beskriver den

evolutionære proces vedrørende pardannelse. Denne proces har to komponenter: *Intraseksuel konkurrence* og *interseksuel selektion* (Buss, 2007, p. 503). Intraseksuel konkurrence referer til den interne konkurrence, der er inden for ét køn. Den med de bedste kvaliteter – dette være sig eksempelvis styrke, intelligens eller dominans i hierarkiet – sikrer sig retten til parring med det andet køn, og således får 'vinderen' altså mulighed for at føre sine gener videre. 'Taberens' gener bliver omvendt ikke videreført, og dermed styrkes arten generation for generation (Buss, 2007). Interseksuel selektion handler om et køns præferencer i forhold til kvaliteter hos det andet køn – eksempelvis højde, øjenfarve og så videre. De to komponenter påvirker hinanden således, at hvis eksempelvis kvinder vil have stærke mænd, som kan bygge et godt hjem, vil mændenes interne konkurrence gå på fysisk styrke. Ligeledes kan den interne konkurrence påvirke det andet køns præferencer (Buss, 2007).

Darwin observerede, at det ofte er kvinder, der udviser kræsenhed i valget af partner, mens mænd konkurrerer internt. Som forklaring på dette formulerede Robert Trivers i 1972 teorien *parental investment* (Buss, 2007). Teorien handler om, at det køn som har højere investering i afkommet, er mere kræsen i valget af partner. For mennesker – såvel som for mange andre arter – har kvinden en markant højere investering i afkommet. Ikke alene bærer kvinden barnet i ni måneder – hun skal også føde og amme det, hvilket alt sammen er meget omkostningsfuldt, særligt i sammenligning med mandens sparsomme indsats i barnets tilblivelse (Buss, 2007). Det betyder også, at kvinden som minimum bruger ni måneder på at føre sine gener videre og skabe ét barn, mens manden på samme tid i princippet kan sprede sin sæd hos flere kvinder, og dermed føre sine gener videre i flere børn. Differentiering i investeringen i barnet finder ikke kun sted i skabelsen af barnet, men fortsætter efter, barnet er blevet født. I dyreriget vil over 95% af alle hanner udvise ingen eller kun ganske lidt investering i afkommet, mens hunnerne bærer det fulde ansvar for afkommet (Bjorklund et al., 2019, p. 7). Dette gælder dog ikke mennesker, hvor det tilfalder både moren og faren at passe på det barn, som de har skabt i fællesskab. På trods af at der i dag ses langt højere grad af forældreinvestering fra fædre end tidligere, er det stadig mødre, som investerer mest tid, engagement og støtte til deres børn – et mønster, der observeres på tværs af kulturer og landegrænser (Bjorklund et al., 2019, p. 7f). I Danmark viser nyere tal fra Beskæftigelsesministeriets (2023) rapport om 'Kvinder og mænd på arbejdsmarkedet', at kvinder tager omkring dobbelt så mange af barnets sygedage, og afholder markant mere barsel end mænd (pp. 13-16). Flere kvinder end mænd arbejder ligeledes på deltid, og

en af de største selvrapporterede årsager til dette er 'personlige eller familiære årsager' (Beskæftigelsesministeriet, 2023, pp-6-8).

Anskues disse forskelle på kvinder og mænd – eller mødre og fædre – gennem evolutionspsykologiens linse, kan det siges, at teorien om *parental investment* lever i bedste velgående. Moderskabet som repræsentant for forældreskabet vil i kommende teoriafsnit vise sig at være gældende i selv nyere teoretiske formuleringer.

Evolutionpsykologien tilbyder en biologisk og fundamental forklaring på, hvorfor mennesker ønsker børn. Egentlig stiller evolutionspsykologien ikke mange spørgsmål om 'hvorfor', for svaret er entydigt: reproduktion fører til artens overlevelse og videreførelse af generne. Denne instinktive og naturbundne forklaring på, hvorfor mennesket – og måske i særdeleshed kvinden – ønsker at få børn, er blevet mødt af en del kritik, idet den risikerer at reducere ønsket om børn til en udelukkende biologisk mekanisme, som ikke tager højde for eksempelvis kulturel indflydelse (Sundby & Guttormsen, 1991). Derfor vil kommende afsnit brede fænomenet yderligere ud og præsentere sociokulturelle perspektiver på, hvorfor mennesker ønsker at få børn.

3.2 Sociokulturelle perspektiver på familiestiftelse

Som mange andre almenmenneskelige fænomener har ønsket om forældreskab gennemgået en radikal forandring. Tidligere har familiestiftelse været en del af den ægteskabelige 'kontrakt' indgået mellem manden og kvinden og et naturligt resultat af den fysiske intimitet forbeholdt mand og kone i ægteskabet (Giddens, 1996 p. 110). Med senmodernitetens *rene forhold* – forhold, som kun indgås og opretholdes ud fra de fordele, forholdet kan tilbyde den enkelte, og som således er frigjort fra eksterne kriterier såsom sociale forpligtelser – er børn ikke nødvendigvis længere en del af 'kontrakten' i parforholdet (Giddens, 1996, p. 15f). Det rene forhold repræsenterer en generel tendens ved det senmoderne samfund, som Anthony Giddens (1996) benævner *selvets refleksive projekt* (p. 14). Tidligere har traditioner dannet ramme for, hvordan vi hver især skulle leve vores liv, men i dag står det den enkelte mere frit, hvordan livet skal leves. Dette indebærer en refleksiv tilgang til livsstilsvalg og skabelsen af ens egen selvidentitet – valg om stort set alle dagligdags såvel som større livsomvæltende beslutninger skal træffes blandt uendeligt mange muligheder (Giddens, 1996, p. 14).

Spørgsmålet om børn må siges at være blevet en del af selvets refleksive projekt. Kvinder, som tidligere har taget sig af børn og husholdning, er i dag i langt højere grad ikke blot til stede på arbejdsmarkedet men også drevet mod tidskrævende karrierer, hvor små børn sjældent passer ind.

Generelt passer graviditet og små børn ikke særlig godt ind i den samfundsstruktur, vi lever i. Ifølge Ulrich Beck er der faktisk slet ikke plads til børn i det senmoderne samfund. Arbejdsmarkedet er i stedet beregnet mobile, arbejdsdygtige individer, som ikke hindres af syge børn og familieforpligtelser (Beck, 1986, if. Willi, 1993, p. 56).

Ud fra ovenstående skitsering af centrale træk ved det senmoderne samfund kan det synes, at familiestiftelse ikke er specielt attraktivt. Børn er ikke i samme grad en forventet del af parforholdet, og samfundet er i virkeligheden slet ikke indrettet til småbørnsfamilierne, så hvorfor ønsker mennesker egentlig at få børn i det senmoderne samfund – hvis vi i det hele taget ønsker at få børn? De fortsat dalende fødselstal kunne muligvis tyde på, at vi i højere grad fravælger børn. I 2024 lå fødselstallet på 1,4 børn per kvinde, hvilket er det laveste tal siden 1985 (Danmarks Statistik, 2024). I en nyere undersøgelse udført af Rockwool Fonden med data fra 2021 angav 7.500 danskere, hvor mange børn de ideelt set ønskede sig, og her var en af svarmulighederne '0' (Fallesen, 2023). Undersøgelsen viste, at 4,6 % af kvinder født mellem 1987 og 1990 angav '0' børn som det ideelle for dem. For kvinder født mellem 1999 og 2003 var dette tal 8,8 % (Fallesen, 2023). Interessant nok viser der sig en omvendt tendens for mænd, hvor 7,9 % af mænd født mellem 1987 og 1990 angav '0' børn som ideelt for dem. For mænd født mellem 1999 og 2003 var tallet derimod 6,6 % (Fallesen, 2023). Altså kan der ses en tendens til, at det særligt er de yngre kvinder, som ikke ønsker børn. Til trods for at det umiddelbart ser ud til, at flere yngre kvinder kommer til at fravælge et liv med børn, kan det af tallene omvendt også udledes, at det trods alt stadig er 91,2 % af unge kvinder og 93,4 % af unge mænd født mellem 1999 og 2003, som ønsker sig et eller flere børn (Fallesen, 2023). Kommende afsnit vil undersøge sociokulturelle perspektiver på, hvorfor langt størstedelen af danskerne ønsker at få børn.

3.2.1 Sociale normer og 'the new momism'

Til trods for at vi lever i et refleksivt samfund, hvor traditioner i høj grad er udvisket (Giddens, 1996), agerer sociale normer stadig som indflydelsesrige pejlemærker for individuelle livsvalg – ikke mindst når det kommer til spørgsmålet om at få børn (Schmidt, 2024, p. 6). Sociale normer er socialt konstruerede 'adfærdsregler', som til en vis grad dikterer ideel, god, rigtig, accepteret, normal eller ønsket adfærd (Schmidt, 2024, p. 8). Sociale normer håndhæves i et individs sociale netværk. Således vil den sociale gruppe enten belønne adfærd, som er i overensstemmelse med de gældende sociale normer, eller misbillige adfærd, som ikke er (Schmidt, 2024, p. 8f). Det at få børn betragtes i de fleste samfund fortsat som et ideal, de fleste i deres unge voksenliv gerne vil leve op til, og kan derfor

betragtes som en social norm (Morgan & King, 2001; Schmidt, 2024; Willi, 1993). Undersøgelser af kvinder, som ikke har børn, viser, at mange oplever negativ respons på deres barnløshed, særligt hvis der er tale om frivillig barnløshed (Kelly, 2009). Et studie af Somers (1993) viste, at kvinder uden børn oplevede at blive vurderet negativt af andre på en række parametre. Blandt andet oplevede de at blive set som egoistiske, umodne, unaturlige, ulykkelige i deres ægteskab eller grundlæggende utilfredse med deres liv. Andre studier beskriver, hvordan frivillig barnløshed bliver set som 'afvigende' identitet (Kelly, 2009, p. 165f).

Selvom der i vid udstrækning ses og accepteres mange forskellige former for livsførelse i dag, er den klassiske 'kernefamilie' fortsat idealet i de flestes øjne (Willi, 1993, p. 52). Særligt for kvinder anses det at være mor, som værende af højeste værdi. Som beskrevet i det evolutionsspsykologiske teoraifsnit 3.1.1 er det langt fra noget nyt fænomen, at forældreskabet i høj grad er lig moderskabet. Nyere begreber som *intensive mothering* og *the new momism* beskriver den både romantiserede og krævende måde, hvorpå kvinder bør agere mødre: de bør dedikere alt hvad de er og har til deres børn i et uselvsk, intenst og omsiggribende forsøg på at mestre moderskabet (Ennis, 2014, p. 1). Fænomenet *the new momism*, som blandt andet danner baggrund for begrebet *intense mothering*, beskriver at "no woman is complete unless she has children, that women remain the best primary caregivers of children, and that a woman has to devote her entire physical, psychological, emotional and intellectual well-being, 24/7, to her children" (Ennis, 2014, p. 1). Fænomenet beskriver ikke blot, hvorledes hver enkelt kvinde bør agere mor, men at hver enkelt kvinde i det hele taget bør være mor, hvis hun ellers ønsker at være "complete" (Ennis, 2014, p. 1). Disse fænomener peger i retning af, at der i høj grad eksisterer en diskurs og en norm om, at det 'rigtige' er at være forælder – og særligt at være mor.

3.2.2 Social kapital og modsvar på refleksiviteten

Det at få børn er ikke blot et udtryk for eksisterende sociale normer i samfundet eller kulturelle fænomener som *the new momism*. Forældreskabet kan – foruden berigelsen med et barn – også medføre andre positive aspekter, herunder øget social kapital. Begrebet om social kapital stammer fra Pierre Bourdieu (2002), og beskriver de konkrete eller potentielle ressourcer, som et individ besidder gennem medlemskab af en gruppe eller et netværk (p. 286). Det at få et barn kan være en investering i social kapital, idet der gennem forældreskabet skabes 'adgang' til sociale grupper og netværk, som før har været lukkede (Morgan & King, 2001). Det er fordelagtigt for børn gennem hele livet, at deres forældre besidder høj social kapital, men børn kan potentielt set også være fordelagtige

i at øge forældrenes sociale kapital (Morgan & King, 2001, p. 12). Foruden medlemskab af sociale grupper som 'forældre', opnås der også lettere adgang til fællesskaber, som kan være svære at komme ind i – eksempelvis vil fællesskaber i nabolaget eller den by, man bor i, ofte være lettere tilgængelige, hvis ens børn går i den lokale skole eller benytter lokale tilbud i fritiden (Morgan & King, 2001, p. 12).

Foruden generering af social kapital kan børn også give en livslang forudsigelighed og stabilitet, og mange muligheder for valg af livsstil vil derfor blive 'lukket'. Det at få børn kan måske ligefrem opfattes som et modsvar på det refleksive samfund. Det refleksive samfund kan opleves overvældende med uendeligt mange muligheder og valg, som skal træffes på daglig basis. Her tilbyder børn og familielivet en nogenlunde fastlåst 'ramme', og eliminerer nogle af de mange muligheder for, hvordan vi ellers kan leve vores liv, hvilket for mange kan reducere den ængstelighed, som kan følge med det refleksive samfunds mange muligheder (Morgan & King, 2001, p. 13). Omvendt kan livet med børn også åbne op for nogle livsmuligheder, som kan være ønskværdige for den enkelte.

Dette afsnit har kastet lys på sociale, kulturelle og samfundsmæssige perspektiver på, hvorfor mennesker får børn. Ud fra de præsenterede evolutionspsykologiske og sociokulturelle perspektiver på menneskets ønske om at få børn, kan det umiddelbart synes at være ude af den enkeltes hænder, hvorvidt vi ønsker børn eller ej. Er det fastlagt af enten biologien eller samfundet – eller begge i kombination – at vi skal have børn? Det er formentlig de færreste, som vil forklare deres valg om at få børn ud fra enten biologien eller samfundet, hvorfor kommende afsnit vil undersøge fænomenet gennem et eksistentielt perspektiv.

3.3 Eksistentielle perspektiver på ønsket om et barn

Dette afsnit lægger biologien og samfundet på hylden og i stedet udforskes ønsket om at få et barn gennem eksistentielle perspektiver. Den eksistentielle psykologi beskæftiger sig med den menneskelige væren og livets grundlæggende spørgsmål: Hvem er jeg? Hvorfor er vi her? Hvad er meningen med det hele? Og relevant for dette afsnit: hvorfor ønsker mennesker at få børn? (Jacobsen, 2009). Først vil ønsket om familiestiftelse undersøges som en naturlig forlængelse af det kærlighedsfyldte parforhold. Herefter præsenteres forskellige perspektiver på, hvordan det at få børn påvirker vores identitet. Slutteligt undersøges det, hvorvidt børn er meningen med livet.

3.3.1 Børn som en forlængelse af parforholdet

Skabelsen af et barn vil for mange være en kærlighedshandling i parforholdet. Den fysiske intimitet mellem manden og kvinden kan gøre kvinden gravid, og barnet kan således ses som et konkret og romantisk symbol på kærligheden mellem forældrene. Det at skabe et barn i kærlighed med det menneske, man elsker mest, kan betragtes som et kærlighedsideal, som Francesco Alberoni (1981) særligt tilskriver Vesten. Han skriver om dette ideal, at to mennesker, som hver især betragter den anden som ekstraordinær, sammen sætter noget ekstraordinært i verden (p. 140). Jürg Willi (1993) beskriver ligeledes, at der for parret kan opstå et ønske om at give parforholdet ”større mening” ved at sætte noget fælles i verden, og at barnet kan binde parret yderligere sammen (p. 63f).

I et kærlighedsforhold er en række begivenheder, der kan ses som naturlige skridt mod øget forbundethed: at flytte sammen, at gifte sig og – muligvis størst af alt – at få et barn. Willi (1993) beskriver denne proces som et udviklingslogisk mønster af *familieidealet*, og mener, at afvisning ved ’næste skridt’ kan tolkes som en nedprioritering af parforholdet: ”Hvorfor et fast parforhold når man ikke ønsker et fælles hjem? Hvorfor eget hjem når vi ikke også vil have et barn sammen... hvis du virkelig elsker mig? I denne udviklingslogik er barnet den naturlige opfyldelse af kærligheden” (p. 61). Beslutningen om at få et barn kan ud fra dette perspektiv således ses som en forankring af parforholdet, og en vej til at opleve øget forbundethed og kærlighed til sin partner.

Paradoxsalt nok kan det at få et barn sammen føre til parrets opbrud og generel større utilfredshed (Stanca, 2016; Willi, 1993). Willi (1993) beskriver, at omstruktureringen af parforholdet til et trekantsforhold kan have negativ effekt på forholdet, idet parret forsømmer at prioritere hinanden, og udelukkende helliger sig barnet (p. 63f). Lykkeforskning har i de senere år beskæftiget sig med, hvad det betyder for vores lykke og livstilfredshed at blive forældre. Selvom der ikke tegner sig et entydigt billede, konkluderer en del forskning, at det at blive forældre korrelerer negativt med vores livstilfredshed (eg. Stanca, 2016). Forældre udviser signifikant lavere livstilfredshed end personer, som ikke har børn – et fænomen, der efterhånden er blevet så udbredt, at det har fået navnet ’the parental happiness gap’ (Stanca, 2016). På trods af at det umiddelbart virker til, at vi ikke bliver lykkeligere af at blive forældre, vil det at erhverve sig identiteten som ’mor’ eller ’far’ alligevel være øverst på ønskelisten for mange.

3.3.2 Identitet

I ungdommen og det unge voksenliv vil mange personer finde sig selv ved en skillevej, hvor der skal træffes afgørende valg om, hvorvidt de ønsker at blive forældre. Det at blive forældre vil for de fleste

medføre praktisk omvæltning og omlægning af livet, men forældreskabet har også betydelig indflydelse på identiteten og oplevelsen af, hvem man selv er.

Identitet kan beskrives som en persons opfattelse af sig selv, som besidder en vis kontinuitet på tværs af forskellige kontekster (Jørgensen, 2009, p. 28). Den menneskelige identitet kan med fordel anses fra forskellige niveauer: *jeg-identitet*, *personlig identitet*, *social identitet* og *kollektiv identitet* (Jørgensen, 2009, p. 38f). Jeg-identiteten dækker over individets subjektive fornemmelse af, hvem man er, og kan siges at være tæt på individets 'kerne' – eksempelvis en fornemmelse af, at man er et godt og venligt menneske (Jørgensen, 2009). Den personlige identitet dækker over et mere bevidst lag af identiteten. Her kommer individets mål, færdigheder og værdier til udtryk – eksempelvis et bevidst valg om at være vegetar (Jørgensen, 2009). Den sociale identitet er indlejret i sociale relationer, og dækker over de sociale roller, individet indtager. I den sociale identitet præsenterer individet sig på en bestemt måde, som han eller hun gerne vil opfattes af en social gruppe, hvilket ofte hænger sammen med gruppens normer, værdier og holdninger – eksempelvis kan ens arbejdstitel være en del af den sociale identitet. Og måske vigtigst af alt, "indlejrer [den sociale identitet] selvet i et socialt fællesskab" (Jørgensen, 2009, p. 39). Den kollektive identitet er knyttet til fælles identifikation i bredere sociale institutioner eller diskurser – eksempelvis vil en identitet som dansker eller muslim være en kollektiv identitet (Jørgensen, 2009, pp. 38-40).

Det at blive forældre kan siges at influere individets identitet på flere af de ovenstående identitetsniveauer. Det vil i høj grad være den sociale identitet, som påvirkes af forældreskabet. En ny rolle som 'mor', 'far' eller 'forælder' indtages, og der åbnes op for medlemskab af sociale grupper med andre forældre. Det er dog ikke blot i bestemte sociale grupper, at mor- eller faridentiteten gør sig gældende. Identiteten som forælder kan også opfattes i bredere forstand og dermed være en kollektiv identitet, som individet altid bærer med sig. På det personlige identitetsplan kan nye værdier gøre indtog, og det kan eksempelvis blive en del af den personlige identitet at være en 'omsorgsfuld mor' eller en 'nærværende far'. Jeg-identiteten og ens indre 'kerne' anses som den mest stabile del af identiteten, og alligevel kan også den ændres af forældreskabet. Christine Overall skriver i bogen *Why have children?: The ethical debate*: "In becoming a parent, one creates not only a child and a relationship, but oneself; one creates a new and ideally better self-identity" (Overall, 2012, p. 218). Altså kan forældreskabet ses som en transformerende oplevelse der, på trods af jeg-identitetens stabilitet, alligevel potentielt kan ændre oplevelsen af, hvem man er i sin inderste 'kerne'.

Overgangen til forældreskabet vil for de fleste være i det unge voksenliv, og derfor kan det at få børn også have en betydelig indflydelse på den sociale eller personlige identitet som 'voksen'.

Det unge forældrepar vil overgå til at blive deres egen familie, og forældrene – eller bedsteforældrene – vil se deres børn som voksne individer (Willi, 1993, p. 64). På denne måde påvirker ankomsten af et barn identiteter og skaber nye roller i form af forældre, bedsteforældre, mostre, fastre, onkler og så videre. Barnet og den nyopståede familie ændrer også på de generationelle roller: før var det forældrene, som var samlingspunktet og centrum for familien, men nu har børnene skabt deres egen familie, og forældrene er blevet bedsteforældre og er dermed trådt et skridt ud af 'indercirklen' (Willi, 1993, p. 64f). Det at få børn påvirker således den enkeltes identitet på flere forskellige måder. Ligeledes kan det, at man ikke har børn, også påvirke identiteten. Det kan eksempelvis være, at det er sværere for personer uden børn at opnå en 'voksenidentitet' i andres øjne.

3.3.3 Er børn meningen med livet?

I forskellige undersøgelser af kvinder, som har fået deres første barn, beskriver nybagte mødre, hvordan barnets ankomst har ændret deres syn på verden og givet dem mening med livet (eg. Dahlen et al., 2010; Johnson et al., 2007; Prinds et al., 2014). I et hollandsk interviewstudie af nybagte mødre, beskrev kvinderne, hvordan det at få et barn ændrede deres syn på verden og deres prioriteter. Flere kvinder beskrev desuden, at det at bære og føde et barn var selve meningen med deres kroppe (Johnson et al., 2007, p. 175f). Et australsk interviewstudie af førstegangsmødres oplevelser med fødslen beskriver, hvordan fødslen af et barn markerer en overgang for kvinden til et nyt liv, som for evigt vil være forandret (Dahlen et al., 2010, p. 1982). Et dansk studie baseret på spørgeskemaer af kvinder, som har født til termin, og kvinder, som har født inden termin (før uge 32), undersøger, hvorvidt kvinderne oplever eksistentielle forandringer efter at have født deres første barn (Prinds, et al., 2014). Studiet fandt, at over 75% af alle mødrene oplevede, at det at blive mor havde ændret meningen og formålet med deres liv (Prinds, et al., 2014, p. 275). Der var ingen signifikant forskel på mødre, der havde født til termin eller mødre, der fødte før termin, hvilket peger på, at det at blive mor for første gang, er en almen livsændrende oplevelse, uafhængig af traumatiske oplevelser, som en præmatur fødsel kan anses som (Prinds, et al., 2014, p. 275f). Langt de fleste kvinder oplevede desuden, at det at blive mor havde fået dem til at tænke på liv, død og 'noget større end dem selv' (Prinds, et al., 2014, p. 275). Disse forskellige studier peger på, at overgangen til moderskabet er en ekstremt transformativ og meningsskabende oplevelse, som giver anledning til eksistentielle refleksioner.

Den eksistentielle psykologi har, med rødder i den eksistentielle filosofi, livets centrale spørgsmål om den menneskelige eksistens som genstandsfelt. Liv, død, mening og meningsløshed er

nogle af de grundlæggende emner, som den eksistentielle psykologi beskæftiger sig med (Jacobsen, 2009). Det virker umiddelbart oplagt at finde svar på, hvorvidt børn er meningen med livet i den eksistentielle psykologi, som netop beskæftiger sig med store eksistentielle spørgsmål om livets mening. Overraskende viser det sig dog, at den eksistentielle psykologi ikke bruger særlig meget energi eller spaltepads på at undersøge, hvorfor mennesket gerne vil have børn. Et af de områder, som derimod i høj grad optager den eksistentielle psykologi, er døden, og hvorledes mennesket forholder sig til sin uundgåelige død (Jacobsen, 2009). Ifølge Willi (1993) kan det at få børn netop være en måde, at forholde sig til sin egen endelighed på. Willi (1993) skriver: ”Med barnet udvides vort tidsperspektiv, det transcenderer ind i fremtiden ud over vores egen livshorisont (...) Barnet, der engang vil overleve os, gør os bevidste om vort eget livs tidslige begrænsning” (p. 65f). Altså kan fødslen af et barn ikke alene gøre forældrene bevidste om deres egen død, men barnet bliver også en mulighed for at ’leve videre’ efter døden, idet børnene forhåbentlig overlever forældrene. Dermed kan ønsket om at få et barn betragtes som en eksistentiel mulighed for at forholde sig til sin egen død og sikre, at endeligheden ikke er absolut, idet børnene fører en del af en selv videre i fremtiden. På trods af at litteraturen ikke har udvist overvældende interesse for eksistentielle perspektiver på ønsket om at få børn, peger dette afsnit i retningen af, at forældreskabet – eller moderskabet – forandrer mennesket, og giver anledning til større eksistentielle refleksioner om liv og død.

3.4 Opsamling

Specialets teoriafsnit har præsenteret et bredt udvalg af forskellige perspektiver på, hvorfor mennesker ønsker at få børn. Det evolutionspsykologiske perspektiv tilbyder en grundlæggende forståelse for menneskets drift mod forplantning. Evolutionspsykologien har desuden åbnet op for en mulig forklaring på, hvorfor der den dag i dag er forskel på at være mor og far, samt hvorfor litteraturen fortsat i høj grad beskæftiger sig med moderskabet fremfor forældreskabet. Det sociokulturelle perspektiv har redegjort for et refleksivt samfund, som tilbyder individet uendelige muligheder, men som på samme tid har sociale normer om, at det at få børn, fortsat er idealet for langt de fleste. Herudover er nyere tendenser og standarder for moderskabet samt samfundsmæssige fordele ved at få et barn blevet præsenteret. Igennem et eksistentielt perspektiv har teoriafsnittet undersøgt, hvorledes et barn kan anses som en forlængelse af et kærlighedsfuldt parforhold. Barnet kan ses som et naturligt skridt i udviklingen af parforholdet, men barnet kan også være en risikofaktor for parforholdet, idet forældre generelt set er mere utilfredse end personer, som ikke har børn. Alligevel drømmer mange om at opnå identiteten som forælder, hvorfor identitetsteori ligeledes er

redegjort for. Børn har potentiale til at ændre forældres identitet på flere forskellige niveauer blandt andet i kraft af de sociale grupper, som forældreskabet åbner op for. Slutteligt har teori afsnittet forsøgt at besvare spørgsmålet om, hvorvidt børn er meningen med livet. Spørger man kvinder, som er blevet mødre, kan svaret lyde som et rungende 'ja', men teorien halter efter, da ikke megen eksistentiel litteratur beskæftiger sig direkte med ønsket om at få børn. I stedet kan børn anses som en måde at forholde sig til sin egen endelighed på, idet vores børn forhåbentlig overlever os, og dermed bringer os ud i en fremtid ud over vores egen tidshorisont (Willi, 1993). Disse forskellige teoretiske perspektiver peger på, at ønsket om at få børn befinder sig i et spændingsfelt mellem biologi, samfund og eksistens. Igennem en analyse af tre interviews med kvinder, som er ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling, undersøges det ud fra ovenstående teori, hvordan livet opleves, når de børn man ønsker sig, ikke kommer så let. Forinden denne analyse vil specialets metodologiske og metodiske afsnit præsenteres.

4. Metodologi

Følgende afsnit vil beskrive specialets anvendte metode og videnskabsteoretiske ståsted. Først redegøres kort for kvalitative metoder generelt med en præsentation af det semistrukturerede interview. Herefter redegøres for fænomenologi og hermeneutik som de videnskabsteoretiske perspektiver, specialet hviler på. I denne forbindelse følger en beskrivelse af dette speciales konkrete videnskabsteoretiske ståsted. Slutteligt præsenteres de forforståelser, der går forud for dette speciale.

4.1 Kvalitative forskningsmetoder

Kvalitativ forskning bliver ofte sat overfor kvantitativ forskning, som beskæftiger sig med målbart og kvantificerbart data, der ofte kan analyseres med en form for statistisk analyse, hvor bestemte talværdier fortæller noget overordnet om dataene (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Kvalitativ forskning beskæftiger sig med *hvordan* fremfor *hvor mange* eller *hvor meget*. Den kvalitative forskning vil som oftest ikke producere målbare tal, men vil i stedet beskæftige sig med forståelsen af personer, oplevelser, handlinger og så videre (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Den kvalitative forskning kan producere beskrivelser og tolkninger af konkrete menneskelige erfaringer, og interesserer sig altså dermed for unikke og ikke kvantificerbare data. I forskellige videnskabelige fora er der forskellige holdninger til, hvordan sand forskning bør bedrives. Kvalitative metoder vil ikke af alle videnskaber betragtes som en legitim tilgang til forskning, men i dag er der dog bred anerkendelse af kvalitative metoder i humanvidenskaberne (Brinkmann & Tanggaard, 2020, p. 15). Den kvalitative

forskning har særligt modtaget kritik angående spørgsmålet om generaliserbarhed. Kan man overhovedet sige noget generelt om noget som helst ud fra kvalitative data, hvorfra der ikke kan udledes numeriske udregninger som eksempelvis et gennemsnit? Den kvalitative forskning anser dog ikke generaliserbarhed som idealet og det endegyldige mål for forskningen (Karpatschhof, 2020, p. 574; Kvale & Brinkmann, 2009, p. 288). I stedet anses det, at få adgang til unikke og specifikke beskrivelser af fænomener som værdifuld forskning i sig selv, og det er derfor ikke centralt, om fundene kan siges at være universelt gyldige. Dermed ikke sagt at erfaringer fra enkelte informanter ikke kan bruges til at sige noget generelt eller pege på nogle almene tendenser. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver, at ifølge kvalitativ holdning ”må processer og fænomener i verden beskrives, før der kan udvikles teorier om dem, forstås, før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter, før de behandles som abstrakte kvantiteter” (p. 28). Kvalitativ forskning er altså ikke blot ’nok’ i sig selv, men også et nødvendigt led mod skabelsen af universelle og abstrakte teorier.

Kvalitativ forskning byder på et væld af forskellige konkrete forskningsmetoder heriblandt kan nævnes interview, deltagerobservation og fokusgrupper (Brinkmann & Tanggaard, 2020). I dette speciale er den anvendte kvalitative metode det *semistrukturerede interview*, hvorfor dette kort vil blive redegjort for.

4.1.1 Det semistrukturerede interview

Et forskningsinterview er en samtale, som har en struktur og et formål: at producere viden (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 18f). Ved et forskningsinterview vil der være en ikke-jævnbyrdig interaktion mellem interviewer og den eller de personer, som interviewes – forskeren vil altid have et formål og en kontrol over interviewsituationen idet det er forskeren, der vælger, hvilke spørgsmål der stilles. Ikke desto mindre beror forskningsinterviewet på interaktionen mellem interviewer og informant, og det er netop i samtalen mellem de to, at der skabes viden (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 18). Der findes forskellige former for kvalitative forskningsinterviews, som er mere eller mindre strukturerede og styrende. I dette speciale er det *semistrukturerede interview* valgt. Et semistruktureret interview baseres ofte på en interviewguide, med fastlagte forskningsspørgsmål, som i nogen grad er styrende for de spørgsmål, der stilles informanten. Ved det semistrukturerede interview er der dog også plads til at afvige fra de planlagte spørgsmål, og der er således rum til at informanten belyser emnet fra vinkler, som muligvis ikke var belyst ud fra de forberedte spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

En god interviewguide er baseret på et grundigt forarbejde. En forudsætning for at stille relevante spørgsmål er kendskab til det aktuelle emne eller felt (Tanggaard & Brinkmann, 2020, p.

42f). Det kan derfor være væsentligt at have undersøgt teoretiske perspektiver, tidligere forskning eller mere 'gængse' hverdagsbeskrivelser af emnet på forhånd. Det er dog vigtigt at forholde sig til, hvorvidt det forudgående kendskab til emnet begrænser og indsnævrer interviewerens åbenhed overfor informantens fortælling. Tanggaard og Brinkmann (2020) skriver, "et åbent sind er ikke det samme som et tomt hoved!" (p. 43). En mere dybdegående refleksion over hvordan interviewsituationen er blevet tilgået, vil blive præsenteret i kommende afsnit om specialets videnskabsteoretiske ståsted. Det konkrete forarbejde til udformningen af specialets interviewguide præsenteres i afsnit 5.1.

4.2 Videnskabsteori

Dette speciale må som ethvert andet videnskabeligt bidrag forholde sig til den videnskabelige praksis, det er indlejret i og dermed forholde sig til dets videnskabsteoretiske ståsted. Videnskabsteori beskæftiger sig populært sagt med videnskaben selv – hvordan vi forstår videnskab, hvordan vi bedriver videnskab og hvordan vi bruger videnskaben. Videnskabsteori kan således beskrives som en slags 'metadisciplin' (Andersen & Koch, 2015). Idet dette speciale beskæftiger sig med *oplevelsen* af livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling, indtages et fænomenologisk og hermeneutisk fortolkende videnskabsteoretisk ståsted. Dette afsnit vil indledningsvist præsentere en kort redegørelse af fænomenologien og hermeneutikken med nedslag i udvalgte relevante begreber. Herefter præsenteres og diskuteres specialets konkrete videnskabsteoretiske tilgang.

4.2.1 Fænomenologi

Fænomenologien blev som filosofisk retning grundlagt af Edmund Husserl i starten af det 20. århundrede. Direkte oversat betyder fænomenologi læren om det, der viser sig for en bevidsthed (Jacobsen et al., 2020, p. 281). Fænomenologien er altså interesseret i fænomeneres fremtræden – hvis vi ønsker at forstå fænomenet, må vi interessere os for den måde, det viser sig for vores bevidsthed (Zahavi, 2003 p. 7). Således favner fænomenologien subjektiviteten, og indtager et *første-persons perspektiv*, hvilket kan siges at stå i kontrast til traditionelle videnskabelige opfattelser om sand videnskab som objektiv videnskab forstået med udgangspunkt i et tredje-persons perspektiv (Zahavi, 2003, p. 16).

Et centralt begreb indenfor fænomenologien er *intentionalitet*, som beskriver, hvordan vores bevidsthed altid er rettet mod noget, og således kan vi ikke ignorere subjektiviteten i undersøgelsen af verden. Verden bør i stedet for undersøges i sammenhæng med subjektiviteten, og fænomenologien

afviser dermed en skarp opdeling mellem verden, som den er i sig selv og verden, som den viser sig for bevidstheden (Jacobsen et al., 2020, p. 281; Zahavi, 2003, p. 15). For at undersøge verden, som den viser sig for bevidstheden, må vi *gå til sagen selv*, hvilket betyder, at fænomenet bør undersøges direkte, som den viser sig for vores bevidsthed, og altså undgå at møde fænomener med forudindtagethed (Zahavi, 2003, p. 25). Det står helt centralt i fænomenologien, at vi må kunne sætte parentes om den virkelighed, som tages for givet. Det at 'sætte i parentes' betegnes i fænomenologien som *epoché* og *reduktion* (Zahavi, 2003, p. 21). Epochéen er ikke en forkastelse af virkeligheden, som vi kender den, men en tilsidesættelse af vores forståelser af verden for en stund for at undersøge den, som den fremtræder. Reduktion handler om at beskrive fænomenet præcist, som det fremtræder for bevidstheden (Jacobsen, 2020, p. 285; Zahavi, 2003, p. 21).

Et andet centralt begreb er *livsverden*, der beskriver den 'hverdags-verden', som vi lever i og erfarer ud fra (Jacobsen, et al., 2020, p. 284). Livsverden er vores konkrete verden, som vi ikke undrer os over, eller sætter spørgsmålstegn ved – den tages for givet i dagligdagen. Dan Zahavi (2003) beskriver, hvordan livsverden "er blevet glemt og fortrængt af videnskaben, selvom den udgør videnskabens historiske og systematiske meningsfundament" (p. 30). Videnskaben har generelt haft travlt med at adskille sig fra den subjektive erfaring, men ifølge fænomenologien bør videnskaben netop beskæftige sig det subjektive – herunder livsverden – i relation til verden (Zahavi, 2003, p. 30).

4.2.2 Hermeneutik

Hermeneutik stammer fra det græske ord "hermeneuein", som kan oversættes til "at fortolke" (Andersen & Koch, 2015, p. 205). Hermeneutikken går som analytisk metode langt tilbage i historien – eksempler på tekster fra antikken eller bibelske tekster fra middelalderen, som er blevet fortolket og forstået, viser, at hermeneutik har en særdeles lang historie (Birkler, 2021, p. 111). En lang række filosoffer og teoretikere har dermed bidraget til det, som vi i dag betragter som hermeneutik (Andersen & Koch, 2015, p. 205). I dette redegørende afsnit vil den hermeneutiske historie dog ikke blive gennemgået, i stedet præsenteres et udvalg af centrale hermeneutiske begreber fra nyere tid efter 1900-tallet med et særligt fokus på Hans-Georg Gadamers bidrag.

Hermeneutikken har traditionelt set beskæftiget sig med fortolkning af tekster. Senere bliver også mennesket og dets handlinger genstand for fortolkning og forståelse (Birkler, 2021, p. 111). Hermeneutikken beskæftiger sig ligesom fænomenologien med subjektivitet, og står ligeledes i opposition mod den positivistiske idé om, at sand videnskab er adskilt fra subjektet (Andersen &

Koch 2015, p. 249). Der ses ligheder ved flere af fænomenologiens og hermeneutikkens begreber og grundlæggende principper, dog ses der også flere forskelle.

Et helt centralt begreb i hermeneutikken er *forforståelse* (Birkler, 2021, p. 112). Forforståelse er den forståelse, vi har forud for den forståelse, vi forsøger at opnå. Vi møder aldrig verden blankt – vi vil altid møde den med de fordomme og forståelser, som er indlejret i os. Gadamer beskriver i sit klassiske værk *Sandhed og metode* (2007): ”Denne modtagelighed forudsætter hverken sagsmæssig ’neutralitet’ eller sågar selvudslettelse; den indebærer derimod, at ens formeninger og fordomme fremhæves og tilegnes” (p. 256). Hvis vi ønsker at forstå noget, som er anderledes end det, vi i forvejen kender, skal vi ikke sætte vores forforståelser til side. Vi skal derimod fremhæve og vedkende os dem, for det er netop i bevidstheden om vores egne forforståelser, at vi forstår det, som er anderledes (Gadamer, 2007, p. 256). Vores forforståelser skaber den *horisont* (også kaldet *forståelseshorisont*), som vi forstår ud fra (Birkler, 2021, p. 114; Gadamer, 2007, p. 288). Vores horisont kan således beskrives som vores ’synsfelt’, hvorfra vi fortolker verden (Birkler, 2021, p. 114; Gadamer, 2007, p. 288). Når vi forsøger at forstå verden ud fra vores forståelseshorisont, må vi altså forsøge at udvide vores horisont. Idealet for forståelse og fortolkning er ikke blot at udvide vores egen horisont men også at forsøge at opnå *horisontsammensmeltning*, hvorved vores horisont sammensmelttes med andres – ikke i den forstand at vi overtager hinandens forståelser, og dermed forstår det samme, men nærmere at vi forstår den andens forståelser (Birkler, 2021, p. 118). Dette giver anledning til at præsentere et andet kernebegreb i hermeneutikken – *den hermeneutiske cirkel*, som netop beskriver den proces, hvorved vi forstår.

Jacob Birkler (2021) beskriver den hermeneutiske cirkel således: ”Den hermeneutiske cirkel henviser til forståelsens cirkularitet. Det, jeg forstår, kan jeg kun forstå på baggrund af det, jeg allerede forstår” (p. 114f). Vi bruger altså den forståelse, som vi allerede har, til at skabe en forståelse for noget nyt. Den hermeneutiske cirkel er en konstant vekslen mellem dele og helheden. Vi kan kun forstå de enkelte dele af forståelsen, hvis vi inddrager helheden og omvendt forstås helheden netop ud fra de enkelte dele (Birkler, 2021, p. 115). Ved denne vekslen mellem helhed og dele muliggøres opnåelse af dybere forståelse for og fortolkning af fænomenet.

4.2.3 Specialets videnskabsteoretiske tilgang

Fænomenologien og hermeneutikken sætter begge subjektivitet på dagsorden, og mener, vi bør forholde os til vores egne fordomme og forudgående forståelser i undersøgelsen af genstande, tekster, mennesker og handlinger. De to videnskabsteoretiske retninger kan umiddelbart synes ens i deres

fælles sigte, men ovenstående redegørelse viser også, at der er forskelle. Ved at anvende begge videnskabsteoretiske retninger, bør der ikke blot sættes bindestreg mellem fænomenologi og hermeneutik, hvorfor dette afsnit kort vil redegøre for, hvordan nærværende speciale konkret anvender begge perspektiver i et samlet videnskabsteoretisk ståsted.

Dette speciale vil indtage et videnskabsteoretisk standpunkt, som trækker på centrale idéer fra fænomenologien såvel som hermeneutikken. I undersøgelsen af det oplevede liv som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling udføres semistrukturerede kvalitative interviews med kvinder, som alle er ufrivilligt barnløse og er i et aktivt fertilitetsbehandlingsforløb. Dermed undersøges emnet ud fra det fænomenologiske ideal om at gå til sagen selv. Ved udførelsen af disse kvalitative interviews er der søgt adgang til informanternes livsverden, da det netop er i informanternes hverdagsliv, der gives indblik i de rå og ærlige oplevelser.

Fænomenologien og hermeneutikken varierer en del i forhold til, hvorledes man bør forholde sig til egne forforståelser – skal de sættes i parentes (fænomenologien) eller skal de sættes i spil (hermeneutikken)? I dette speciale har jeg valgt at forholde mig til mine egne forforståelser, som kort præsenteres i kommende afsnit. Forforståelserne forud for dette speciale har været med til at forme den indledende litteratursøgning, som ligeledes har haft indflydelse på den præsenterede teori og udformningen af den semistrukturerede interviewguide. Ved at sætte egne forforståelser i spil, og ikke blot tilgå interviewene som et blankt lærred, blev der skabt basis for kvalificerede og velfunderede spørgsmål, som informanterne muligvis ikke forholder sig til, hvis de taler om emnet med familie og venner. Dog har den fænomenologiske epoché været styrende i selve interviewet, hvor informanternes svar og refleksioner, har fået lov til at eksistere selvstændigt uden guidning fra mine forforståelser, som hverken skulle be- eller afkræftes. I arbejdet med informanternes fortællinger anvendes den hermeneutiske cirkel – det sagte vil blive analyseret og fortolket, og således vil der veksles mellem dele af det sagte og helheden af fortællingen i henhold til udvalgte teoretiske perspektiver. Dette speciale har ikke blot til formål at gengive informanternes fortællinger men derimod at analysere og fortolke det sagte for at opnå en dybere forståelse for, hvordan det opleves at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling.

4.2.4 Forforståelser

Som beskrevet ovenfor forudsætter den hermeneutiske tradition, at fortolkeren bag ethvert fortolkningsarbejde forholder sig til egne forforståelser, hvorfor mine egne forforståelser beskrives i dette afsnit.

Som det præsenteres i indledningen til dette speciale, har der fra politisk side været øget interesse i at effektivisere den offentlige fertilitetsbehandling, således flere får mulighed for at få de børn, som de ønsker. Derfor kan det siges, at infertilitet og fertilitetsbehandling er kommet på dagsorden, og blevet et emne, vi i højere grad bliver nødt til at forholde os til. På samme tid er jeg igennem skønlitteratur, dokumentarer samt sociale medier blevet konfronteret med livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. På uformelle profiler på det sociale medie Instagram beskriver særligt kvinder, hvordan det påvirker dem og deres eventuelle partner at være ufrivilligt barnløse, samt hvordan fertilitetsbehandling har indflydelse på deres liv, humør og psyke.

Forud for dette speciale har jeg haft en forståelse af, at det for langt de fleste er psykisk hårdt og nedslidende at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. Jeg har fået en fornemmelse af, at det ikke er et uvæsentlig antal af patienter på landets fertilitetsklinikker, som oplever at behandlingen tærer på deres mentale helbred, parforhold, sexliv og livskvalitet. Ligeledes har det det skønlitterære værk *SULT* af Tine Høeg (2022) kastet lys på den manglende psykologiske indsats på landets fertilitetsklinikker, hvorfor det også har været en del af mine forforståelser, at patienter ofte vil føle sig 'tabt' når det kommer til psykologisk behandling i forbindelse med fertilitetsbehandling. Endeligt har jeg haft en forståelse af, at det at have et uopfyldt ønske om et barn har nogle eksistentielle konsekvenser, hvorfor specialets interviewguide såvel som teoretiske afsnit blandt andet beskæftiger sig med identitet og grundlæggende eksistentielle spørgsmål.

4.3 Afrunding

Dette afsnit har beskæftiget sig med metodologi og redegjort for kvalitative metoders generelle bidrag til videnskabelig forskning. Der er blevet redegjort for det semistrukturerede interview med inddragelse af beskrivelser af, hvordan en interviewguide udformes. Herudover er specialets videnskabsteoretiske ståsted blevet ekspliciteret gennem fænomenologiske og hermeneutiske perspektiver. Endeligt er forforståelserne forud for dette speciale kort blevet præsenteret. I kommende afsnit gennemgås specialets metode.

5. Metode

Dette afsnit vil dykke ned i de konkrete metodiske valg, der ligger bag dette speciale. Således følger en beskrivelse af de praktiske skridt taget i forbindelse med forberedelse og udførelse af interviews. Først beskrives udformningen af interviewguiden, dernæst dataindsamlingen med fokus på informantsøgning samt udførelse og transskription af de tre interviews. Herefter beskrives den analytiske tilgang, samt de etiske overvejelser, der har været i forbindelse med dette studie.

5.1 Udformning af interviewguide

Forinden udførelsen af de tre interviews blev en interviewguide lavet. Forud for udformningen af specialets interviewguide er der brugt tid på grundigt at studere emnet ud fra tidligere forskning på området. Det betyder, at litteraturgennemgangen (afsnit 2) blev udført først, og at de temaer, der blev identificeret fra denne litteraturgennemgang, blev grundlaget for de valgte interviewspørgsmål i interviewguiden. Interviewguiden blev tematisk opdelt efter de overordnede temaer: *psykiske aspekter, sociale aspekter, parforhold og sexliv, identitet og eksistens og psykologisk behandling*. De første fire temaer er udledt af den indledende litteraturgennemgang, og synes at gå igen som vigtige temaer for personer, som er ufrivilligt barnløse og i fertilitetsbehandling. Temaet vedrørende psykologisk behandling berør informanternes holdning til psykologisk behandling i forbindelse med et fertilitetsbehandlingsforløb på danske fertilitetsklinikker. Dette tema udledes på baggrund af de øvrige temaer, og er relevant i afsnit 7.1.2 i diskussionen om, hvorvidt landets fertilitetsklinikker i højere grad bør indtænke psykologisk behandling for patienter i fertilitetsbehandling.

Herudover blev der i den indledende samtale spurgt ind til information om informanten i form af alder, civilstatus og beskæftigelse samt temaer vedrørende den fysiske fertilitetsbehandling eksempelvis hvor længe, informanten har været i fertilitetsbehandling og hvilke former for behandling informanten på det givne tidspunkt havde været igennem.

Temaerne og dermed også spørgsmålene i interviewguiden er altså udvalgt på baggrund af den indledende litteratursøgning samt mine indledende tanker præsenteret i afsnit 4.2.4 om mine forforståelser. Eksempelvis er der inkluderet spørgsmål om, hvorvidt informanterne har oplevet symptomer på depression, angst eller stress i forbindelse med fertilitetsbehandlingen, da dette er et tilbagevendende tema i den allerede eksisterende forskning (eg. Xu et al., 2017; Yusuf, 2016). Ligeledes har flere studier vist at fertilitetsbehandling påvirker parforholdet og sexlivet (eg. Drosdzol & Skrzypulec, 2009; Nakić et al., 2022) og individets arbejdsevne (eg. Durmazoglu & Tokat, 2021; Hanna & Gough, 2020), hvorfor disse aspekter også er inddraget i interviewguiden.

Spørgsmålene i interviewguiden er udformet efter den mest mulige åbne formulering. Således er størstedelen af spørgsmålene formuleret med åbne vendinger såsom ”kan du fortælle mig om overvejelserne ved at opstarte i fertilitetsbehandling?” (bilag 4). Ved disse åbne spørgsmål har informanterne haft mulighed for at svare meget frit, og inkludere de ting, som de har fundet relevante. Til hvert af disse åbne spørgsmål fulgte en række mere specificerede spørgsmål, eksempelvis: ”Hvilke følelser var der forbundet med at opstarte i behandling?”. Disse mere specificerede spørgsmål kunne tages i brug, såfremt informanten ikke selv havde talt om dette, eller hvis der var brug for et yderligere spørgsmål for at få mere rige besvarelser af det indledende spørgsmål. De mere specificerede spørgsmål var dog ikke altid nødvendige at tage i brug, da informanterne ofte selv talte videre ud fra det indledende spørgsmål og dermed kom omkring de forberedte specificerende spørgsmål. I interviewguiden findes også eksempler på mere direkte spørgsmål såsom ”føler du, det er nødvendigt at få børn for at du kan få et godt liv?” (bilag 4). Disse mere direkte spørgsmål gav mulighed for at få præcise svar fra informanterne.

5.2 Informantsøgning

For at finde personer, som var ufrivilligt barnløse og i et aktivt fertilitetsbehandlingsforløb, syntes det relevant at søge efter informanter på en fertilitetsklinik. Der blev givet adgang til at lægge flyers og ophænge en poster på en af landets offentlige fertilitetsklinikker (bilag 1). I dette materiale blev det dog ikke specificeret, at der blev søgt efter informanter, som ikke i forvejen havde børn, og der kom derfor en del henvendelser fra personer, som var i fertilitetsbehandling med et ønske om barn nummer to. Der blev ligeledes givet adgang til at oprette et opslag i en Facebook-gruppe for kvinder i fertilitetsbehandling (bilag 1b). Ved dette opslag blev målgruppen specificeret, og der kom flere relevante henvendelser denne vej igennem. Gennem mailkorrespondance med flere kandidater blev de tre informanter endeligt udvalgt. Alle tre informanter er kvinder, hvilket initialt ikke var hverken et krav eller et specifikt ønske. Dog skaber det en homogenitet i informantgruppen, og giver et overførbart sammenligningsgrundlag med tidligere forskning, som i høj grad også består af kvindelige informanter eller deltagere (eg. Durmazoglu & Tokat, 2021; Xu et al., 2017; Yusuf, 2016). Kriterierne for deltagelse i interviewet findes i nedenstående tabel 1.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Personer over 18 år	Kvinder i fertilitetsbehandling med henblik på at blive solo-mødre
Personer i et heteroseksuelt parforhold	Personer i et homoseksuelt parforhold
Personer i et aktivt fertilitetsbehandlingsforløb	Personer, som i forvejen har børn, herunder både biologiske og ikke-biologiske børn

Tabel 1 In- og eksklusionskriterier

Som det kort er blevet beskrevet i afsnit 1.1, blev kvinder, med ønske om at blive solo-mødre samt personer i homoseksuelle parforhold, fravalgt, idet disse grupper af biologiske årsager ikke kan have forsøgt at få et barn via samleje, som det vil være tilfældet ved heteroseksuelle par. Heteroseksuelle par har som udgangspunkt forsøgt at lave et barn selv i minimum et år, inden de kan blive henvist til behandling for ufrivillig barnløshed (Pinborg, 2024). Det formodes, at der er forskel på at have forsøgt at få et barn i minimum et år, hvor der muligvis allerede er opbygget frustrationer og bekymringer, eller være startet i fertilitetsbehandling uden denne forudgående proces. Dog anerkendes det, at det for kvinder uden en partner såvel som homoseksuelle par også kan være et ekstremt højt ønske at få et barn og en psykisk hård oplevelse at være i fertilitetsbehandling. Personer som i forvejen har børn, hvad enten de er biologiske eller ikke-biologiske (eksempelvis stedbørn eller adoptivbørn), er fravalgt idet det formodes at være en anden oplevelse at have et eller flere børn i forvejen end ikke at have børn og ikke vide, om det nogensinde bliver muligt at få et barn. Det anerkendes dog, at et uopfyldt ønske om flere børn også kan være en psykisk hård og stressende oplevelse.

5.2.1 Interviewsituationen

De tre interviews blev udført i marts 2025. To interviews foregik ved fysisk fremmøde på Aalborg Universitet, og det sidste interview foregik online af logistiske årsager. De to fysiske interviews foregik i et mindre gruppelokale, hvor der blev forsøgt at skabe en afslappet stemning med kaffe, vand og lidt sødt. Alle tre interviews blev indledt med lidt uformel snak, efterfulgt af en introduktion (se bilag 4), hvorved praktiske informationer blev gennemgået. Informanterne blev gjort opmærksomme på, at de til enhver tid kunne bede en pause, og at de kunne sige fra, såfremt der var spørgsmål, de ikke havde lyst til at svare på. Ved denne introduktion blev samtykkeerklæringen

ligeledes gennemgået og underskrevet (se bilag 2). Herefter fik informanterne mulighed for at stille spørgsmål, inden interviewet gik i gang.

Interviewet blev, som nævnt, styret af interviewguiden. Denne startede ud med spørgsmål, som var ligetil at svare på såsom demografiske spørgsmål om alder, civilstatus og beskæftigelse. Herefter blev der spurgt til den fysisk del af fertilitetsbehandlingen, inden vi dykkede ned i de psykiske aspekter (se bilag 4). Denne rækkefølge af spørgsmål blev valgt for at give informanten mulighed for at finde sig til rette og slappe af i interviewsituationen, inden interviewspørgsmålene fik en mere sårbar karakter.

De tre interviews blev optaget på en diktafon og blev efterfølgende lyttet igennem. Herefter blev interviewene transskriberet ud fra en relativt simpel transskriptionsform. I transskriptionen er nedskrevet *pauser* og *latter* med kursiv, og **betoninger** er markeret med fed.

5.3 Etiske overvejelser

Ved at udføre kvalitative forskningsinterviews arbejdes med data, der baserer sig på virkelige personers private fortællinger. Foruden at udvise ydmyghed og respekt for disse personers uundværlige bidrag, bør interviewerens også forholde sig til de etiske problematikker, der kan opstå i udførelsen af – og arbejdet med – kvalitative studier (Brinkmann, 2025, p. 591). Dette speciale gennemgår fire etiske problemstillinger, baseret på Brinkmanns (2025) etiske tommelfingerregler: *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen* (pp. 607-609).

5.3.1 Informeret samtykke

Informeret samtykke handler om, at informanterne giver samtykke til brugen af dataene på baggrund af information om studiet og deltagelsen heri. Inden interviewene til dette speciale blev udført, blev interviewdeltagerne forsøgt grundigt oplyst. Allerede ved informationssøgningen blev det ekspliciteret, at dataene skulle anvendes til et kandidatspeciale, og at interviewene ville omhandle psykiske aspekter af at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling (se bilag 1 og bilag 1b). Da kontakten blev etableret med de tre informanter, blev der ligeledes givet yderligere detaljer om specialets fokus, og informanterne fik her mulighed for at skrive tilbage med mulige spørgsmål. Da den endelige aftale om interviews blev indgået, fik informanterne tilsendt et skriftligt informationsmateriale (se bilag 3), hvori en mere detaljeret beskrivelse af specialets formål og metode præsenteres. I informationsmaterialet rammesættes selve interviewsituationen desuden, og informanterne har dermed været velinformerede om specialets formål, metode, brug af citater samt

interviewsituationen. Informanterne fik desuden også tilsendt en samtykkeerklæring (se bilag 2), som de havde mulighed for at læse igennem, inden de underskrev den i begyndelsen af interviewet. Et af interviewene blev afholdt online, og denne informant havde underskrevet samtykkeerklæringen i en PDF-fil forinden interviewet. Da interviewene startede, blev der ligeledes givet information om brugen af dataene, og også her fik informanterne mulighed for at stille spørgsmål eller komme med indvendinger (Brinkmann, 2025, p. 608).

5.3.2 Fortrolighed

Informanterne er blevet givet fuldkommen anonymitet. Det betyder, at informanternes personlige oplysninger såsom navn, mail og telefonnummer kun er kendt af mig, og ikke bliver videregivet på noget tidspunkt. Informanterne har delt personlige fortællinger med private oplysninger om både sig selv og personer i deres nærmiljø – eksempelvis deres partner. Alle navne i interviewene er således ændret, og andre identitetsafslørende informationer, som ikke påvirker fortællingen, er ligeledes ændret. Herudover er al data blevet behandlet efter gældende GDPR-regler. Dette betyder blandt andet at interviewene er blevet optaget på en lokal diktafon, og opbevares sikkert frem til afleveringen af dette speciale, hvorefter optagelsen slettes (Brinkmann, 2025, p. 608).

5.3.3 Konsekvenser

Ved udførelse af forskning bør forskeren altid overveje, hvilke konsekvenser forskningen fører med sig. Disse konsekvenser kan opdeles i *mikroetiske* og *makroetiske* konsekvenser (Brinkmann, 2025, p. 603f). I mikroetisk forstand bør man først og fremmest overveje, om deltagelse i forskningen kan have konsekvenser for den enkelte deltager. Dette kan være i henhold til, om deltageren kan møde nogen modgang fra den ydre verden som konsekvens af at have delt sin fortælling. Dette aspekt kan langt hen ad vejen afhjælpes ved at sørge for informeret samtykke og sikre deltagerens anonymitet, således at dataene ikke kan 'spores tilbage' til informanten. En anden mikroetisk overvejelse handler om at sørge for, at deltageren ikke lider overlast, som følge af deltagelsen. I dette speciale dykkes ned i personlige fortællinger om, hvad der for mange vil anses som værende et sårbart emne, og det har derfor været vigtigt at have informanternes sindstilstand for øje ved udførelsen af interviewene. I slutningen af alle tre interviews blev informanterne spurgt ind til, hvordan det havde været at deltage i interviewet, og hvordan de havde det efter interviewets afslutning. De blev ligeledes gjort opmærksomme på, at de på et hvert tidspunkt kunne henvende sig, hvis interviewet gav anledning til nogen form for ubehag, eller hvis de havde brug for at tale om interviewsituationen.

På et makroetisk niveau bør forskningen forholde sig til det samfund, det er indlejret i, og om forskningen kan bidrage nyttigt eller potentielt set skabe samfundsmæssige konsekvenser. Dette speciale ønsker at bidrage til viden om de psykologiske aspekter, der kan findes ved ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling, og der findes ikke umiddelbart nogen negative makroetiske konsekvenser ved at formidle disse emner (Brinkmann, 2025, p. 603f).

5.3.4 Forskerrollen

Brinkmann (2025) argumenterer for, at forskeren bag kvalitativ forskning bør forholde sig til sin egen rolle (p. 609). Idet dette speciale har indtaget et fænomenologisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk ståsted (se afsnit 4.2.3), er min egen rolle som forsker bag dette speciale blevet ekspliciteret i afsnit 4.2.4 om mine forforståelser forud for dette speciale. Herudover har min rolle som kommende psykolog og facilitator af interviewet også været en relevant etisk overvejelse. Jeg har forsøgt at skabe en tryk atmosfære til alle tre interviews, og jeg har ligeledes forsøgt at møde interviewpersonerne med omsorg, empati og nysgerrighed. Min rolle som interviewer har betydet, at der har været et asymmetrisk magtforhold mellem informanterne og mig, hvor jeg som interviewer rammesætter og definerer interviewsituationen i kraft af de spørgsmål, som stilles (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 51).

6. Analyse

Dette afsnit rummer specialets analyse af de tre udførte interviews med inddragelse af relevant teori og tidligere forskning. Afsnittet indledes med en præsentation af de tre informanter, hvorefter specialets tematiske analysetilgang beskrives. Dette munder ud i en præsentation af analysens hovedtemaer og undertemaer. Slutteligt undersøges hvert tema med afsæt i den præsenterede teori og eksisterende forskning på området.

6.1 Præsentation af informanter

I henhold til ovenstående afsnit om etiske overvejelser er informanterne anonymiseret. Det betyder blandt andet, at det ikke er informanternes rigtige navne, som bruges i specialet. Foruden informanternes alder, civilstatus og beskæftigelse gives et overblik over deres vej til fertilitetsbehandling samt hidtil afprøvede behandling.

Camilla

Camilla er 31 år og arbejder til dagligt som social- og sundhedsassistent. Camilla er kæreste med Mads på ottende år. Parret har forsøgt at få et barn i fire år. Efter at have forsøgt at få et barn på egen hånd i halvandet år opsøgte parret hjælp. Igennem udredningen fandt de ud af, at Mads har nedsat sædkvalitet, og det er derfor, de oplever vanskeligheder med at få et barn. De har haft syv mislykkede forsøg med insemination og er nu i gang med et IVF-forløb. På tidspunktet for interviewet havde Camilla fået taget æg ud og ventede på at få dem lagt tilbage.

Signe

Signe er 26 år og arbejder til dagligt på deltid på en planteskole. Signe er kæreste med Jakob på niende år. Parret har forsøgt at få et barn i tre år og har været i fertilitetsbehandling i to år. Parret er uforklarligt barnløse. Der er således ikke nogen kendt årsag til, hvorfor de oplever fertilitetsudfordringer. Parret har haft fire mislykkede forsøg med insemination og to ICSI-forsøg, hvor Signe opnåede graviditet med første forsøg. Desværre overlevede fosteret ikke, og Signe måtte derfor igennem en medicinsk abort. Da interviewet blev foretaget, var Signe og Jakob startet på et nyt ICSI-forløb, og Signe havde netop fået taget æg ud et par dage forinden.

Malene

Malene er 34 år og arbejder til dagligt som kommunalt ansat på et kontor. Malene er kæreste med Frederik på tredje år. Parret har forsøgt at få et barn i halvandet år, og har været i fertilitetsbehandling i et halvt år. Parret er uforklarligt barnløse. Der er således ikke nogen kendt årsag til, hvorfor de oplever fertilitetsudfordringer. Parret har haft fire mislykkede forsøg med inseminering og står nu overfor to insemineringsforsøg mere, inden de eventuelt henvises videre til IVF-behandling.

6.2 Tematisk analyse

Med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel vil kommende analyse forsøge at nedbryde interviewene i mindre dele og fremhæve enkelte dele af interviewene, for at samle og forstå helheden af de temaer, som er på spil. Dele af de forskellige interviews vil ligeledes spille sammen, og kan således enten støtte eller udfordre hinanden og dermed skabe et mere nuanceret billede af oplevelsen af at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling.

Interviewene analyseres ud fra Braun og Clarkes (2006) *tematiske analyse*. Ved tematisk analyse identificeres og analyseres mønstre eller temaer i dataene. Identificeringen af et tema følger

ikke nogen bestemt opskrift – et tema opstår ikke nødvendigvis på baggrund af, hvor ofte det går igen i dataene, men derimod ud fra en vurdering af vigtighed for analysen. En tematisk analyse kan udføres med afsæt i empirien selv, således at denne er styrende for analysen, eller med et teoretisk fundament som styrende for analysen (Braun & Clarke, 2006, pp. 79-84). Denne tematiske analyse er teoretisk drevet, hvilket betyder, at temaerne i høj grad identificeres ud fra den teoretiske ramme, der er præsenteret i afsnit 3. Problemformuleringen: *Hvordan opleves det at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling?* har ligeledes været styrende i arbejdet med identificering af temaer. Følgende afsnit vil præsentere hovedtemaerne samt undertemaerne udledt fra den tematiske analyse og give et indblik i, hvordan disse er identificeret.

6.2.1 Præsentation af temaer

Et vigtigt skridt i analysearbejdet er at få godt kendskab til dataene (Braun & Clarke, 2006, p. 87). Allerede ved udførelsen og transskriberingen af hvert interview starter processen med at blive fortrolig med materialet. Transskriptionen blev læst og genlæst, hvorefter den manuelle kodning af materialet blev påbegyndt. Med tre rige datasæt har det ikke blot været hjælpsomt men en nødvendighed at kode dataene for at skabe et overblik og danne fundament for udvikling af temaerne (Braun & Clarke, 2006, 87f). Ethvert interessant element i dataene er blevet kodet med farve og 'kodenavn'. Over 80 forskellige koder blev anvendt på tværs af de tre interviews. Nogle koder gik igen flere gange i alle tre interviews, mens andre blot var til stede få gange i et enkelt interview. Disse koder blev forsøgt grupperet i relevante temaer, der fungerer som bredere kategorier (Braun & Clarke, 2006, p. 88). Ved første forsøg på at sortere de mange koder i relevante temaer blev 11 overordnede temaer fundet. Herefter blev tyngden og relevansen af hvert tema undersøgt og sammenlignet med lignende temaer, og det blev hermed klart, at der var temaer, som syntes at være særligt centrale samt temaer, der i højere grad kunne kategoriseres som 'undertemaer'. Igennem denne analyse er der blevet identificeret fem hovedtemaer med dertilhørende undertemaer. Disse præsenteres i nedenstående tabel 2.

Hovedtema	Undertema
Psykisk påvirkning	Gidsel i behandling Egen påvirkning på infertilitet og psykologisk behandling
Sociale relationer	Pres fra andre
Parforhold	Kønsforskelle
Konsekvenser af behandling	'Regler' at leve efter
Ønsket om et barn	At skabe en familie

Tabel 2: Hovedtemaer og undertemaer

Som led i besvarelsen af problemformuleringen: *Hvordan opleves det at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling?* vil følgende analyse udforske hvert af de fem hovedtemaer med inddragelse af den tidligere præsenterede teori og eksisterende forskning på området.

6.2.2 Psykisk påvirkning

Jævnfør den præsenterede forskning på området i afsnit 2.3 er kvinder i fertilitetsbehandling i øget risiko for udvikling af depression, angst og stress (Xu et al., 2017; Yusuf, 2016). Kvinderne i dette interviewstudie blev spurgt ind til, om og hvorledes fertilitetsbehandlingen havde påvirket dem psykisk. Alle tre kvinder var betydeligt psykisk påvirket af fertilitetsbehandlingen: "Det har været enormt hårdt. Jeg føler, jeg er et helt andet menneske nu, end da vi startede" (Signe). "Det kommer sådan bag på mig, hvor hårdt det er at være i fertilitetsbehandling (...) og det kom meget bag på mig, hvor belastet jeg er af det" (Malene). For Camilla fylder følelser af ensomhed og sorg meget: "Så ensomhed er nok det, der fylder meget i det, og følelsen af, jeg kalder det tit sådan en hjemløs sorg at have" (Camilla). Signe beskriver ligeledes, hvordan hun oplever det uopfyldte ønske om et barn som en sorg: "Det er ligesom om, at alle de der håb og drømme vi havde til start, de er bare væk. Til at starte med havde vi snakket om 'når vi fik et barn'. Lige pludselig blev det til 'hvis vi fik et barn'" (Signe). Disse citater viser, at alle tre kvinder er psykisk belastet af fertilitetsbehandlingen, og følelser som frustrationer, sorg og ensomhed fylder meget i kvindernes hverdag. Signes beskrivelse af at være "et helt andet menneske" peger på, at oplevelsen af at være i fertilitetsbehandling kan være forandrende og potentielt set ændre på ens jeg-identitet – altså påvirke ens indre kerne (Jørgensen, 2009). I afsnit 3.3.2 beskrives det netop, hvordan det at blive forælder

har dette forandrende potentiale for jeg-identiteten (Overall, 2012), men kampen for at blive forælder, kan muligvis siges at have samme forandrende effekt.

Adspurgt direkte til om kvinderne har oplevet symptomer på depression, angst, stress eller andre psykiske lidelser svarer Signe:

Der har helt klart været nogle dage, hvor jeg bare har siddet i sofaen og stirret ud i luften i lang tid. Jeg har været så ked af det, at jeg ikke har kunnet græde. Det føler jeg, nok er der, det begynder at blive depressivt på en eller anden måde (Signe).

Malene er kommet i ”tidlig indsats på mit arbejde, for at forebygge stress” (Malene). Både stress og depressive symptomer er ifølge tidligere forskning på området normale følger af et fertilitetsbehandlingsforløb (Xu et al., 2017; Yusuf, 2016). For kvinderne i dette interviewstudie er det særligt stress, der fylder, blandt andet fordi de stresser over at føle et tidspres, samt hvorvidt deres stressniveau forårsager eller forværrer infertiliteten – disse former for stress udforskes i kommende undertemaer: ”gidsel i behandling” og ”egen påvirkning på infertilitet og psykologisk behandling”.

6.2.2.1 Gidsel i behandling

I forsøget på at få et barn er der hver måned (hvis kvindens cyklus er regelmæssig) et forholdsvist lille vindue, hvor kvinden er fertil. Det betyder, at der kun er et ’forsøg’ til at opnå graviditet hver måned. Hvis man er i fertilitetsbehandling, bliver det fertile rum yderligere indsnævret, idet det kræver hjælp udefra, og der er bestemte tidspunkter, som må overholdes. De tre kvinder italesætter alle tre, at de oplever stress i forbindelse med tiden, der går, imens de er i fertilitetsbehandling. Camilla beskriver dette tidspres efter et fejlslået forsøg: ”Så ved jeg inderst inde, at det bare er en måned. Men det er ikke bare en måned. Det er tid, der går fra, så er vi lidt længere henne” (Camilla). Adspurgt til om de har overvejet at tage en pause fra fertilitetsbehandlingen, svarer alle tre kvinder, at de gerne ville tage en pause, men at der simpelthen ”ikke er tid til det” (Malene). Signe beskriver, hvordan hun føler sig som et gidsel i behandlingen, fordi hun ikke kan sige stop:

Der følte jeg, at jeg var i sådan en gidselsituation på en måde. Hvis jeg vil have et barn, så er det her metoden, og så skal jeg gøre det her, uanset om jeg vil det eller ej, hvis jeg vil have et barn (...) Men jeg følte heller ikke, at jeg kunne sige stop, selvom jeg på en måde gerne ville, for så kunne vi jo ikke få et barn (Signe).

Kvinderne oplever et tidspres, fordi hver måned tæller, og hver eneste måned bliver et konkret symbol på en graviditet, som ikke lykkedes. På trods af at kvinderne egentlig ytrer ønske om at tage en pause fra behandlingen, føler de ikke, at de kan sige stop og spille en chance for graviditet. På den måde bliver temaet om at være 'gidsel i behandling' relevant for alle tre kvinder.

6.2.2.2 Egen påvirkning på infertilitet og psykologisk behandling

Ovenstående analyse af kvindernes oplevelse af stress bliver yderligere forstærket af en overbevisning om, at individets psyke og stressniveau har en direkte påvirkning på fertiliteten. Dette er en meget udbredt og delvist påvist tese. Om end det ikke er lige til at bevise et kausalt forhold mellem stress og infertilitet, kan stress påvirke eksempelvis menstruationscyklussen, som dermed kan have indflydelse på fertiliteten (Jain et al., 2023). Netop en uregelmæssig cyklus, har sat stop for et insemineringsforsøg for Malene og Frederik, hvilket Malene tilskriver sin mentale tilstand:

Jeg er hverken læge eller psykolog, men jeg er slet ikke i tvivl om lige nu, at grunden til at jeg ikke er gravid, eller har en ødelagt cyklus, eller cyklus i ubalance, er ikke fordi, jeg røg cigaretter forrige weekend eller drak fem bajere, det er højst sandsynligt fordi, jeg er så stresset, fordi der ikke er nogen, der hjælper mig med det mentale, og det synes jeg, er voldsomt undervurderet (Malene).

Malene bebrejder sin egen mentale tilstand og den manglende psykiske hjælp for den uregelmæssige cyklus, som hun mener, kan være grunden til, at hun ikke er blevet gravid endnu. I dette citat peger Malene på, at hendes stressniveau er højt, fordi der ikke er nogen, der tager hånd om de psykiske aspekter af at være i fertilitetsbehandling. Adspurgt til om kvinderne mener, der bør tilbydes psykologisk behandling til par i fertilitetsbehandling er svaret entydigt 'ja'. Camilla oplever, at sygeplejerskerne på fertilitetsklinikken er gode til "at rumme os og vores frustrationer og vores sorg i det" (Camilla). Men både Signe og Malene oplever ikke, at der er tid til at tage hånd om de psykiske aspekter på fertilitetsklinikken: "Der er aldrig blevet spurgt til, hvordan jeg har det. Så det føler jeg slet ikke, det er med i fertilitetsbehandlingen det med det psykiske" (Signe). Alle tre kvinder har på anden vis opsøgt eller modtaget psykologisk behandling: Camilla og Mads går i parterapi, Signe går til psykolog og Malene ser en erhvervspsykolog på sin arbejdsplads. De mener dog alle tre, at der

burde være et målrettet psykologisk tilbud i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Spørgsmålet om psykologisk behandling for patienter i fertilitetsbehandling udfoldes yderligere i afsnit 7.1.2.

Dette tema har behandlet de psykiske aspekter, kvinderne oplever ved at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. Alle tre kvinder er betydeligt psykisk påvirket, og har i varierende grad oplevet psykopatologi på denne baggrund. De mener alle tre, der bør være et psykologisk behandlingstilbud for par i fertilitetsbehandling blandt andet fordi, høje stressniveauer kan påvirke fertiliteten. Kommende tema vil undersøge, hvorvidt kvindernes sociale relationer er påvirket af fertilitetsbehandlingen.

6.2.3 Sociale relationer

Alle tre kvinder oplever, at deres sociale relationer på en eller anden vis er påvirket af deres igangværende fertilitetsbehandling og uopfyldte ønske om et barn. De beskriver, hvordan det kan være svært at være sammen med personer i deres omgangskreds, som har børn. Signe beskriver: ”det er ligesom om, at der er en klub, vi ikke rigtig kan komme med i” (Signe). I samme forbindelse italesætter både Camilla og Malene, at det kan være meget ensomt at være de eneste i en vennegruppe, som ikke har børn: ”Følelsen af ensomhed fylder faktisk rigtig meget [I: Ja] Og det er primært fordi, at vi sådan er de eneste i vores vennekreds, der står i den her situation” (Camilla). Malene fortæller:

Fordi mit netværk er mange småbørnsfamilier, så kan det jo faktisk godt blive lidt ensomt at have det liv, jeg har. For det liv er ikke radikalt anderledes, end da jeg var 27, og der var de fleste andre et andet sted i deres liv. Så på den måde så mangler jeg også at få lov til at opleve det der, som andre gør (Malene).

Alle tre kvinder oplever altså at stå uden for fællesskabet – eller ’klubben’ – af folk, som har børn. Dette vil, ifølge den præsenterede teori, kunne tilskrives den manglende sociale identitet som forælder (Jørgensen, 2009). De venner, som allerede er forældre, deler en social identitet som forældre, mødre eller fædre, hvilket ifølge den præsenterede identitetsteori, kan placere dem i et socialt fællesskab med delt identitet (Jørgensen, 2009). Malene beskriver desuden, at hun oplever, at hendes veninder hurtigt kan tilskrive hende en social identitet som ”den sjove moster, som garanteret må være **hungrende** efter at passe på børnene (...) og sådan har jeg det ikke (...) det er **mit** barn, jeg vil have” (Malene). Altså oplever Malene en konflikt imellem sin egen sociale identitet og den sociale identitet,

andre tilskriver hende. Kvindernes beskrivelse af ikke at være medlem af 'klubben' og ønske herom, kan også anses som et ønske om at øge deres sociale kapital. Som beskrevet i afsnit 3.2.2, vil det at få børn øge individets sociale kapital, og skaffe adgang til fællesskaber, som ellers kan være enten lukkede eller svære at komme ind i (Morgan & King, 2001).

6.2.3.1 *Pres fra andre*

Undertemaet *pres fra andre* rummer beskrivelserne af de oplevelser, kvinderne har haft, hvor andre mennesker i deres sociale netværk – enten direkte eller indirekte – har presset dem til at få børn. Alle tre kvinder har oplevet at enten forældre eller svigerforældre har presset på for at få børnebørn. Til spørgsmålet om hvorvidt Camilla og Mads har delt, at de er i fertilitetsbehandling med andre, svarer hun:

Ja. Fordi vi nåede en alder, hvor folk begyndte at spørge, 'skal I ikke snart?' (...) Det lægger jo et kanonpres på en, fordi man jo i forvejen så gerne vil det. Så når ens forældre kommer og siger 'vi vil så gerne snart være mormor og morfar' **ja**, vi arbejder på sagerne. Så derfor tror jeg også, det var vigtigt for os at være åbne omkring det og sige, det er ikke bare lige nemt for os (Camilla).

Malene og Signe har oplevet, at deres svigerforældre har spurgt ind til, om de ikke snart skal have børn. Signe beskriver blandt andet:

Og så begyndte mine svigerforældre at sige, at de gerne ville presse os til at have nogle børn nu og 'kunne I ikke også se at komme i gang?'. Og der var jeg lige blevet insemineret, og vi var tre dage fra at få et svar. Så der blev vi nødt til at fortælle det. For det gjorde simpelthen for ondt. Det var for hårdt (Signe).

Det at kvindernes forældre eller svigerforældre spørger ind til, hvorvidt der snart kommer nogle børnebørn, kan anses som et udfald af de gældende sociale normer om, at vi skal have børn, som er beskrevet i afsnit 3.2.1. Idet der langt hen ad vejen eksisterer en social norm om, at det mest 'rigtige' er at få børn, kan andre mennesker føle sig berettigede til at spørge ind til adfærd, som går imod normen – altså når mennesker ikke har børn (Morgan & King, 2001; Schmidt, 2024; Willi, 1993).

Forældrenes efterspørgsel efter børnebørn kan også anses som et ønske om at fremskynde et identitetsskifte hos børnene såvel som dem selv. Som beskrevet i afsnit 3.2.2 vil ankomsten af et barn forstærke det nye forældrepars voksne identitet og give deres forældre en ny identitet som bedsteforældre (Willi, 1993). Netop identiteten som voksen fylder meget for særligt Signe. Igennem interviewet, er det et tilbagevendende tema, at hun ønsker en mere voksen identitet, og at et barn ville kunne hjælpe med dette. Hun fortæller blandt andet: ”Mig og Jakob er begge to nogle af de yngste i vores familier, så jeg tror også, det vil være et bevis på at nu er vi rigtig ægte voksne ligesom de andre, hvis vi fik et barn” (Signe). Det at få et barn og være voksen ”ligesom de andre” kan pege i retningen af, at Signe kobler forældreskabet til den sociale identitet som voksen (Jørgensen, 2009).

Alle tre kvinder har fundet det nødvendigt at dele deres oplevelser med at være i fertilitetsbehandling med deres nærmeste – blandt andet fordi det har været en for stor byrde og for indgribende til at kunne holde hemmeligt. De oplever alle tre, at det har været positivt og lettende at dele deres oplevelser. Signe beskriver: ”Det var svært at skulle starte den der samtale med at sige, at 'vi er altså startet i fertilitetsbehandling', og hvordan reagerer de på det? Bliver de nu bange for at træde mig over tæerne? Men vi har kun fået positiv respons” (Signe). Malene beskriver, hvordan hendes veninde også er meget påvirket af forløbet: ”... så når jeg siger til hende, at jeg har fået menstruation, og imens jeg græder, så græder hun også” (Malene). Camilla fortæller, at selvom det er positivt at dele sine oplevelser med andre, kan det også være forbundet med en ambivalens:

Det kan godt blive stressende af at folk ved det, men det skaber også en åbenhed over, at hvis jeg så ikke er til det sociale, eller siger 'jeg har lige brug for at trække mig', så ved de også, at det er faktisk fordi, jeg har testet negativt, eller at der lige var et fejlslået forsøg (Camilla).

Dette tema har udforsket, hvordan kvinderne oplever, at deres sociale relationer bliver påvirket af fertilitetsbehandlingen og deres uopfyldte ønske om et barn. Generelt set oplever kvinderne at føle sig uden for et fællesskab med andre, som har børn. Kvinderne oplever også, at deres sociale relationer – herunder særligt forældre eller svigerforældre – har lagt et pres på dem for at få børn. Kvinderne har delt deres oplevelser med fertilitetsbehandlingen med deres familie og venner, hvilket har været positivt, idet de modtager støtte og forståelse.

6.2.4 Parforhold

Kvinderne oplever på forskellig vis, hvordan fertilitetsbehandlingen og ønsket om et barn påvirker deres parforhold. Camilla og Signe beskriver begge, hvorledes deres parforhold er blevet både udfordret og styrket af fertilitetsbehandlingen: ”Det har både styrket vores forhold og det har helt sikkert også taget, hvad kan man sige, det kan godt have taget en lille smule af gnisten med sig” (Camilla).

Jeg har følt rigtig mange gange, at når vi var på vej ud til et forsøg eller i gang med et eller andet, så var vi sammentømrede som aldrig før, og når det så ikke lykkedes, så følte jeg, vi var på vej langt væk fra hinanden. Men efter vi har mistet, så har jeg slet ikke den der følelse af, at vi er på vej væk. Jeg føler, vi er mere sammentømrede end nogensinde før. Der skal mere til at skille os ad (Signe).

Camilla og Signes beskrivelse af, at deres parforhold overordnet er blevet styrket af fertilitetsbehandlingen, stemmer overens med forskningen præsenteret i afsnit 2.4. Her beskrives det, at par, som går igennem et fertilitetsbehandlingsforløb, kan opleve større forbundethed, højere grad af loyalitet og øget emotionel intimitet, hvilket kan føre til et styrket parforhold (Drozdol & Skrzypulec, 2009; Luk & Loke, 2015). Alle tre kvinder oplever dog at fertilitetsbehandlingen og ønsket om et barn har haft en stærk negativ effekt på deres sexliv. Malene beskriver:

Vores sexliv er helt vildt påvirket af det (...) Det med at skulle gøre det på kommando og gøre det 1-2-3 gange inden for tre dage og gerne fire gange inden for fire dage, det påvirker ham helt vildt meget, og det gør også, at jeg lige pludselig skal være cheerleader i en seksuel sammenhæng, hvor man egentlig skulle håbe, at der bare var gensidig lyst. Men der er nødt til at være fokus på ham, så jeg forsvinder jo egentlig i det. Der er jo ikke fokus på – i samme omfang – min nydelse, for min nydelse producerer jo ikke noget, det gør hans. Så det påvirker vores samvær helt vildt meget (Malene).

I tråd med den præsenterede forskning på området (Nakić et al., 2022), er det særligt den skemalagte sex, som har en negativ påvirkning på den fysiske intimitet for kvinderne. Signe, som også har oplevet negativ effekt af den skemalagte sex, beskriver, at efter hun og Jakob er gået over til ICSI behandling,

har hun følt sig mere seksuelt frigjort, idet behandlingen foregår uden for hendes krop, og 'hjemmearbejde' ikke længere er en del af behandlingen.

6.2.4.1 Kønsroller

I interviewene med alle tre kvinder opstod et tema om kønsroller, som var et hyppigt og tilbagevendende emne for de tre kvinder. Det er uundgåeligt, at der i et heteroseksuelt parforhold er en vis uligevægt i fertilitetsbehandling. Som tidligere beskrevet vil det, uanset hvor fertilitetsudfordringerne ligger, være kvinden, som er patient og hendes krop, som behandles. Temaet rummer, foruden et fokus på denne fysiske ulighed, også beskrivelser af, hvordan der er forskel på kvinderne og deres partnere i praktiske, emotionelle og investerende henseender. Både Camilla og Signe beskriver, hvordan deres kærester kæmper med at føle sig overflødig i behandlingen: ”Jeg tror, han kæmper lidt med at føle sig som en tilskuer (...) Alt på klinikken, selv hans sædprøve, foregår i mit cpr-nr. Han betyder ikke så meget, andet end det der glas der” (Signe). Camilla fortæller ligeledes om en oplevelse på fertilitetsklinikken, hvor Mads bliver tilskuer til Camillas behandling:

Mads kan godt føle sig meget *pause* efterladt i det her, overflødig. Han gav et godt eksempel, da vi var til ægudtagning. Vi kommer ind, han bliver vist en stol, og det er jo mig, der er fokus på, 'Er du smertedækket nok?' 'Vil du have mere?' 'Hvordan har du det Camilla?'. Mads han sidder der egentlig bare, og de rækker ind over ham og skal have sat blodtryksmanchetter på mig, og der er ikke så meget fokus på ham i det. Han føler tit, han bare er den, der leverer en kop, og så er det det (Camilla).

Camillas beskrivelse af Mads som 'overflødig' i behandlingen går igen i Malenes fortælling om den første samtale ved lægen samt opstartssamtalen på fertilitetsklinikken:

På **intet** tidspunkt inkluderer vi min partner i det her. Det er mit projekt. Så da jeg kommer op til fertilitetsklinikken, og jeg så lige siger, 'kan vi lige vente to minutter, Frederik er lige forsinket', så griner hun og siger: 'nå jaja men han skal jo ikke gøre sit arbejde endnu', nej men det er jo en opstartssamtale det her. Og det er jo også det, der gør, der er jo ikke nogen der har sat sig ned og snakket med ham omkring 'god sædkvalitet, hvad betyder det, hvad kan du gøre for at påvirke den', så det er blevet koblet helt fra hinanden. Så det er **mit** projekt. Han er her bare. Det er sådan det føles

(...) Og jeg synes det er døduretfærdigt. For det er ikke mig som solo-mor, eller kommende solo-mor, der har rettet henvendelse, det er os som par (...) Jeg tager ansvar, fordi det er **mig**, der skal stå og stikke mig selv ind i maven (...) Jeg tager ansvar, for jeg gider ikke i IVF, for jeg ved godt, hvem det går ud over (Malene).

Malene beskriver desuden flere gange i interviewet, at hun føler sig nødsaget til at kontrollere Frederiks forbrug af cigaretter, alkohol og energidrik, fordi han ikke er opmærksom på, hvordan det påvirker sædkvaliteten.

Ovenstående citat viser, at den fysiske ulighed i behandlingen forplanter sig, og skaber ulighed for parret hvad angår fordeling af ansvar. Denne ulighed i ansvarsfordelingen skyldes muligvis systemets forbigåelse af manden i fertilitetsbehandling. Det kan også være udtryk for en dybtliggende og indlejret struktur, hvor kvinden generelt bærer det største ansvar i alle henseender, som har med børn og familie at gøre. Som præsenteret i afsnit 3.2.1 beskriver fænomenerne *intensive mothering* og *the new momism*, hvordan mødre i dag forventes at kaste sig ind i projektet om moderskabet intenst og selvopofrende (Ennis, 2014). Denne analyse kan pege på, at tendensen til kvindens overskyggende ansvar for børn og familieliv allerede starter inden, et barn overhovedet er blevet undfanget, idet kvinderne i dette interviewstudie beskriver, at de i høj grad føler, at ansvaret for at behandlingen lykkes, hviler på dem. Et andet forsigtigt bud på en forklaring på denne kønslige ulighed i fertilitetsbehandlingen kan trække tråde tilbage til den evolutionspsykologiske teori om *parental investment* (Buss, 2007). Ifølge denne teori vil kvinden have langt højere investering i barnet, idet hun bærer, føder og ammer barnet (Buss, 2007). Den fysiske forskel på mandekroppen og kvindekroppens rolle i tilblivelsen af et barn kan ikke ignoreres. Idet kvindekroppen ultimativt bærer det største arbejde, vil kvinden muligvis også være mere investeret i at optimere alle forhold for at sikre, at en graviditet lykkes. Som Malene beskriver, er det hendes krop, som skal stikkes i og behandles, og hende ”det går ud over”, hvorfor hun også påtager sig et større ansvar.

Overordnet kan det siges, at fertilitetsbehandlingen har haft stor påvirkning på kvindernes parforhold. Særligt har den fysiske intimitet været negativt påvirket, men Signe og Camilla oplever også, at deres parforhold er blevet styrket. Kvinderne oplever en stor kønslig ulighed i fertilitetsbehandlingen, som særligt for Malene ikke blot er til stede i selve behandlingen men også i ansvarsfordelingen og investeringen i projektet.

6.2.5 Konsekvenser af behandling

Igennem de tre interviews har temaet om *konsekvenser af behandlingen* været gennemsyrende. Temaet overlapper med de andre temaer, idet eksempelvis psykisk belastning og ændrede sociale relationer også kan siges at være en konsekvens af fertilitetsbehandlingen. Alligevel fylder temaet så meget, at det har fået sin egen kategori, for som Malene beskriver: ”Jeg har ikke et aspekt af mit liv i dag, som ikke er påvirket [af fertilitetsbehandlingen]... Det er en masse dagligdagsbeslutninger, der gør at jeg hele tiden, min infertilitet er altid nærværende, for jeg skal hele tiden forholde mig til den” (Malene). Dette tema behandler nogle af disse ”dagligdagsbeslutninger”, som kvinderne må forholde sig til i undertemaet om *’regler’ at leve efter*, samt nogle af de mere uforudsete konsekvenser, kvinderne oplever ved at være ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling. En af disse konsekvenser er kvindernes forhold til deres egne kroppe. Særligt Camilla beskriver, hvordan hun bebrejder sin krop, og føler sig mindre som kvinde efter et fejlslået forsøg på graviditet:

Når vi har haft et fejlslået forsøg, har jeg godt nok ikke følt mig som kvinde. Og det har jeg ikke fordi man godt kan få de tanker 'hvorfor kan min krop ikke lige være modtagelig?'. Er jeg mindre kvinde, fordi jeg så ikke kan blive gravid, som alle andre måske kan? (...) Hvordan skal jeg sige det? *Pause*. Jeg føler, den [kroppen] slår fejl, når jeg ikke bliver gravid (Camilla).

Camillas oplevelse af at være ”mindre kvinde” kan pege i retning af et brud på hendes identitet som kvinde. En kønslig identitet kan opfattes på flere forskellige niveauer: som en kerneopfattelse af sig selv (jeg-identiteten) eller som en del af den sociale gruppe, af andre med samme køn (social-identitet) (Jørgensen, 2009). Identiteten som kvinde kan også opfattes som en bredere og kollektiv identitet, som er den identitet, Camilla henviser til, da hun beskriver, at ”alle andre” kvinder kan blive gravide. Som beskrevet i afsnit 3.3.2 er den kollektive identitet knyttet til fælles identifikation (Jørgensen, 2009). For Camilla er en del af identiteten af at være en kvinde bundet op på at kunne blive gravid og bære et barn, hvorfor hun føler sig mindre som en kvinde, når dette ikke er lykkedes for hende.

Det at være i fertilitetsbehandling har for alle tre kvinder også haft negative konsekvenser for deres arbejdsliv. De oplever alle tre, at behandlingen er tidskrævende, og de har derfor alle i et vist omfang været nødt til at tage fri fra arbejde, for at kunne være til behandlingen på bestemte

tidspunkter. Signe beskriver eksempelvis, at hun netop har måttet melde sig syg grundet smerter efter en ægudtagning. Herudover oplever særligt Camilla, at hun fysisk er begrænset på sit arbejde som social- og sundhedsassistent. Under hormonbehandling oplever Camilla at være fysisk påvirket med blandt andet træthed, hovedpine og en generelt kortere lunte. Herudover beskriver hun: ”Jeg kan mærke det fysisk på min krop. Den bliver jo tungere. Jeg kan dårligt nok nogle gange lukke mine arbejdsbukser, fordi jeg er så oppustet af at tage hormoner. Så at komme ned på gulvet kan godt være en kamp i sig selv” (Camilla). Herudover oplever Camilla også – idet hun har skiftende arbejdstider – at hun sommetider må stikke sig med hormonpræparater på arbejdspladsen, hvilket også har medvirket til, at hun har fortalt kollegaer og arbejdsgiver om fertilitetsbehandlingen. Malene oplever, at den medicin hun får, påvirker hendes humør i voldsom grad, og gør hende meget grådlabil, hvilket påvirker hende på arbejdspladsen: ”Jeg sidder og græder hele tiden, og jeg fremstår faktisk uprofessionel overfor hende [lederen], fordi jeg bliver ved med at græde (...) Så ja, mit arbejde er kraftigt påvirket af det” (Malene). Af selv samme årsag har Malene valgt ikke at fortælle om sit fertilitetsbehandlingsforløb til sine kollegaer, som hun også har en del uformel ledelse over – i frygt for at blive voldsomt påvirket og dermed fremstå uprofessionel. Malenes valg om ikke at fortælle om sit fertilitetsbehandlingsforløb kan ses som en måde at værne om sin sociale identitet som kollega og leder (Jørgensen, 2009). I henhold til den præsenterede forskning på området i afsnit 2.4, står de tre kvinder ikke alene i oplevelsen af, at fertilitetsbehandlingen har negative konsekvenser for deres arbejdsliv. I det præsenterede studie af Durmazoglu og Tokat (2021) svarede hele 91% af de adspurgte kvinder nemlig, at de mente, at fertilitetsbehandling havde påvirket deres karriere negativt.

6.2.5.1 'Regler' at leve efter

I dette undertema fokuseres på de førnævnte dagligdagsbeslutninger, som de tre kvinder må forholde sig til hver eneste dag på grund af fertilitetsbehandlingen, og de 'regler' kvinderne må leve efter, for at optimere deres chancer for at opnå graviditet. Regler om kost, rygning, alkohol og motion påvirker særligt Camilla og Malene i deres daglige liv. Adspurgt til, hvorvidt fertilitetsbehandlingen havde påvirket hendes livskvalitet, svarer Camilla:

Ja det har det. For du er nødt til at følge nogle, årh jeg kalder det regler og nogle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Det her med, hvis ikke du var i fertilitetsbehandling, så kunne du jo nok godt tage fire kopper kaffe, hvis det var det, du havde lyst til. Du er nødt til at holde dig lidt og sige, jeg må egentlig kun drikke to

lige nu. Jeg kan ikke gå ud. Jeg kan godt gå ud og hygge mig med mine veninder, men jeg kan ikke gå i byen og give den fuld gas, fordi jeg er simpelthen nødt til at tænke på min krop, der er i behandling. Og det der 'men jeg kan jo være gravid', har vi jo også gået igennem ik', så derfor har man jo. Man sætter sit liv lidt i standby, altså så man mister noget livskvalitet i det (Camilla).

Malene er ligeledes igennem hele interviewet stærkt påvirket af disse 'regler' idet hun finder stor livskvalitet i særligt alkohol og rygning, og nyder at drikke drinks og ryge et par cigaretter med sine veninder i weekenden eller sidde og snakke længe og dybt med sin kæreste over et par kolde øl. Dette har hun været nødt til at skrue ned for, imens hun er i fertilitetsbehandling, "Og det er egentlig et kompromis, jeg meget gerne vil tage, hvis jeg var **gravid**" (Malene). Camilla og Malene beskriver begge, at de må leve en forholdsvis restriktiv livsstil, som var de gravide, men forskellen er, at der for Camilla og Malene ikke findes nogen 'slutdato' eller nogen garanti for, at de kompromisser de indgår og den svækkelse af livskvalitet, de oplever, vil resultere i deres drøm om et barn. Som beskrevet i den indledende litteraturgennemgang i afsnit 2.2 ses der i forskningen på området en klar tendens til, at individer – særligt kvinder – som er i fertilitetsbehandling, oplever svækket livskvalitet (Chachamovich, 2010; Jisha & Thomas, 2016; Swift et al., 2022), hvilket også i høj grad gør sig gældende for de tre kvinder i dette interviewstudie. Dog rapporterer de medtagne studier ikke specifikt noget om, hvorvidt deltagerne er påvirket af den restriktive livsstil, som mange forventes at leve efter, hvorfor dette studie kan siges at tilføje en nuancerende forklaring på, hvorfor livskvaliteten ofte svækkes hos kvinder i fertilitetsbehandling.

Dette tema har behandlet nogle af de konsekvenser, kvinderne oplever ved at være i fertilitetsbehandling. Alle tre kvinder oplever, at fertilitetsbehandlingen har haft konsekvenser for deres arbejdsliv blandt andet ved mange fraværsdage og fysiske begrænsninger. Herudover er særligt to af kvinderne påvirket af den forholdsvis restriktive livsstil, som de lever efter i håbet om at optimere chancerne for graviditet.

6.2.6 Ønsket om et barn

Alle tre kvinder har et dybt og brændende ønske om at få et barn og skabe en familie. Adspurgte til hvorfor kvinderne egentlig ønsker sig et barn, bliver det dog tydeligt, at det er vanskeligt at beskrive præcist hvorfor:

Jeg har tit tænkt på, hvorfor er det, jeg gerne vil det? Altså det har jeg ikke rigtig kunne sætte ord på. Men så fik vi kat (...) Det er som om, vi er forældre for den her kat, og det synes jeg bare, der føles som meningen med mit liv. Det vil jeg bare rigtig gerne. Det giver bare mening for mig. Jeg ved ikke hvorfor, men det føles bare rigtigt (Signe).

Det var da egentlig et godt spørgsmål. *Pause*. Hvorfor? Altså jeg har sådan et helt grundlæggende, brændende ønske om at blive mor (...) Jeg kan mærke, jeg har rigtig meget, jeg gerne vil give det her lille menneske, og jeg kan mærke, det er uforløst i egen krop. Og hvis du havde spurgt mig for seks år siden, havde jeg sagt, at det skulle jeg på et tidspunkt, men jeg kan vitterligt mærke, at mit liv mister mening, fordi jeg ikke har et barn (...) Jeg synes ikke mit liv i dag – det er ikke et dårligt liv, jeg har – men jeg synes, det er en lille smule meningsløst. Jeg **vil** være forælder. Det har jeg altid vidst, at det var et absolut for mig for at have mening (Malene).

På trods af at det umiddelbart er svært at sætte ord på, præcist hvorfor de ønsker sig et barn, beskriver både Malene og Signe, at det føles som meningen med deres liv. Camilla beskriver ønsket som: ”En hjemløs kærlighed man gerne vil give til et barn, man selv har skabt” (Camilla). Disse citater peger på, at de tre kvinder har et grundlæggende eksistentielt behov for at få et barn. Som tidligere beskrevet (afsnit 3.3.3) har den eksistentielle psykologi ikke beskæftiget sig særlig meget med menneskets ønske om at få børn. Dette på trods af at det altså for mange anses som meningen med livet (Dahlen et al., 2010; Johnson et al., 2007; Prinds et al., 2014) – også for kvinderne i dette studie. Dette grundlæggende og eksistentielle behov for at få et barn træder yderligere frem, idet ingen af de tre kvinder kan eller vil forholde sig til et liv uden børn. Adspurgt til hvorvidt de har gjort sig tanker om, hvordan livet uden børn vil se ud, svarer de:

Jeg tror ikke, det er en mulighed for mig ikke at få et barn. Tanken om at vi skulle leve hele vores liv sammen, mig og Jakob, uden nogensinde at blive forældre, vil være fuldstændig uoverskueligt. Og det vil føles som om, at så mangler vi det største, der kunne ske for os (Signe).

Ja, og det er ikke en mulighed. Det kan jeg simpelthen ikke. Det er ikke en præmis, jeg kan købe ind på. Niks. Fordi jeg har præmisserne for det. Jeg har alle muligheder for at blive forælder, så det bliver jeg *latter*. Min fremtid **er** med børn. Andet er ikke muligt (Malene).

Jeg er slet ikke klar på at give op og sige, at vi ikke får børn, eller hvad nu hvis. Jeg tror, jeg føler, at vi har været så kort inde i det, så jeg er slet ikke der, hvor jeg vil give op endnu (Camilla).

Det er slet ikke en mulighed for de tre kvinder ikke at få et barn. Citaterne understreger ikke alene det brændende ønske om et barn for de tre kvinder, men markerer også alvoren af den fertilitetsbehandling, de er i gang med: den skal simpelthen lykkes, for alternativet er ikke en mulighed.

For kvinderne handler det ikke kun om at få et barn, men også om at blive mor: ”Det er også en kæmpestor del for mig, og så sige: 'Jeg er Camilla, jeg er mor' (...) det er jo bare. *Pause*. Det helt ultimative det ville være at blive mor. At kunne give den kærlighed til et barn” (Camilla). ”Jeg føler bare, det ligger så dybt i mig at have det der omsorgsgen. At tage mig af noget. At være noget” (Signe). ”For at være til, så skal jeg også være mor” (Malene). Malene beskriver desuden, at hun egentlig allerede føler sig som mor, og at hun kommer til at påtage sig en morrolle overfor sin partner, veninder og hund fordi: ”Jeg vil rigtig gerne have lov. Jeg mangler simpelthen en kanal, hvor jeg kan få det kanaliseret ud det rigtige sted” (Malene). Denne analyse har allerede beskæftiget sig med, hvordan kvindernes identitet er påvirket af deres uopfyldte ønske om at få børn – eksempelvis via ønsket om ændring af social identitet som forælder, eller via splittelse fra den kollektive identitet som kvinde. Disse citater peger nærmere på et grundlæggende ønske om en ændring – eller måske nærmere realisering – af deres jeg-identitet eller inderste kerne som mor (Jørgensen, 2009).

6.2.6.1 At skabe en familie

For alle tre kvinder har det stor betydning at kunne skabe et barn sammen med deres partner. Camilla fortæller:

At give den her kærlighed til noget, der både er Mads og jeg, det har jeg faktisk næsten været sikker på siden, vi blev kæresten, at det var det, jeg ville. Så jeg har aldrig været i tvivl om med ham, at vi skulle have børn (Camilla).

Malene fortæller ligeledes: ”Jeg vil så gerne have det der lille væsen, der er lidt mig og lidt ham” (Malene). Ønsket om at skabe et barn med sin partner kan ifølge den præsenterede teori i afsnit 3.3.1 betragtes som et ideal: at skabe noget helt ekstraordinært med det menneske, man finder ekstraordinær (Alberoni, 1981), og som et ønske om at forlænge sit parforhold så to bliver til tre (Willi, 1993). Ifølge Willi (1993) vil barnet netop ændre parforholdets karakter til et trekantsforhold, en præmis, som Camilla er fuldstændig klar til at købe ind på: ”Mads og jeg har det godt, men der mangler virkelig noget i vores hverdag. Der mangler nogle bleer, sutteflasker og sådan lidt der skal klares også” (Camilla). Signe beskriver det, som Willi (1993) kalder et udviklingslogisk mønster af familieidealet: ”Jeg var i lære, så tænkte vi, nu var jeg færdig med min uddannelse, nu skulle vi stifte familie, og nu har jeg fået nyt job og det hele, det kørte bare ik?” I denne udviklingslogik var børn det ’næste skridt på vejen’ for Signe og Jakob. På trods af at kvinderne drømmer om at skabe et barn med deres partner, er Malene villig til at gå på kompromis med kærlighedsidealet, hvis Frederik en dag skulle bakke ud:

Hvis Frederik kommer i morgen og siger: 'jeg kan ikke længere, jeg vil helt have, at vi stopper med at prøve at få børn', så kommer jeg til at vælge ham fra, for jeg vil have et barn. Uh det var voldsomt at sige, men det er sådan jeg har det (Malene).

Dette citat peger i retningen af, at ønsket om at skabe et fælles tredje – barnet – med sin partner kun delvist kan forklare menneskets længsel efter at få et barn. Det grundlæggende og eksistentielle ønske om at blive forælder kan derimod være så stærkt og kraftfuldt for nogle, at de er villige til at vende ryggen til kærligheden for at få det opfyldt.

Dette tema har behandlet de tre kvinders grundlæggende ønske om at få børn. Kvindernes ønske om et barn, er både et ønske om at skabe noget i kærlighed med deres partner men også et grundlæggende ønske om at blive mor. Mest af alt er ønsket om et barn en absolut og altoverskyggende nødvendighed for at kvinderne kan få et godt og meningsfuldt liv.

6.3 Opsummering af analysens hovedfund

Dette interviewstudie har haft til formål at undersøge oplevelserne af at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. Igennem tre interviews med ufrivilligt barnløse kvinder, som alle er i et igangværende fertilitetsbehandlingsforløb med deres partnere, er der opnået adgang til unikke beskrivelser af disse oplevelser. Ovenstående tematiske analyse har identificeret fem hovedtemaer og dertilhørende seks undertemaer. Temaerne blev identificeret efter gennemlæsning, kodning og vurdering af tyngde og relevans. Nogle temaer fylder meget for alle tre kvinder – eksempelvis temaet *ønsket om et barn* – mens andre temaer i højere grad relaterer sig til en eller to af kvinderne – eksempelvis temaet *konsekvenser af behandlingen*. Analysen viser ikke desto mindre, at kvinderne er stærkt påvirkede af livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling på mange forskellige parametre i deres liv. Konsekvenserne af fertilitetsbehandling strækker sig ud over stort set alle arenaer, og påvirker således blandt andet kvindernes sociale relationer, parforhold, sexliv, arbejdsliv, livskvalitet, psyke og identitet på flere niveauer. Det kan dermed siges, at det at være ufrivillig barnløs i et aktivt fertilitetsbehandlingsforløb kan opleves som enormt indgribende for den enkelte. Umiddelbart synes et af de eneste positive aspekter at være, at to ud af de tre kvinder oplever, at deres parforhold overordnet set er blevet styrket af den modgang, som de har oplevet. Herudover oplever kvinderne det udelukkende som negativt og opslidende på de førnævnte områder af deres liv. Temaet *ønsket om et barn*, som rummer kvindernes dybtfølte beskrivelser af deres brændende ønske om at få et barn, synes at tilbyde en forklaring på, hvorfor ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling har denne ekstremt gennemgribende negative effekt. Temaet kan ligeledes forklare, hvorfor kvinderne alligevel er villige til at gennemgå dette opslidende forløb. De tre kvinder ser børn som en fuldstændig grundlæggende nødvendighed for at de kan få et godt liv, hvorfor de også er indstillet på at gennemgå et hårdt fertilitetsbehandlingsforløb uden slutdato for at få ønsket til at gå i opfyldelse.

7. Diskussion

Kommende afsnit vil diskutere analysens hovedfund med særligt blik for de kompromisser, kvinderne er villige til at indgå for at indfri ønsket om et barn. I denne forbindelse diskuteres det, hvorvidt patienter i fertilitetsbehandling bør tilbydes psykologisk behandling. Dette efterfølges af en diskussion af specialets anvendte metode og teorier, hvor særligt kvaliteten af nærværende speciale og det kønnede aspekt af studiet diskuteres.

7.1 Diskussion af studiets hovedfund

7.1.1 På kompromis med lykke

Med udgangspunkt i ovenstående analyse kan det konkluderes, at kvinderne er villige til at leve et liv, hvor de går på kompromis med deres nuværende lykke for at realisere drømmen om at skabe mening med deres liv i fremtiden. I et studie af Baumeister et al. (2013) undersøges forskellene mellem lykke og mening. Studiet finder, at lykke – eller det at være glad – kan ses som en naturlig respons på at mennesker får det, som de ønsker eller har behov for 'her og nu'. Mening rækker derimod ud over 'her og nu', og integrerer fortid, nutid og fremtid. Vi kan således godt være lykkelige i momentet men mangle mening med vores liv. Ligeledes kan vi arbejde mod et fremtidsperspektiv, hvorved vi finder mening og gå på kompromis med vores nuværende lykke (Baumeister et al., 2013). Kvindernes nuværende liv i fertilitetsbehandling – med alle de negative konsekvenser, som følger med – kan altså ses som et midlertidigt kompromis med deres lykke og glæde for at nå et fremtidsorienteret mål om at skabe mening med livet.

Selvom vi som mennesker er i stand til at tænke ud over vores nuværende situation og arbejde mod langsigtede mål, kan livet i fertilitetsbehandling være ekstremt opslidende, og uden nogen udløbsdato kan patienter i fertilitetsbehandling ende med at stoppe behandlingen og dermed afskrive deres drøm om et barn (Gameiro et al., 2012). Et systematisk review har kigget på i alt 21.453 patienters årsager til at stoppe fertilitetsbehandling, og heraf er nogle af de hyppigst rapporterede årsager fysisk og psykisk belastning samt relationelle og personlige problemer (Gameiro et al., 2012). Det er naturligvis ulykkeligt for den enkelte patient at afslutte fertilitetsbehandlingen uden en graviditet grundet psykisk belastning. Derfor vurderes det relevant at diskutere behovet for psykologisk hjælp til patienter i fertilitetsbehandling.

7.1.2 Psykologisk hjælp til patienter i fertilitetsbehandling

Med afsæt i specialets litteraturgennemgang og analyse kan det med en vis sikkerhed konkluderes, at mange patienter i fertilitetsbehandling oplever stor psykisk belastning. Kvinderne i dette interviewstudie er stærkt påvirket af livet som ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling, og de har alle tre oplevet betydelige psykiske såvel som sociale konsekvenser. I interviewene blev kvinderne spurgt ind til, hvordan de oplever, at der bliver taget hånd om dem psykisk, og om de ville have taget imod et psykologisk behandlingstilbud, såfremt det blev tilbudt i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. To af kvinderne oplevede ikke, at der var tid til at varetage de psykiske aspekter i fertilitetsbehandlingen. Selvom en af kvinderne oplevede, at sygeplejerskerne var gode til

at tage hånd om de psykiske aspekter, svarede alle tre kvinder, at de kunne ønske sig et konkret og målrettet psykologisk tilbud (se afsnit 6.2.2.2).

Men fertilitetsbehandling er nu engang til for at hjælpe patienter med at opnå graviditet, så er det overhovedet fertilitetsklinikkernes ansvar at varetage og behandle psykisk mistrivsel hos patienterne?

Forskellige studier har beskæftiget sig med effekten af forskellige former for psykologisk behandling til patienter i fertilitetsbehandling (eg. Frederiksen et al., 2015; O'Connell, 2021; Thompson, 2021). Generelt ses der god effekt af forskellige psykologiske indsatser – herunder blandt andet parterapi (Thompson, 2021) og kognitiv adfærdsterapi (KAT) (Frederiksen et al., 2015) målt på infertile patienters niveauer af stress, depression og angst. Et studie har undersøgt brugen af et forum på en app for personer, som oplever fertilitetsudfordringer (O'Connell, 2021). Personer, som udviste symptomer på stress og angst var særligt aktive i forummet. Efter otte ugers brug af appen havde disse personer signifikant lavere niveauer af stress og angst – dette uanset om de havde opnået graviditet eller ej (O'Connell, 2021).

Foruden måling af behandlingseffekt på symptomer som stress, angst og depression har to systematiske reviews undersøgt på sammenhængen mellem psykologisk behandling og chancerne for at opnå graviditet (Frederiksen et al., 2015; Thompson, 2021). På trods af at ikke alle de medtagne studier påviser en sammenhæng, har nogle studier vist overbevisende positiv sammenhæng mellem eksempelvis KAT eller parterapi og øgede chancer for graviditet (Frederiksen et al., 2015; Thompson, 2021). I en metaanalyse af Frederiksen et al. (2015) vurderes chancerne for at opnå graviditet som dobbelt så store i de tilfælde, hvor parret er uforklarligt barnløse, hvis kvinderne modtager en eller anden form for psykologisk intervention. Denne sammenhæng kan uden tvivl være motiverende i arbejdet mod etablering af et psykologisk behandlingstilbud, men den kan også risikere at placere endnu mere ansvar over på den enkelte patient, som muligvis vil bebrejde sin egen mentale tilstand for den manglende graviditet. Ligeledes er der risiko for skuffelser, såfremt en graviditet ikke opstår, efter patienten har 'arbejdet' med sit mentale helbred.

Alligevel vurderes det som fordelagtigt at etablere psykologisk hjælp til patienter i fertilitetsbehandling. Det vil medføre betydelige omkostninger at inkludere psykologisk behandling i fertilitetsbehandlingsforløb, hvorfor dette speciale opfordrer til, at der fra politisk side

tilføres flere midler til personale, som har tid og kompetencer til at varetage de psykiske udfordringer, patienterne på fertilitetsklinikkerne står overfor.

I Danmark har Region Syd været de første til at tildele ressourcer til et psykologisk tilbud til patienterne på Odense Universitets Hospitals fertilitetsenhed (Flyvbjerg et al., 2024). Behandlingstilbuddet er fortsat i sin spæde start, men cand.psych.aut Mette Bang oplever allerede, at patienterne er glade for tilbuddet: ”De er glade for at få et rum, hvor der er fokus på den psykologiske proces” (M. Bang, personlig kommunikation, 7/2-2024). I samtalerne, Bang omtaler som ”omsorgssamtaler”, arbejdes med svære følelser som sorg, skyld, skam og magtesløshed. Men efterspørgslen er stor, og der er desværre ikke ressourcer til at hjælpe alle patienter, som måtte ønske det, med samtaler.

Hvorvidt tilbud om psykologisk behandling på sigt bliver en almindelig og standardiseret del af fertilitetsbehandling, kan kun håbes på. Flere danske bidrag til forskningen om psykologiske aspekter af fertilitetsbehandling kan potentielt set være med til at argumentere for oprettelse af psykologiske behandlingstilbud i forbindelse med fertilitetsbehandling.

7.2 Diskussion af specialets anvendte metode og teorier

Dette afsnit vil indledningsvist diskutere kvaliteten af nærværende speciale. I forlængelse heraf kigges nærmere på specialets anvendte metode. Herefter diskuteres feministisk teori som et alternativt videnskabsteoretisk ståsted. Endeligt diskuteres de anvendte teories styrker, begrænsninger og samspil, og et bud på en alternativ teori præsenteres.

7.2.1 Kvaliteten af specialet

Ofte vil en kvalitetsvurdering være forbundet med kvantitativ forskning. Men kvaliteten i kvalitativ forskning kan også variere, hvorfor dette afsnit synes relevant. Kvaliteten af et studie kan vurderes ud fra flere forskellige parametre. Ofte vil kvaliteten af forskning – herunder særligt kvantitativ forskning – blive vurderet ud fra kvalitetskriterier om reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (Tanggaard & Brinkmann, 2025). I det kvalitative forskningsmiljø er der dog begyndt at blive sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt disse kvalitetskriterier også bør være idealet for den kvalitative forskning (Brinkmann, 2014; Tanggaard & Brinkmann, 2025). Diskussionen af specialets kvalitet baserer sig på syv kvalitetsindikatorer formuleret af Elliott, Fischer og Rennie (1999), idet Tanggaard og Brinkmann (2025) vurderer disse som ”særdeles velciteret og indflydelsesrige” (p. 670).

Det første kriterie handler om at *specificere perspektivet* (Elliott et al., 1999). Specialet har forsøgt at skabe metodisk transparens ved at lave dybdegående beskrivelser af refleksioner over udførelsen af interviewene i afsnit 4 og 5. I denne forbindelse – og i henhold til den hermeneutiske tradition – er mine egne forforståelser for emnet ligeledes præsenteret i afsnit 4.2.4. De to næste kriterier handler om at *situere deltagerne* og *give eksempler* (Elliott et al., 1999). I afsnit 6.1 er de tre informanter blevet præsenteret med relevante beskrivelser af deres livsomstændigheder – herunder alder, civilstatus og tidligere afprøvet behandling samt nuværende behandlingsstatus. I afsnit 5.2 findes desuden beskrivelser af, hvordan interviewene blev sat i stand, og hvorledes de foregik. I analysen er der brugt et rigt omfang af eksempler fra alle tre interviews. I denne forbindelse vil interviewspørgsmålet ofte være beskrevet inden citatet, således læseren også forstår konteksten for citatet. Det fjerde kvalitetskriterie handler om at *foretage troværdighedstjek* (Elliott et al., 1999). Dette punkt opfordrer forskeren til at kontrollere troværdigheden af sin analyse. Dette har i praksis været svært at efterleve, idet det ikke har været muligt at efterprøve analysens tolkninger for hverken informanterne selv eller andre personer med relevans for emnet. I analysen er resultaterne i stedet blevet relateret til tidligere forskning på området, som fremhæver lignende perspektiver. Da dette punkt har været svært at imødekomme, kan det dog ikke udelukkes, at der kan være nogle mistolkninger i analysen, hvilket potentielt svækker kvaliteten af analysen. De to næste kvalitetskriterier handler om at *opnå kohærens* og *sondre mellem generelle og specifikke formål* (Elliott et al., 1999). For at opnå kohærens er de temaer, som blev identificeret i den indledende del af analyseprocessen forsøgt præsenteret på en meningsfuld og kronologisk måde. Til dette kvalitetskriterie beskrives desuden, at udtalelser, som ikke passer ind i et præsenteret tema, ligeledes bør inddrages (Tanggaard & Brinkmann, 2025). Hertil har temaet om 'konsekvenser af behandlingen' fungeret som et tema, der kunne rumme beskrivelser, som ikke umiddelbart passede ind i de andre temaer, men som alligevel synes vigtige for at afdække kvindernes oplevelser med fertilitetsbehandling. Når det så er sagt, er en del passager fra de tre forholdsvis lange interviews udeladt fra analysen. Dette var en nødvendighed for at begrænse længden af analyseafsnittet. Det at sondre mellem generelle og specifikke formål handler om en vekslen mellem det specifikke tilfælde, som hver af kvinderne repræsenterer, og det mere generelle fænomen. I analysen er der blevet gået i dybden med enkelte citater, som rummer specifikke oplevelser fra én informant. Dog har en de fleste temaer rummet beskrivelser fra alle tre kvinder, hvilket indikerer, at de tre informanter deler en stor del af de beskrevne oplevelser med hinanden. Herudover har analysen ligeledes vist en generel overensstemmelse mellem resultaterne fra tidligere forskning og resultaterne fra dette studie på en

række områder. Derfor vurderes resultaterne fra dette studie i en eller anden grad at afspejle en generel tendens i populationen af personer, som er ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling. Det sidste kvalitetskriterie handler om at *skabe resonans hos læseren* (Elliott et al., 1999). Specialets opbygning er valgt ud fra et ønske om at skabe en meningsfuld fremstilling for læseren. Denne kvalitetsvurdering og kommende diskussion er ligeledes et led i forsøget på at give læseren de bedste forudsætninger for at vurdere, hvorledes specialet på fyldestgørende vis har undersøgt fænomenerne ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling og dermed besvaret problemformuleringen.

Ovenstående kvalitetsvurdering peger på, at specialet har forsøgt at leve op til de fleste af de fremsatte kvalitetskriterier. Alligevel kan det ikke udelukkes at der er nogle punkter, hvorpå specialets kvalitet er svækket – blandt andet idet det ikke har været muligt at efterleve kriteriet om foretagelse af troværdighedstjek. Dette diskuteres yderligere i kommende afsnit om diskussion af specialets anvendte metode.

7.2.2 Diskussion af den valgte metode

Det kvalitative interview har været et oplagt valg til undersøgelse af, hvordan det opleves at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling. Igennem tre semistrukturerede interviews har det været muligt at komme helt tæt på kvindernes oplevelser med fænomenerne ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Interviewene resulterede i rige og unikke beskrivelser fra alle tre kvinder, som har dannet fundament for specialets analyse og besvarelse af problemformuleringen. Men som ved enhver anden videnskabelig metode findes der også nogle begrænsninger ved det semistrukturerede forskningsinterview. Megen af den kritik, som rettes mod interviewet som forskningsmetode, går på værdien af den viden, som interviewet producerer (Kvale & Brinkmann, 2009 p. 321). Et af disse kritikpunkter går mere specifikt på, hvorvidt viden, produceret af forskningsinterviewet, er objektiv. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver *refleksiv objektivitet* som ”det at reflektere over sit bidrag som forsker til produktionen af viden. Objektivitet i kvalitativ forskning betyder i denne forbindelse, at man stræber efter objektivitet vedrørende subjektivitet” (p. 268). Idet dette interviewstudie har indtaget et fænomenologisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk ståsted, har min egen subjektivitet netop været på dagsorden fra den spæde start af specialet (se afsnit 4.2). Det har, jævnfør den hermeneutiske tradition, været min intention at være transparent og bevidst om mine egne forforståelser, hvorfor disse også er beskrevet i afsnit 4.2.4. Jeg har således inden, under og efter interviewene forholdt mig til min egen rolle og forsøgt at holde en objektiv og åben tilgang i

interviewsituationen såvel som i den fortolkende analyse, og på samme tid være bevidst om mine egne forforståelser. Rent praktisk har det ikke været muligt at efterprøve denne objektivitet – eksempelvis ved at lade andre kode interviewmaterialet, og sammenligne resultaterne, det som almindeligvis betegnes som *intersubjektivitet* (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 269). Som beskrevet i det foregående afsnit om kvalitetsvurdering kan det vurderes som en begrænsning af dette speciale, at blot én person står bag al dataindsamling, kodning og analysearbejde.

Det semistrukturerede interview blev valgt for at skabe adgang til nogle potentielt sårbare beskrivelse af oplevelser med fænomenerne ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Det blev grundigt overvejet, hvorvidt interviews med par var en mulighed og en gavnlig metode til besvarelse af problemformuleringen. Dette havde givet et mere omfattende og dybere perspektiv på forskellene mellem manden og kvinden – et emne, der, som beskrevet i afsnit 6.2.4.1, viste sig at optage informanterne mere end antaget. Parinterviewet blev dog fravalgt af flere årsager. Først og fremmest var det rent praktisk mere sandsynligt, at informanter ville melde sig, hvis det blot var én informant, og at det dermed ikke skulle koordineres med en partner – såfremt denne partner overhovedet havde lyst til at deltage i interviewet. Herudover blev det, efter samtale med vejleder, vurderet, at et interview med par ville kræve en anden form for analysearbejde, hvor der, foruden arbejde med det sagte, også skulle analyseres på parrets relation, dynamik og sproglige såvel som kropslige interaktion. Et analysearbejde, der uden tvivl kunne være spændende men også omfattende for et speciale med begrænset tid og plads. Af samme grund blev fokusgruppeinterview også fravalgt, på trods af at dette ligeledes var en metodisk overvejelse. Idet interviewet behandler potentielt set sårbare emner, kunne et fokusgruppeinterview ligeledes have skræmt potentielle informanter væk, som ikke havde ønske om at fortælle om disse emner sammen med andre.

7.2.3 Det kønnede perspektiv

Kan man undersøge på fænomener som ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling uden at forholde sig til forskellen mellem mænd og kvinder? Indledningsvist ville dette speciale ikke differentiere mellem mænd og kvinder, hvorfor der også blot blev søgt efter 'personer', som var ufrivilligt barnløse i fertilitetsbehandling (se bilag 1 og bilag 1b). I interviewsituationen med de tre kvinder stod det dog klart, at livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling ikke kan undersøges uden øje for de kønslige forskelle mellem mænd og kvinder. Overall (2012) skriver: "...choosing whether to have children is gendered; it cannot be discussed as if men's and women's very different roles in

procreation are irrelevant to the issue” (p. 8). Spørgsmål om børn må nødvendigvis inkludere perspektiver på kønsforskelle. Specialet har ikke været blind for den fysiske forskel mellem kønnene i den behandlingskrævende indsats, men det kønnede perspektiv har ikke været gennemsyrende hverken teoretisk, videnskabsteoretisk eller i udformningen af problemformuleringen.

Dette speciale kunne med fordel have tillagt den kønnede forskel endnu mere opmærksomhed ved at anvende *feministisk teori* som videnskabsteoretisk ståsted (Inglis & Thorpe, 2012, p. 235; Stormhøj, 2014, p. 467). Feministisk teori har som overordnet mål at udfordre eksisterende sociale teorier og skabe en ny måde at tænke på, hvorved køn og de bias, som er forbundet med køn, erkendes videnskabeligt såvel som politisk (Inglis & Thorpe, 2012, p. 235; Stormhøj, 2014, p. 467). Feministisk forskning ønsker at skabe forandring i samfundet ved at udfordre og ændre gældende kønsmagtstrukturer og ’malestream’ teorier – altså teorier, som alene bygger på det mandlige perspektiv (Stormhøj, 2014, p. 467). Herudover har feministisk forskning bidraget med dannelse af nye begreber og teorier, som netop indtænker et kønsperspektiv.

Et feministisk videnskabsteoretisk ståsted havde givet mulighed for et skarpere fokus på kvindernes oplevelser af ulighed i eksempelvis sundhedssystemet, og havde tillagt øget fokus på de kønnede forhold i interviewet. Herudover havde en feministisk videnskabsteoretisk position guidet teoriafsnittet, og flere feministiske teorier havde muligvis været præsenteret. Det kønslige fokus er dog ikke blevet forbigået. Specialets teoretiske perspektiver rummer teorier, som kan siges at bygge på et feministisk standpunkt, herunder teorierne om *the new momism* og *intensive mothering* (Ennis, 2014). Herudover kan den evolutionpsykologiske teori om *parental investment* (Buss, 2007) ligeledes siges at være en ’kønnet’ – dog ikke feministisk – teori, som netop forholder sig til, hvorledes mænd og kvinders biologiske køn forårsager deres sociale status som forældre. Disse, samt specialets øvrige teorier, vil blive diskuteret i følgende afsnit.

7.2.4 Diskussion af specialets anvendte teorier

Dette speciale har præsenteret en trefoldig teoretisk ramme til undersøgelse af, hvorfor mennesker vil have børn. Ønsket om børn undersøges evolutionpsykologisk, sociokulturelt og eksistentielt. Menneskets til tider intense ønske om at få børn synes at være komplekst og omfattende, hvorfor forskellige psykologiske discipliner blev sat i spil. Dette gav mulighed for at skabe en grundig og dybdegående forståelse af fænomenet. Det teoretiske fokus på, hvorfor mennesker ønsker at få børn, blev valgt for at skabe et fundament for en undersøgelse af, hvordan informanterne konkret bliver påvirket af deres uopfyldte ønske om et barn. Herudover har de forskellige teoretiske perspektiver

bidraget til en forståelse af, hvorfor informanterne er villige til at gennemgå et indgribende og opslidende fertilitetsbehandlingsforløb.

Det evolutionspsykologiske perspektiv baserer sig på evolutionsteorien, som er en biologisk forankret teori om livet på jorden. I dette speciale har evolutionspsykologiens teori om naturlig og seksuel selektion tilbudt en biologisk, instinktiv og afgrænset forklaring på, hvorfor mennesker ønsker at få børn. Egentlig bliver 'ønsket' taget ud af ligningen, for reproduktion vil ifølge evolutionspsykologien være en sikring af artens overlevelse og videreførelse af egne gener mere end et menneskeligt 'ønske' (Workman & Reader, 2008). Herudover har teorien om *parental investment* (Buss, 2007), fungeret som den biologiske og basale forklaring på, hvorfor særligt en af informanterne oplever at påtage sig et større ansvar for fertilitetsbehandlingen end sin partner. Det evolutionspsykologiske perspektiv har altså ageret som en fundamental forklaring på menneskets drift mod forplantning samt den kønslige forskel mellem mænd og kvinder, som resulterer i forskellig investering i barnet. Evolutionspsykologien kan dog ikke stå alene. Baseret på evolutionsteorien vil evolutionspsykologiens teorier om naturlig og seksuel selektion samt forældreinvestering gælde for stort set alle pattedyr (Buss, 2007). Teorierne tager altså ikke højde for menneskets sociale, samfundsmæssige og kulturelle udvikling, hvorfor teorierne også kommer til kort. Eksempelvis vil det mandlige køn, ifølge evolutionsteorien, være interesseret i at sprede sin sæd mest muligt, for at sikre videreførelse af sine egne gener (Buss, 2007), men det er nu engang ikke sådan, det forholder sig i vores samfund. Der er altså en socialiseringsproces, som evolutionspsykologien ikke tager højde for, hvorfor specialets anden teoretiske vinkel vedrører sociokulturelle perspektiver på ønsket om børn.

De sociokulturelle perspektiver baserer sig på samfundsteoretiske teoridannelser – eksempelvis Giddens' (1996) sociologiske analyse af det senmoderne samfund og Bourdieus (2002) begreb om kapital. Disse teorier baserer sig i høj grad på analyser af vestlige samfund (Järvinen, 2020; Kaspersen, 2020), ligesom begreberne om *intensive mothering* og *the new momism* også er udviklet i en vestlig kontekst (Ennis, 2014). Dette er ikke nødvendigvis en udfordring for nærværende specialet, idet studiet baserer sig på interviews med tre vestlige kvinder. Dog er det vigtigt at have øje for den manglende kulturelle diversitet i anvendelsen af dette studies resultater i andre kulturelle kontekster end den vestlige.

Det sociokulturelle perspektiv synes at tillægge samfund, kultur og sociale normer stor betydning i beslutningen om, hvorvidt og hvorfor den enkelte vælger at få børn. Med teorier som social kapital og undersøgelsen af gældende sociale normer, kan dette teoriafsnit synes en smule 'ufølsom' i sin udlægning af, hvorfor mennesker vil have børn. Det er efter bedste overbevisning, samt med den indsamlede empiri i mente, de færreste mennesker, som vil forklare deres ønske om et barn ud fra disse sociokulturelle teorier. Alligevel tilbyder det sociokulturelle perspektiv en forklaring på dybtliggende strukturer i vores samfund, som kan have indflydelse på vores valg om at få børn. Hvis ikke det blev opfattet som en social norm – hvis ikke 'alle andre' fik børn – ville vi så have børn? Svaret er muligvis 'ja', men uden dette sociokulturelle fundament for familiedannelse er det ikke utænkeligt, at flere ville stoppe op og stille sig selv spørgsmålet en ekstra gang. De præsenterede tal fra Rockwoolfonden (Fallesen, 2023) i afsnit 3.2, om flere unge kvinders ønske om ikke at få børn, kan med en forsigtig tolkning pege i retning af, at flere unge kvinder begynder at stille sig selv spørgsmålet om, hvorvidt de egentlig ønsker børn. Tallene kan ligeledes tolkes som et udtryk for, at de gældende sociale normer om at få børn, præsenteret i afsnit 3.2.1, muligvis er i langsom opløsning. På trods af at de sociokulturelle perspektiver på valget om at få børn skaber en forståelse for dybereliggende samfundsstrukturer, som påvirker os i dette valg, tager afsnittet ikke den enkeltes personlige motivation i betragtning.

Det eksistentielle perspektiv på ønsket om børn, kan betragtes som det eneste perspektiv, som netop beskæftiger sig med *ønsket* om et barn. Teoridannelser inden for dette eksistentielle perspektiv undersøger, hvordan det at få børn kan opfylde ønsker om identitetsforandring såvel som forankring og udvikling af parforholdet. Identitetsbegrebet har en lang og kompliceret historie med rødder i blandt andet psykoanalysen og sociologien (Jørgensen, 2009). I dette speciale er en niveauopdeling af identiteten præciseret af Carsten René Jørgensen (2009) anvendt, for at overskueliggøre et ellers vanskeligt begreb. Opdelingen af identiteten i *jeg-identitet*, *personlig identitet*, *social identitet* og *kollektiv identitet*, har muliggjort en undersøgelse af, hvordan kvindernes uopfyldte ønske om et barn påvirker deres identitet på mange forskellige måder og niveauer. Specialets teoretiske præsentation af parforholdet er i høj grad baseret på Jürgen Willis (1993) psyko-økologiske udlægning af det romantiske parforhold. Dette psyko-økologiske perspektiv betragter mennesket som et "relationsvæsen", der udvikler og udfolder sig i samspil med andre (Willis, 1993, p. 16). Willis (1993) faseudviklende perspektiv på parforholdet bygger på omfattende interviewmateriale med teoretisk inddragelse. Gennem dette perspektiv er en teoretisk forståelse af

barnet, som en naturlig forlængelse af parforholdet opnået. Det synes umiddelbart vigtigt, at barnets betydning for parforholdet bliver teoretiseret, da det for alle tre informanter i studiet er et fremtrædende ønske at skabe barnet i fællesskab med sin partner.

Det eksistentielle perspektiv blev – foruden perspektiver på identitet og parforhold – forventet at kunne levere en interessant vinkel på, hvorfor mange mennesker opfatter børn som 'meningen med livet' (Dahlen et al., 2010; Johnson et al., 2007; Prinds et al., 2014). Den eksistentielle psykologi beskæftiger sig dog ikke overvejende med spørgsmålet om, hvorfor mennesker ønsker at få børn. Derfor kan det eksistentielle perspektiv synes mangelfuldt i en teoretisk undersøgelse af, hvorvidt det at få børn er et eksistentielt behov. Teoriafsnittet har i stedet anvendt empiriske studier, som viser, hvordan det at få børn kan ændre mødres syn på livet og være meningsskabende (Dahlen et al., 2010; Johnson et al., 2007; Prinds et al., 2014).

Teoriafsnittet kan synes mangelfuldt i beskrivelserne af, hvordan individet håndterer den modgang, som kan opleves, når ønsket om et barn ikke opfyldes, og fertilitetsbehandling er nødvendigt. Det kunne potentielt set have tilføjet en interessant vinkel til analysen, samt besvaret problemformuleringen med mere dybde, hvis teoriafsnittet havde rummet en beskrivelse af menneskets møde med modgang med inddragelse af copingstrategier.

Begrebet coping defineres af Folkman og Moskowitz (2004) som: "the thoughts and behaviors used to manage the internal and external demands of situations that are appraised as stressful" (p. 745). Altså den måde, vi tænker og handler på, som gør os i stand til at håndtere modgang. Der findes forskellige copingstrategier, som kan kategoriseres i overordnede kategorier. En af disse kategorier relaterer sig til sociale copingstrategier, hvor der søges støtte i sociale relationer eller sociale fællesskaber (Folkman & Moskowitz, 2004). I dette speciale oplever kvinderne, at deres partnere, veninder og familie agerer støttende for dem. Dette kunne med fordel være blevet udforsket mere dybdegående med inddragelse af begrebet om coping.

Samlet kan det siges, at specialets trefoldige teoretiske bidrag repræsenterer tre meget forskelligartede forklaringer på, hvorfor mennesker får børn. Ingen af de tre teoretiske perspektiver vurderes fyldestgørende nok til at kunne stå alene. Derimod supplerer de tre teoretiske retninger hinanden, og menneskets valg om at få børn er hermed præsenteret som dels en biologisk drift, resultat af dybereliggende sociale normer og samfundsstrukturer samt et individuelt og eksistentielt ønske om identitetsforandring, udvikling af parforhold og mening med tilværelsen.

8. Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge fænomenerne ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling med udgangspunkt i problemformuleringen: *Hvordan opleves det at være ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling?* Specialet bygger på empiri fra tre semistrukturerede interviews med tre ufrivilligt barnløse kvinder, som alle er i et aktivt fertilitetsbehandlingsforløb med deres partnere. Igennem disse tre interviews er opnået adgang til unikke beskrivelser af, hvordan livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling opleves.

Problemformuleringen er undersøgt ud fra en trefoldig teoretisk ramme, som igennem et evolutionopsykologisk, sociokulturelt og eksistentielt perspektiv forholder sig til, hvorfor mennesker ønsker at få børn. Denne teoretiske ramme har dannet fundament for undersøgelse af, hvordan det opleves for den enkelte, som ikke kan få børn. Herudover har det teoretiske afsnit fungeret som en forklaringsramme på, hvorfor de tre kvinder er villige til at gå igennem et hårdt og opslidende fertilitetsbehandlingsforløb.

Igennem en tematisk analyse af de tre interviews med inddragelse af den præsenterede teori og tidligere forskning på området blev fem hovedtemaer identificeret: *psykisk påvirkning, sociale relationer, parforhold, konsekvenser for behandling og ønsket om et barn*. Overordnet kan det konkluderes, at kvinderne oplever livet som ufrivillig barnløs i fertilitetsbehandling som ekstremt opslidende og indgribende. Konsekvenserne af at være i fertilitetsbehandling påvirker kvinderne i stort set alle arenaer i deres liv, og har således negativ indvirkning på deres psyke, sociale relationer, parforhold, sexliv, livskvalitet og identitet. To af kvinderne oplever, at deres parforhold overordnet set er blevet styrket igennem deres fertilitetsrejse, men herudover findes der umiddelbart udelukkende negative konsekvenser for alle tre kvinder. I overensstemmelse med eksisterende forskning på området oplever kvinderne blandt andet stresssymptomer, svækket livskvalitet og udfordringer i sexlivet med eksempelvis skemalagt sex. Herudover er kvindernes sociale relationer stærkt påvirket af deres uopfyldte ønske om et barn, og de beskriver alle tre at 'stå udenfor' et fællesskab af personer, som allerede har børn.

Det brændende ønske om at få et barn er enormt stærkt for alle tre kvinder. Kvinderne oplever, at et barn er nødvendigt for at de kan leve et meningsfuldt liv, og de kan på ingen måde acceptere eller forholde sig til et liv uden børn.

Analysen har frembragt et fokus på forskellige kønsroller i forbindelse med fertilitetsbehandlingen, og det er således blevet klart, at en undersøgelse af fænomenerne om ufrivillig

barnløshed og fertilitetsbehandling bør betragtes med et fokus på køn, hvorfor fremtidig forskning anbefales at anvende et feministisk videnskabsteoretisk ståsted.

Endeligt har specialet undersøgt og diskuteret, hvorvidt patienter i fertilitetsbehandling bør tilbydes psykologisk hjælp. Med udgangspunkt i den indsamlede empiri og relevant forskning på området vurderes det, at kvinderne kunne have gavn af professionel hjælp til håndtering af de psykiske aspekter i forbindelse med fertilitetsbehandling. Herudover har præsenterede studier vist positiv sammenhæng mellem psykologisk behandling og øget chance for graviditet (Frederiksen et al., 2015; Thompsen, 2021), hvilket i høj grad taler for et målrettet psykologisk behandlingsforløb for par i fertilitetsbehandling.

Klinisk kan resultaterne fra specialet bidrage til, at personalet på landets fertilitetsklinikker tildeler patienternes psykiske velbefindende ekstra opmærksomhed. Det anerkendes dog, at det økonomiske aspekt har stor indflydelse på, hvorvidt personale på fertilitetsklinikker har tid og kvalificerede kompetencer til at varetage de psykiske udfordringer, patienterne oplever. Derfor lyder også en politisk opfordring til et øget fokus på trivslen blandt patienter, som gennemgår et fertilitetsbehandlingsforløb. Dette kunne på sigt medføre flere psykologiske tilbud på fertilitetsklinikkerne, som det allerede ses i Region Syd.

Litteraturliste

- Alberoni, F. (1981). *Forelskelse og kærlighed* (Lollesgaard, J. & Scharff, C., Overs.). Informations Forlag Aps.
- Andersen, H. & Koch, L. (2015) Hermeneutik og fænomenologi. In M. H., Jacobsen, K., Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard (Ed.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. ed. pp. 205-250). Hans Reitzel.
- Archetti, C. (2024). Infertility as Trauma: Understanding the Lived Experience of Involuntary Childlessness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 48(4), 940–960.
<https://doi.org/10.1007/s11013-024-09871-7>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505–516.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
- Beskæftigelsesministeriet (2023) Kvinder og mænd på arbejdsmarkedet 2023.
<https://bm.dk/media/22108/kvinder-og-maend-paa-arbejdsmarkedet-2023.pdf>
- Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori: en grundbog* (2. udgave.). Munksgaard.
- Bjorklund, D. F., Myers, A. J., & Bornstein, M. H. (2019). The Evolution of Parenting and Evolutionary Approaches to Childrearing. In *Handbook of Parenting* (3rd ed., Vol. 2, pp. 3–29). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429401459-1>
- Bourdieu, P. (2002). The Forms of Capital. In *Readings in Economic Sociology* (pp. 280–291). Blackwell Publishers Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470755679.ch15>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: a global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, 121(3), 379–383. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.013>
- Brinkmann, S. (2025). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (4. ed., pp. 590-611). Hans Reitzels Forlag
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (3.ed., pp. 15-29). Hans Reitzels Forlag
- Buss, D. M. (1995). Evolutionary psychology: A new paradigm for psychological science. *Psychological inquiry*, 6(1), 1-30.
- Buss, D. M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39(3), 502-512.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 31(2), 101–110. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Collins, J., Evers, H., Golombok, S., Hannaford, P., Jacobs, H. S., La Vecchia, C., Macunovich, D. J., Crosignani, P. G., Devroey, P., Diedrich, K., Farley, T., Gianaroli, L., Liebaers, I., Persson, J., Quartarolo, J. P., Ragni, G., Tarlatzis, B., Van Steirteghem, A., Diczfalusy, E., & Rubin, B. L. (2001). Social determinants of human reproduction. *Human Reproduction (Oxford)*, 16(7), 1518–1526. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.7.1518>
- Dahlen, H. G., Barclay, L. M., & Homer, C. S. (2010). Processing the first birth: journeying into “motherland.” *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 1977–1985. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03089.x>

- Danmarks Statistik (2024) Danmarks Statistik Fertilitet. Tilgået 11/4-25. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/fertilitet>
- Diallo, A. A., Anku, P. J., & Oduro, R. A. D. (2024). Exploring the psycho-social burden of infertility: Perspectives of infertile couples in Cape Coast, Ghana. *PloS One*, 19(1), e0297428-. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297428>
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3335–3346. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x>
- Durmazoglu, G., & Tokat, M. A. (2021). DOES EXPERIENCING FERTILITY PROBLEMS and HAVING INFERTILITY TREATMENT AFFECT the WOMEN STRESS and WORKING LIFE? The TURKISH EXPERIENCE. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 13), 271–277.
- Elbæk, H. O., Jensen, L. D. & Heje, H. (2023) *Fertilitetsbehandling*. Sundhed.dk <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/fertilitetsbehandling/>
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Ennis, L. R. (Ed.). (2014). *Intensive mothering: the cultural contradictions of modern motherhood*. Demeter Press.
- Fallesen, P. (2023). Flere yngre kvinder ønsker ikke at få børn. *ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed*. Tilgået 11/4-25. https://rockwoolfonden.s3.eu-central-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2023/08/Indlaeg_Flere-yngre-kvinder-onsker-ikke-at-fa-born_august-2023-2.pdf?download=true

- Flyvbjerg, A., Aagaard-Kragh, C., Andersen, T. V. & Viskum, T. (2024). *Et sted er psykologhjælpen nu på vej til danskere i fertilitetsbehandling*. Dr.dk
<https://www.dr.dk/nyheder/indland/et-sted-er-psykologhjælpen-nu-paa-vej-til-danskere-i-fertilitetsbehandling>
- Folkman, S., Tedlie, J., & Moskowitz. (2004). COPING: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-74. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e006592–e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Gadamer, H.-G. (2007). *Sandhed og metode: Grundtræk af en filosofisk hermeneutik* (2. udgave. 3. oplag.). Hans Reitzels Forlag
- Galst, J. P. (2018). The elusive connection between stress and infertility: A research review with clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/int0000081>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reitzels Forlag.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982), 45(11), 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00102-0)

- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hanna, E., & Gough, B. (2020). The impact of infertility on men's work and finances: Findings from a qualitative questionnaire study. *Gender, Work, and Organization*, 27(4), 581–591. <https://doi.org/10.1111/gwao.12414>
- Høeg, T. (2022) *SULT*. Gutkind.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024a). *Ny aftale skal hjælpe ufrivilligt barnløse med at blive gravide*. <https://www.ism.dk/nyheder/2024/februar/ny-aftale-skal-hjaelpe-ufrivilligt-barnloese-med-at-blive-gravide->
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024b) *Ny aftale sikrer ufrivilligt barnløse gratis hjælp til barn nummer to* <https://www.ism.dk/nyheder/2024/juni/ny-aftale-sikrer-ufrivilligt-barnloese-gratis-hjaelp-til-barn-nummer-to>
- Inglis, D. & Thorpe, C. (2012). *An Invitation to Social Theory*. Cambridge: Polity Press
- Jacobsen, B. (2009). *Livets dilemmaer*. Hans Reitzel.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020) Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (3.ed., pp. 281-308). Hans Reitzels Forlag.
- Jain, P., Chauhan, A. K., Singh, K., Garg, R., Jain, N., & Singh, R. (2023). Correlation of perceived stress with monthly cyclical changes in the female body. *Journal of family medicine and primary care*, 12(11), 2927–2933. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_874_23
- Järvinen, M. (2020). Pierre Bourdieu. In H., Andersen & L.B., Kaspersen *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave.). Hans Reitzel.

- Jisha, P. R., & Thomas, I. (2016). Quality of life and infertility: Influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychological Studies*, 61(3), 159–169. <https://doi.org/10.1007/s12646-016-0358-6>
- Johnson, T. R., Callister, L. C., Freeborn, D. S., Beckstrand, R. L., & Huender, K. (2007). Dutch Women's Perceptions of Childbirth in the Netherlands. *MCN, the American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3), 170–177. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000269567.09809.b5>
- Jørgensen, C. R. (2009). *Identitet: psykologiske og kulturanalytiske perspektiver*. (2. udgave. 1. oplag.). Hans Reitzel.
- Karpatschhof, B. (2020) Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (3.ed., pp. 557-580). Hans Reitzels Forlag.
- Kaspersen, L. B. (2020). Anthony Giddens. In H., Andersen & L.B., Kaspersen *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave.). Hans Reitzel.
- Kelly, M. (2009). Women's Voluntary Childlessness: A Radical Rejection of Motherhood? *Women's Studies Quarterly*, 37(3/4), 157–172.
- Kianfar, F., Mohammadi, K., Zaharakar, K., & Gica, N. (2024). Experience of Women with Infertility: A Qualitative Study. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 43(13), 11924–11934. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05247-z>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterView: Introduktion til et håndværk* (2. ed.). Hans Reitzel.
- Luk, B. H.-K., & Loke, A. Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>

- Morgan, S. P., & King, R. B. (2001). Why Have Children in the 21st Century? Biological Predisposition, Social Coercion, Rational Choice. *European Journal of Population*, 17(1), 3–20. <https://doi.org/10.1023/A:1010784028474>
- Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., Tomić, J., & Kuna, K. (2022). Infertility-related stress and sexual satisfaction: a dyadic approach. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 18–25. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1752658>
- O’Connell, S. B. L., Gelgoot, E. N., Grunberg, P. H., Schinazi, J., Da Costa, D., Dennis, C.-L., Rosberger, Z., & Zelkowitz, P. (2021). “I felt less alone knowing I could contribute to the forum”: psychological distress and use of an online infertility peer support forum. *Health Psychology & Behavioral Medicine*, 9(1), 128–148. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1884556>
- Onat, G., & Kizilkaya Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165(2), 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033>
- Overall, C. (2012) *Why have children? The ethical debate*. MIT Press.
- Pinborg, A. (2024). *Nedsat frugtbarhed (infertilitet)*. Sundhed.dk <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/oevrige-sygdomme/nedsat-frugtbarhed-infertilitet/>
- Prinds, C., Hvidtjørn, D., Mogensen, O., Skytthe, A., & Hvidt, N. C. (2014). Existential Meaning Among First-Time Full-Term and Preterm Mothers: A Questionnaire Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(4), 271–279. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000060>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>

- Schmidt, E.-M. (2024). Needing a child to be fulfilled? The relevance of social norms around childbearing desires in collective orientations and individual meanings. *Journal of Family Research*, 36, 5–24. <https://doi.org/10.20377/jfr-942>
- Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B.-E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(4), 306–. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>
- Somers, M. D. (1993). A Comparison of Voluntarily Childfree Adults and Parents. *Journal of Marriage and Family*, 55(3), 643–650. <https://doi.org/10.2307/353345>
- Stanca, L. (2016). The geography of parenthood and well—being: Do children make us happy, where and why. World Happiness Report 2016
- Stormhøj, C. (2014) Feministisk teori. In L. Fuglsang, P. B. Olsen & K. Rasborg (Eds.). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3. ed., pp. 467-505). Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Sundby, L. & Guttormsen, G. (1991) *Ufrivillig barnløshed*. Hans Reitzels Forlag.
- Sundhedsdatastyrelsen (2024). *Opgørelse over fødte efter fertilitetsbehandling (2019-)*. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Assisteret-reproduktion-IVF#tabpanel0CCCD1A575049149E6FB2E30196AE8D>
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2022). Infertility-related stress and quality of life in women experiencing concurrent reproductive trauma. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 171–176. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.2008901>

- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (3.ed., pp. 33-64). Hans Reitzels Forlag
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2025). Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative Metoder: En Grundbog* (4. ed., pp. 590-611). Hans Reitzels Forlag
- Thompson, J. (2021). The Effectiveness of Couple Therapy on Psychological and Relational Variables and Pregnancy Rates in Couples with Infertility: A Systematic Review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 42(2), 120–144. <https://doi.org/10.1002/anzf.1446>
- Willi, J. (1993). *Hvad holder par sammen? : samlivsprocessen i psyko-økologisk perspektiv*. Hans Reitzel.
- Workman, L., & Reader, W. (2008). *Evolutionary psychology: an introduction* (2nd). Cambridge University Press.
- World Health Organization (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1>
- Xu, H., Ouyang, N., Li, R., Tuo, P., Mai, M., & Wang, W. (2017). The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 37–43. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1218031>
- Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1340–1343. <https://doi.org/10.12669/pjms.326.10828>
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Samfundslitteratur.