



AALBORG UNIVERSITET

Det sundhedsfaglige fakultet

Majken Weirsø Mogensen

Barnløshed, fertilitetsbehandling og seksualitet

- et kvalitativt interviewstudie om seksuelle udfordringer, mestring, anerkendelse og den sundhedsprofessionelles rolle.

Infertility, fertility treatment and sexuality



Master afhandling i sexologi, Aalborg Universitet

Studie nr.: 2105 2579

Gruppe nr.17grsx107

Afleveret 8 maj 2017

Hovedvejleder Birgitte Schantz Laursen

Nærmeste vejleder: Astrid Didde Højgaard

Antal anslag : 119.673

Indholdsfortegnelse:

Indholdsfortegnelse:.....	1
Resume	4
Abstract.....	5
Forord	6
Indledning	7
1. Baggrund	8
1.1 Barnløshed er en folkesygdom	8
1.2 Årsager til infertilitet	9
1.2.1 Medicinske årsager	10
1.2.2 Livsstils og miljøfaktorer	10
1.2.3 Udskydelse af reproduktion	11
1.2.4 Seksuelle dysfunktioner.....	12
1.3 Fertilitetsbehandling anno 2017	12
1.3.1 Lovgivning.....	13
1.3.2 Proceduren	13
1.3.3 Bivirkninger og risici.....	14
1.3.4 Succesrater efter ART	14
1.4 Reproduktiv sundhed	15
1.5 Psykosociale konsekvenser af fertilitetsbehandling.....	15
1.6 Biomedicin kontra psykisk sundhed.....	16
1.7 Seksualitet og fertilitetsbehandling.....	16
1.8 Seksualitet og sundhed	17
2. Problemformulering	19
2.1 Forskningsspørgsmål.....	19
3. Afgrænsning	19
4. Metode.....	20
4.1 Videnskabsteoretisk position.....	20
4.1.1 Fænomenologi.....	20
4.1.2 Hermeneutik	21
4.2 Dataindsamling.....	22
4.2.1 Interview	23
Inklusionskriterier.....	23
Eksklusionskriterier.....	24
Rekruttering	24
Interviewene i praksis.....	24
Ethiske overvejelser.....	25
Præsentation af informanterne:	26
Transkribering:	26
Meningskondensering:.....	27
5. Teori.....	28

5.1 Det Bio-, Psyko-, Sociale perspektiv	28
5.2 Anderkendelse	29
5.3 Mestring.....	31
5.3.1 Plissit modellen.....	33
5.4 Præsentation af anvendte studier og øvrig gennemgående litteratur	34
6. Analyse og diskussion.....	35
6.1 Sammenhængen mellem seksualitet, barnløshed og dens behandling-	
<i>Set i et bio-, psyko-, socialt perspektiv.....</i>	36
6.1.1 Det biologiske perspektiv	36
Hormoner og træthed.....	36
Sexologiske dysfunktioner	37
Kroppen fejler	39
6.1.2 Det psykologiske perspektiv	40
Eksistentiel krise	40
Infertilitets stress	41
Intimitet.....	42
Motiver til sex	45
Et bevilget "overgreb"	46
6.1.3 Det sociale perspektiv	47
Parforhold.....	47
Social stigmatisering.....	48
Delkonklusion	50
6.1.4 Anerkendelse og seksualitet.....	51
Anerkendelse i den private sfære	51
Anerkendelse i den solidariske sfære.....	52
Anerkendelse i den retslige sfære.....	52
Kommunikation som middel til anerkendelse	52
Seksuel rettighed:.....	54
Tabu.....	54
Respekt for individets grænser	55
En anerkendende samtale kan være - "helende"	56
Anerkendelse af individuelle behov	57
Egne erfaringer.....	58
Delkonklusion	59
6.1.5 Seksualitet – et relevant emne i relation til fertilitetsbehandling?-	
<i>Set ud fra Antonovskys teori om "oplevelse af sammenhæng"</i>	59
Hvad betyder sex – er det vigtigt?	60
Det skal give mening	60
Behov for faktuel information	62
Inddragelse af patienten.....	64
Delkonklusion	64
6.1.6 Forslag til håndtering af emnet seksualitet.....	65
Information via pjece – et middel til samtale.....	65
Obligatorisk samtale – <i>seksualitet en naturlig del af pakken</i>	65

Setting og procedurer i klinikken.....	66
Delkonklusion	67
7 Konklusion.....	67
8 Perspektivering	69
9 Litteraturliste	71
10 Bilag:.....	76

Resume

Baggrund: I dag sker knap 10 procent af levendefødslerne i Danmark på baggrund af fertilitetsbehandling. Det er velkendt, at fertilitetsbehandling kan medføre belastninger på det psykosociale plan. Derudover ser man ligeledes belastninger på det relationelle og ikke mindst seksuelle plan. Der rapporteres desuden om nedsat livskvalitet hos de infertile. Forskning viser samtidig, at samliv og seksualitet har en stor betydning for langt de fleste mennesker. Yderst interessante studier viser, at et velfungerende sex og samliv, tilmed kan øge både behandlingscompliance og konceptionschance hos de infertile.

Formål: Dette master speciale omhandler, hvordan infertile par i IVF-behandling oplever, at deres seksualitet påvirkes og hvorledes sundhedsprofessionelle på den baggrund kan håndtere emnet seksualitet. Dette i relation til behandlingen.

Metode: Der er anvendt en fænomenologisk induktiv tilgang, hvor undersøgelsen blev udført som en kvalitativ analyse, hvor fire par blev interviewet ud fra en semistruktureret interviewguide.

Resultater/konklusion: Sammenfatningen af de fire interview viste, at infertilitet og dens behandling er en risikofaktor for seksualiteten – dette både på et kropsligt, psykologisk og socialt plan. Desuden hersker der en tabuisering, når det kommer til emnet seksualitet i fertilitetsregi. Det findes tvetydigt om parrene kan se en mening med at inddrage emnet i relation til behandlingen. Der udtrykkes dog behov for, at modtage information om faktuelle emner, relateret til seksualitet og behandling. Informanterne efterspørger en samtale om psykosociale aspekter i forhold til fertilitetsbehandling, hvor seksualitet oplagt kunne medtænkes, som en obligatorisk og naturlig del. Det må i den forbindelse være den sundhedsprofessionelles opgave, at inddrage seksualitet i et sundhedsfremmende perspektiv. Specialet konkluderer, at der primært må gøres en indsats for, at tabuet om at berøre det sexologiske aspekt nedbrydes. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel tage udgangspunkt i den meget anvendte plissit-model, der er et håndterbart redskab, når det kommer til at rådgive om seksuelle problemstillinger.

Perspektiver: Sundhedsprofessionelle bør trænes i at identificere seksuelle problemstillinger og komme med forslag til strategier for at overkomme dem. På den måde kan man bevare livskvalitet hos de infertile og muligvis maximere graviditetschance ved IVF.

Abstract

Background: Today almost ten percent of live births in Denmark occur on the basis of fertility treatment. It is well known that fertility treatment can cause stress on the psychosocial level. Likewise it is known to be a stressor on the relational and not least sexual level. In addition, infertile couples experience reduced quality of life. At the same time, research shows that togetherness of the relationship and sexuality is of great importance for most people. Quite interesting studies show that a relationship with a well functioning sex life and togetherness can enhance both compliance and the chance of conception among the infertile couples.

Aim: This master thesis aims to examine how infertile couples in IVF treatment experience that their sexuality is affected, and in relation to that explore how health professionals should deal with the topic of sexuality alongside the IVF treatment.

Method: This thesis has an overall phenomenological inductive approach, and is based on qualitative analyses of individual semi structured interviews, with four couples in IVF treatment.

Results/conclusions

Summarized the interviews showed that infertility is a risk factor for sexuality on a bodily, psychological and social level. The analyses also showed that there is a taboo when it comes to sexuality in regards to fertility. It is ambiguous whether the couples find it meaningful to include the topic of sexuality in relation to the treatment. Though, the couples express the need to receive actual information regarding sexuality and fertility treatment. There is a request for more psychosocial conversations where sexuality could be considered as a mandatory and natural part. In that connection it must be the responsibility of the health professionals to include sexuality in a health-promoting perspective.

The conclusion of the thesis is that efforts must be made primarily to break down the taboo that consists around the sexological aspects. Health professionals may benefit from the highly used "*Plissit model*", which is a manageable guide developed to advise on sexual issues.

Perspectives

Health professionals should be trained to identify sexual issues among couples in IVF treatment, and should alongside that suggest strategies to overcome these potential issues. This may help couples to maintain their quality of life and potentially also maximize their chances of pregnancy by IVF.

Forord:

“Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its function and processes”. [...]“Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life, and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. [...] reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly on the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health” (United Nations 2014 s. 59-60).

Indledning

I min profession som jordemoder, møder jeg oftere og oftere gravide og deres partner, der langt om længe har opnået graviditet, efter mangeårig barnløshed og fertilitetsbehandling.

I jordemoderkonsultationen er det min faglige pligt, at opspore både ressourcer og belastninger. Ved anamnese optagelsen spørger jeg på den baggrund, ind til parrets psykiske velbefindende, herunder sex og samliv. Jeg erfarer at fertilitetsbehandlingen ofte har haft negative konsekvenser, når det kommer til parforhold, seksualitet og intimitet.

Det er mit indtryk, at emnet seksualitet er stærkt taburiseret og sjældent blevet berørt af de sundhedsprofessionelle parrene har mødt på deres vej. Jeg stiller mig undrende over, hvorfor det psykiske aspekt tilsyneladende ikke har været tillagt værdi, under de ofte lange behandlingsforløb.

Ud fra et jordemoderfagligt perspektiv, er det vigtigt, at parforhold, sex og samliv er velfungerende, i relation til den kommende familiedannelses-proces. Blandt andet fordi, et godt psykisk overskud, skaber de bedste betingelser for en sund tilknytning til barnet.

Med dette *in mente* ser jeg et potentiale i, at man på et tidligere tidspunkt forebygger denne sårbarhed. Jeg har gennem min interesse for området, fundet flere studier, der netop viser, at infertilitetspatienter rapporterer om nedsat livskvalitet. (Smith et. al. 2015, Drodzol og Skrzypulec 2008). Jeg har derfor et ønske om at skabe mere livsglæde og samtidig styrke ressourcerne hos de infertile.

Ud fra en sexologiske tilgang, er målet med specialet, at bidrage til større indsigt på feltet og klarlægge hvorledes parret oplever deres seksualitet under behandlingen. Herunder undersøge deres ønsker og behov, for at blive støttet og rådgivet, samt undersøge hvorledes de sundhedsprofessionelles på den baggrund kan håndtere emnet seksualitet.

Jeg finder det ikke alene interessant og aktuelt, men også fagligt nødvendigt, at opnå en indsigt på dette felt, for at kunne yde en professionel omsorg og som led i en sundhedsfremmende indsats, hvor højere livskvalitet og bedre mestring er nøgleordene.

1. Baggrund

I baggrundsafsnittet redegøres indledningsvis for forekomsten af infertilitet, samt hvilke behandlingsmuligheder der tilbydes i Danmark. Endvidere vil litteratur og forskningsundersøgelser til redegørelse for problemstillingen fremhæves. Til slut redegøres for betydningen af seksualitet og seksuel sundhed, som oplæg til selve problemformuleringen.

1.1 Barnløshed er en folkesygdom

I dag sker knap 10 procent af levendefødslerne i Danmark på baggrund af fertilitetsbehandling (Dansk Fertilitetselskab 2013, Ziebe et al. 2011). Således er Danmark det land i Europa, der har det højeste antal af fertilitetsbehandlinger pr. indbygger (Schmidt 2006).

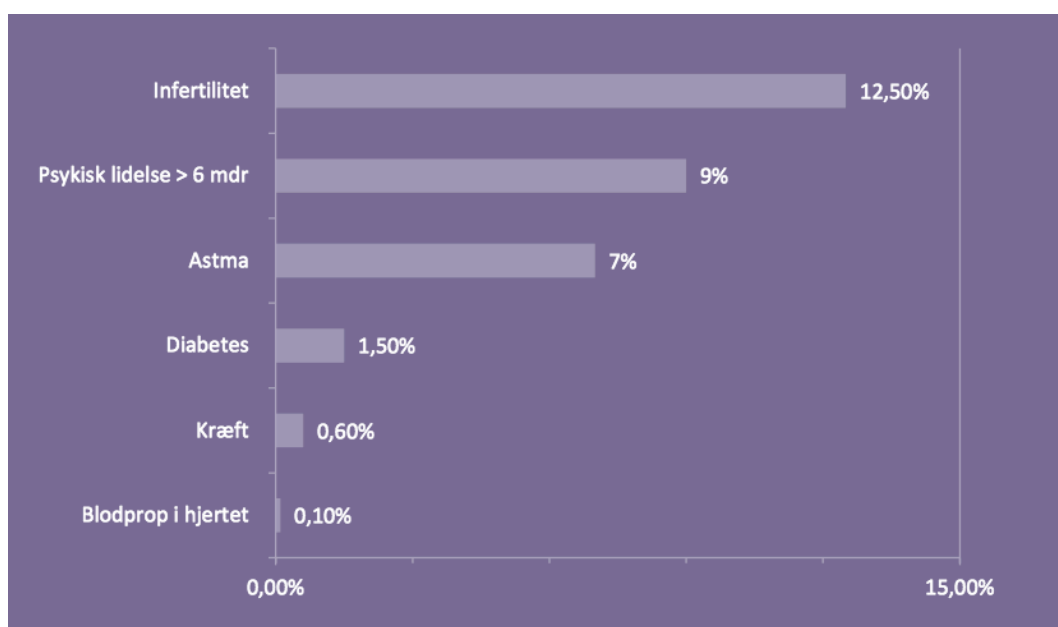
Infertilitet betegnes officielt som en folkesygdom i Danmark (Nielsen et al. 2016). En folkesygdom er defineret ved, at den forekommer med over én procent i befolkningen, samt at den har store menneskelige og samfundsmæssige omkostninger og hvor forebyggelse ofte er velbegrunnet (ibid.). Det står derfor klart, at nedsat frugtbarhed opfylder alle kriterierne for at være en folkesygdom.

Derudover anerkender Verdenssundhedsorganisationen WHO. infertilitet som en medicinsk tilstand og definerer den således:

"A disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse" (Zegers-Hochschild et al. 2009: 1522-23).

Infertilitet betegnes derfor som en klinisk sygdom i det reproduktive system, defineret af udeblevet graviditet, efter 12 måneders ubeskyttet sexliv.

Undersøgelser viser samtidig, at infertilitet rammer mellem 16-25% af alle der prøver at blive gravide - enten periodisk eller som en vedvarende problematik (Schmidt og Pindborg 2012). Diagnosen anses som den suverænt hyppigste kroniske sygdom, i aldersgruppen 25- 44 år, sammenlignet med øvrige alvorlige kroniske sygdomme (Nielsen et al. 2016) se figur 1.



Figur 1. Kroniske sygdomme i aldersgruppen 25-44 år (Ibid. s. 23)

1.2 Årsager til infertilitet

Årsager til infertilitet er sammenhængende med en lang række meget forskellige risikofaktorer (Nielsen et. al. 2016). Årsagerne kan findes hos både kvinden og manden. I 1/3 af tilfældene skyldes det årsager hos kvinden, 1/3 årsager hos manden og 1/3 årsager hos både kvinden og manden. Derudover findes der i litteraturen, stor spredning i fraktionen af ukendt årsag til infertilitet. I Dansk litteratur opgives tallet til 10-15 %, (Pindborg et. al. 2012, Nielsen et al. 2016).

Årsager til infertilitet kan grupperes i:

- medicinske årsager og tilstande
- livsstils og miljøfaktorer
- udskydelse af reproduktion
- seksuelle dysfunktioner (sjældent forekommet) (Nielsen et al. 2016)

1.2.1 Medicinske årsager

Herunder redegøres for de hyppigste medicinske årsager til infertilitet og dermed indikationer for henvisning til fertilitetsklinik.

<i>Kvindelige faktorer</i>	<p>-Manglende ovulation (ægløsning) Der kan være forskellige årsager, men den hyppigste årsag er polycystisk ovariesyndrom (PCOS), som ses hos 80-90% af alle kvinder med manglende ovulation .</p> <p>-Nedsat antal aktive æg. F.eks. efter kemo el. stålebehandling</p> <p>-Dårlig passage gennem tubae (æggeledere): Kan skyldes tidligere operationer i underlivet, hvor der er dannet sammenvoksninger og følger efter underlivsbetændelse, for eksempel med kønssygdommen klamydia, fibromer og polypper. Operativ fjernelse af ovarie.</p> <p>-Endometriose: En relativ almindelig tilstand, hvor der findes endometrievæv udenfor uterincaviteten. (Pindborg et.al 2013, Sundhed.dk, Nielsen et. al 2016)</p>
<i>Mandlige faktorer</i>	<p>Nedsat sædkvalitet: Er absolut den hyppigste årsag og kan skyldes nedarvning af fars ringe sædkvalitet, mors rygning, manglende nedstigning af testikler i pungen, fåresyge, infektioner, medicin (kemo), sterilisation.</p> <p>Sjældnere årsager er kromosomfejl, sædudtømmelse i urinblæren, mangel på dannelse af sædceller, antistoffer mod sædcellerne mv. (Nielsen et. al. 2016).</p>
<i>Årsager hos parret:</i>	<p>Seksuelle dysfunktioner ex. vaginisme eller erektil dysfunktion (Piva et. al 2014).</p>

Figur 2. Årsager til infertilitet

1.2.2 Livsstils og miljøfaktorer

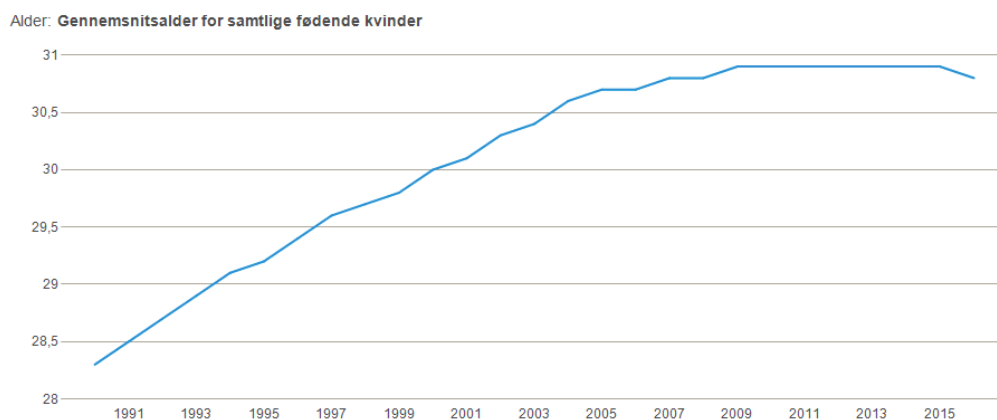
Udover de medicinske årsager kan nævnes, at der findes videnskabelig evidens for at livsstils- og miljøfaktorer også har betydelig indvirkning på fertiliteten. Af livsstilsmæssige risikofaktorer kan nævnes alkohol, rygning, stress, euforiserende stoffer (eks. cannabis) og anabole steroider. Desu-

den er BMI en væsentlig faktor. Både overvægt (BMI >30) og undervægt (BMI<19) samt overdreven motion, findes uhensigtsmæssigt ved graviditetsønske. Det nævnes også, at seksuelt overførte sygdomme, kan påvirke fertiliteten. F.eks. infektioner efter klamydia øger risiko for beskadigelse af æggeledere og arvæv i bitestikler. Miljømæssige faktorer omfatter bl.a. forurening og påvirkning af de såkaldte hormonforstyrrende stoffer (Nielsen et al. 2016) .

1.2.3 Udskydelse af reproduktion

Den *største* individuelle risikofaktor, der har betydning for fertiliteten, er dog *kvindens alder*.

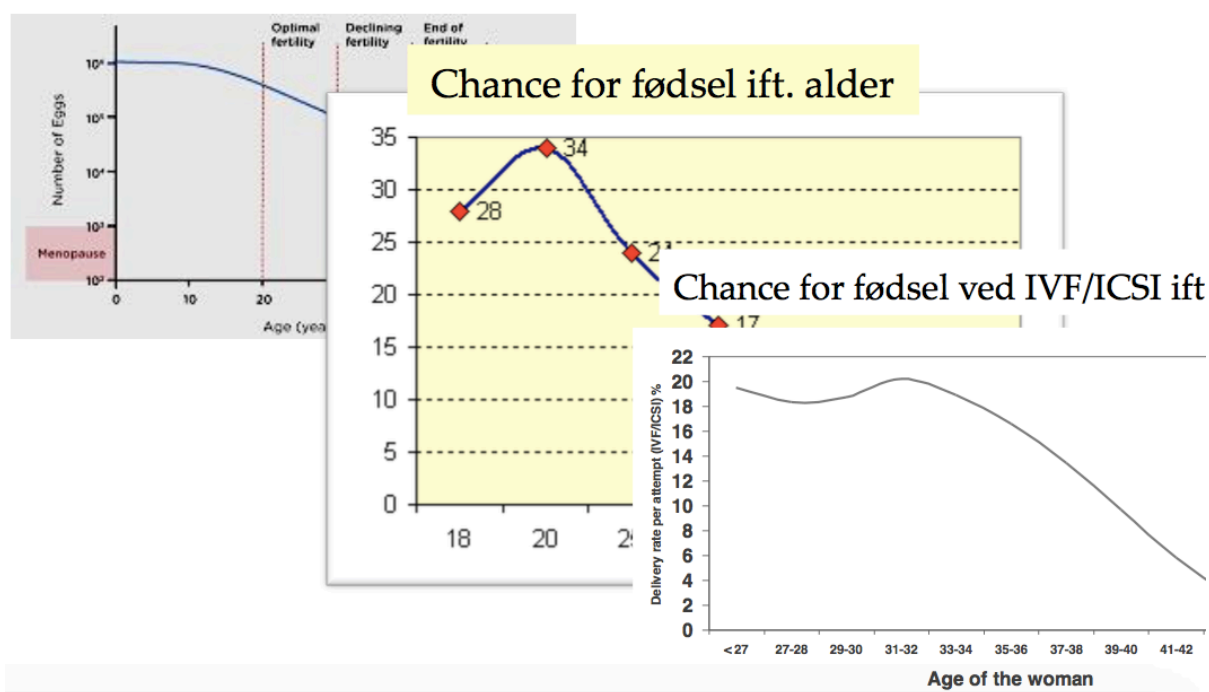
Chancen for graviditet per cyklus, den såkaldte fekundabilitet, falder med stigende alder. Desuden er risikoen for spontan abort, kromosomfejl hos fosteret samt komplikationer i graviditeten, ligeledes stigende med kvindens alder (Schmidt og Pindborg 2012) .



Figur 3. Gennemsnitsalder for samtlige fødende kvinder i Danmark (Danmarks Statistik 2014).

I 2013 var gennemsnitsalderen for de fødende kvinder 31,0 år. Til sammenligning var de fødende i gennemsnit 26,7 år i 1970. (Danmarks Statistik 2014). Ifølge Anders Nyboe Andersen klinikchef på Rigshospitalets fertilitetsklinik, vil en kvinde på 30 år kun have 12 % af sine æg tilbage (Clausen 2013). Undersøgelser viser, at både kvinder og mænd undervurderer betydningen af kvindens alder, i forhold til evnen til at få børn. Se figur 4.

Ægreserve ift. alder



Figur 4. IVF. og alder (Schmidt og Pindborg 2012)

Derudover ser parret også for optimistisk på sandsynligheden for, at opnå fødsel af et barn, efter en enkelt IVF behandling (ibid).

1.2.4 Seksuelle dysfunktioner

Seksuelle dysfunktioner som den direkte årsag til infertilitet er sjældnere (ca. 5%) og kan skyldes problemer som vaginisme, dyspareuni, erektil dysfunktion og ejakulationsproblemer. Dertil kommer følgevirkninger efter seksuelle traumer (Graugaard et. al 2012, Piva et. al 2014). Muligvis er rapporteringen mangelfuld og man kan kun spå om, at den store gruppe af ukendt årsag til infertilitet muligvis kan indeholde en andel af underdiagnosticerede seksuelle dysfunktioner (Wishmann 2010).

1.3 Fertilitetsbehandling anno 2017

Fertilitetsbehandling, også kaldet *assisteret reproduktion*, defineres som værende en medicinsk behandling, hvorpå graviditet etableres på anden måde end ved samleje. Det anses for at være et

ungt speciale, da det første barn, der kom til verden ved hjælp af fertilitetsbehandling var i London i 1978 (Pindborg et. al. 2012). I 1983 blev det første danske barn født efter IVF-behandling. Siden da er det gået stærkt og teknologien er i en rivende udvikling, der hastigt fornyer og forbedrer sig.

Begrebet *assisteret reproduktion* omfatter inseminationsbehandlinger **IUI** (intra uterin insemination) og **ART** (artificial reproductive technologies), som er de mere avancerede reproduktionsteknikker. Insemination (IUI) udføres enten med partners sæd eller med donorsæd. ART omfatter IVF (in vitro fertilisering) og ICSI (intra cytoplasmatisk sædcelleinjektion ~ mikroinsemination) (Nielsen et al. 2016).

1.3.1 Lovgivning

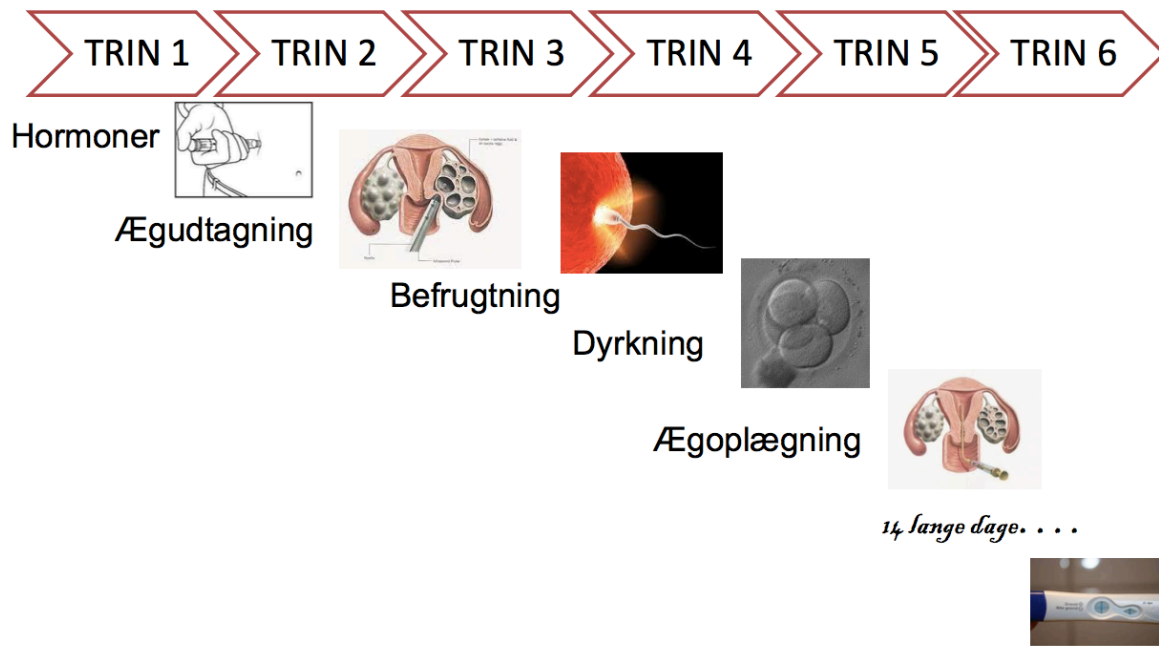
I Danmark er behandling af barnløshed reguleret ved en række love og bekendtgørelser, herunder - *Lov om assisteret reproduktion, fra 2015* (Retsinformation).

Behandlingen tilbydes par der ikke har *fælles* børn og til enlige kvinder, der ikke har børn. I henhold til lovgivningen må barnløshedsbehandling ikke udføres efter kvinden er fyldt 46 år. Det er praksis på de offentlige klinikker, at der ikke behandles når kvinden er over 40 år. Der er ikke aldersmæssigt begrænsning vedrørende mandens alder. De fleste offentlige fertilitetsklinikker tilbyder 3-6 inseminationsforsøg. For reagensglasbehandlinger siger de fælles regler, at der må gives 3 IVF behandlinger. (SST Fertilitetsbehandling 2015, Pindborg et. al. 2012) Hvis man ønsker at fortsætte behandlingen, må man derefter overgå til privat regi og egenbetaling.

1.3.2 Proceduren

Ved IVF el. ICSI foregår behandlingen som følgende:

Kvinden behandles med hormoner, hvilket betyder, at hun skal give sig selv daglige indsprøjtninger i maveskindet. Herefter gives en ægløsnings sprøjte og i lokalbedøvelse udtages æg. Ved overstimulation må æggene fryses ned, indtil kvindens krop er i balance. Manden afleverer en sædprøve, der oprensnes og sædcellerne tilsættes ægget (IVF) eller sprøjtes ind i ægget (ICSI). Når det er befrugtet, lægges det op i uterus, og der afventes positivt eller negativt udfald (Schmidt og Pindborg 2012).



Figur 5. Procedure ved IVF.

1.3.3 Bivirkninger og risici

Ved hormonbehandlingen kan der forekomme bivirkninger som træthed, kvalme, brystspænding, oppustet uterus, smerter, hedeture, hovedpine og humørsvingninger. Disse bivirkninger svarer til symptomer på menopause (Hvidovre fertilitetsklinik). De alvorligste komplikationer er overstimulation (OHSS¹) og dertil kommer risiko for blødninger og infektion i forbindelse med ægudtagning (Pindborg et. al. 2012).

1.3.4 Succesrater efter ART

Ved fertilitetsbehandling med IVF og lignende metoder, er sandsynligheden for at opnå en graviditet der fører til levendefødt barn, 20-25% pr. behandlingsforsøg, *hvis* kvinden er yngre end 40 år. Hvis kvinden er 40 år eller ældre, falder sandsynligheden til ca. 10% (Nielsen et. al 2016). Kvindens alder har dermed stor betydning, i forhold til sandsynligheden for at opnå en levendefødsel efter fertilitetsbehandling.

¹ Ovariel hyperstimulationssyndrom

² Lone Schmidt er lektor, dr. Med., Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab (www.kvinfo.dk)

1.4 Reproduktiv sundhed

Seksuelle og reproduktive rettigheder blev formuleret af United Nations i 1994, som anført i forordet (United Nations 2014 s. 59-60).

I forlængelse heraf, har alle mennesker ret til frit og ansvarligt at bestemme antallet af børn de vil have og hvornår de vil have dem. Specialet omhandler de par, der på baggrund af nedsat frugtbarhed, har svært ved at få de børn de ønsker sig. I forhold til definitionen af reproduktiv sundhed, har disse mennesker dermed *ikke* friheden til selv at bestemme, hvornår og hvor mange børn de gerne vil have (Schmidt og Sejbæk 2012). Det vil sige mennesker, der har en forringet reproduktiv sundhed. Dette kan afføde en række psykologiske konsekvenser.

1.5 Psykosociale konsekvenser af fertilitetsbehandling

Infertilitet og fertilitetsbehandling kan forårsage en lang række videnskabeligt veldokumenterede alvorlige psykosociale konsekvenser, for individet og parret (Nielsen et. al 2016).

Den mest dominerende psykosociale konsekvens af infertilitet, er følelsen af tab, hvor kvinden og manden mister deres forestillinger om livet. Et tab, hvor man mister noget, man ikke har kendt til, i modsætning til tab i forbindelse med f.eks. skilsmisse eller dødsfald. Derudover mister man forestillingen om at have en sund og rask krop, der kan blive gravid/gøre en kvinde gravid, når man ønsker det (ibid). Et studie indikerer desuden, at stress kan være associeret med et dårlig IVF outcome (Ebbesen et al. 2009).

Et dansk studie konkluderer, at kvinder der har været i fertilitetsbehandling og *ikke* opnår graviditet, havde en større sandsynlighed for skilsmisse op til 12 år efter behandlingen, i forhold til kvinder, der fik et barn (Kjaer et al. 2013). Således er der ligeledes langtidskonsekvenser, at tage i betragtning. Der er tilmed risiko for at den følelsesmæssige stress fortsætter ind i alderdommen hvor infertilitet kan have langvarig og negativ indflydelse på parrenes sexliv (Wirtberg et al. 2007). I den kontekst må det betragtes som vigtigt, at iværksætte en forebyggelsesindsats.

1.6 Biomedicin kontra psykisk sundhed

I Danmark er vi dygtige til at udrede og behandle den fysiske side af barnløshed. Samtidig er vi et af de lande i verden, der er længst fremme når det kommer til forskning, indenfor viden om de psykiske og sociale konsekvenser af barnløshed. Dette er især takket være den danske læge og forsker Lone Schmidt². Ovenstående kan betragtes som et paradoks, når vi samtidig er et af de lande i Europa, der gør mindst for at intervenere imod følelsesmæssige problemer, der kan være resultatet af infertilitet og fertilitetsbehandling (Sandager 2017).

I mange af de omkringliggende lande vi ofte sammenligner os med, er rådgivning i forhold til de psykosociale konsekvenser af infertilitet en selvfølge, parallelt med den medicinske behandling. I Danmark har vi derimod ikke tradition for at benytte psykologer, sexologer eller andre rådgivere. Derimod er det lægerne og sygeplejerskerne på de enkelte fertilitetsklinikker, der varetager den psykologiske del af rådgivningen (Schmidt og Sejbæk 2012b).

Anja Pindborg, der er klinisk professor og overlæge ved fertilitetsklinikken på Hvidovre Hospital forklarer:

”For nogle par er det tilstrækkeligt, men for mange par er byrden ved fertilitetsbehandling så stor, at de har behov for uvildig rådgivning og vejledning, om de psykologiske aspekter ud over det, behandlerne på fertilitetsklinikkerne kan tilbyde” (Sandager 2017:8-9)

1.7 Seksualitet og fertilitetsbehandling

Det anslås at halvdelen af par i fertilitetsbehandling oplever problemer af seksuel eller samlivsmæssig karakter. Som ovenfor nævnt, er det velkendt, at behandlingen kan medføre belastninger på det psykosociale plan. Derudover ser man ligeledes belastninger på det relationelle og ikke mindst seksuelle plan (Graugaard , Pedersen og Frisch 2012). Dette støttes af flere internationale studier, der peger på, at der ses en overrepræsentation af sexologiske problemstillinger, hos

² Lone Schmidt er lektor, dr. Med., Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab (www.kvinfo.dk)

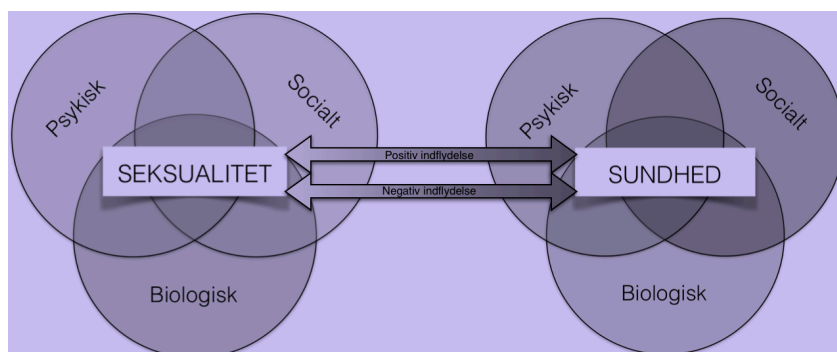
kvinder og mænd i fertilitetsbehandling. Det kommer blandt andet til udtryk i seksuelle dysfunktioner, som nedsat samleje-frekvens, mindsket seksuel interesse, udeblivelse af spontanitet, nydelse og lyst (Smith et. al. 2015 , Berger et. al 2016). Parret må i den sammenhæng betragtes som en dyadisk enhed- for hvis den ene part lider af en seksuel dysfunktion, vil det ofte påvirke den anden part, f.eks. med skyldfølelse, lavt selvværd eller manglende lyst (Berger et. al. 2016). Desuden er der studier der konkluderer, at der ses en nedsat livskvalitet hos infertilitetspatienterne (Oddens et. al 1999, Smith et. al. 2006). Tilmed viste en undersøgelse fra 2001 interessant nok, at et aktivt sexliv i forbindelse med IVF øger sandsynligheden for konception markant (Bar-Hava et.al. 2001).

1.8 Seksualitet og sundhed

Et nyere befolkningsstudie rapporterer, at 9 ud af 10 danskere anser et velfungerende sex- liv som værende vigtigt, meget vigtigt ellers særdeles vigtigt. Således udgør seksualitet et centralt aspekt af vores liv. Seksualitet er en almenmenneskelig ressource og et tilfredsstillende sexliv kan give livsmod og ressourcer til at mestre vanskelige situationer. Sex-livet kan for mange bidrage til at kunne håndtere, begribe og give mening i situationer med kaos og meningsløshed (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012). Meget tyder på, at netop infertilitet kan give anledning til en følelse af meningsløshed. I rapporten "seksualitet og sundhed", fremhæves:

"Seksualitet er for langt de fleste mennesker et væsentligt aspekt af livet og tæt forbundet med den enkeltes fysiske og mentale sundhed og velvære. Seksualitet er en indikator for sundhedstilstanden, men kan omvendt også påvirke den". (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012 s: 13)."

Nedenstående figur illustrerer samspillet imellem seksualitet og sundhed.



Figur 6. Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv - gengivet af Professor Christian Graugaard

Det vil sige, at seksuel sundhed er en raskhedsfaktor og en meget vigtig del af de fleste menneskers liv. Seksualitet og sundhed indgår i et komplekst samspil og har stor betydning for den enkeltes velvære og trivsel (ibid.).

Ifølge WHO's definition, er seksualitet et bio-psyko-socialt begreb og seksuel sundhed defineres som:

"Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion og handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes" (Graugaard Pedersen og Frisch s.19).

Det seksuelle karakteriseres af WHO som et centralt menneskeligt aspekt og lægger op til et bredt og mangfoldigt syn, på seksuelle udtryk og funktioner.

2. Problemformulering

På baggrund af ovenstående, leder det frem til følgende problemformulering:

Hvordan oplever infertile par, at deres seksualitet bliver påvirket i forbindelse med IVF behandling og hvordan kan sundhedsprofessionelle, på baggrund af denne viden, kan håndtere emnet seksualitet, således parret styrkes i, at mestre de oplevede udfordringer?

2.1 Forsknings spørgsmål

- 1) Hvordan oplever infertile par, at fertilitetsbehandling har påvirket deres seksualitet?
- 2) Har infertiliteten/fertilitetsbehandlingen haft psykosociale konsekvenser?
- 3) Har par i fertilitetsbehandling modtaget rådgivning fra egen læge eller sundhedsprofessionelle i fertilitetsklinikken om seksuelle problemstillinger?
- 4) Har par i fertilitetsbehandling behov for at seksualitet italesættes?
- 5) På hvilke måder kan sundhedsprofessionelle håndtere seksualitet under IVF behandling?

3. Afgrænsning

Specielt afgrænser sig til at belyse hvorledes emnet seksualitet kan behandles i *fertilitetsklinikker*. Når sundhedsprofessionelle nævnes, vil der refereres til læger og sygeplejersker der har den daglige patientkontakt i fertilitetsklinikken. Der afgrænses derfor fra primærsektorens rolle i relation til information om seksualitet, omend den også er relevant.

Specialet går ikke i dybden med at udpege *hvilke* sundhedsprofessionelle, der skal varetage opgaven om at inddrage det sexologiske aspekt- det afgørende er at det *gøres*.

Betragtninger om hvorledes tid og økonomi spiller ind i muligheden for at inddrage emnet, overvejes ikke i nærværende speciale, velvidende at det er relevante faktorer.

Specialet er afgrænset til at inddrage par i IVF behandling (se inklusionskriterier), men da der ofte er tale om en længere behandlingshistorik, vil parrene ligeledes referere til eksempelvis påvirkning af inseminationsbehandlinger.

4. Metode

For at kunne besvare ovenstående problemformulering, er projektet positioneret ud fra en kvalitativ forskningsmetode og inden for en fænomenologisk, hermeneutisk forståelsesramme. Humanvidenskaben har menneskelige livssammenhænge som genstandsfelt (Birkler 2016). Specialets genstandsfelt er i denne sammenhæng, parrenes oplevelse af deres seksualitet under fertilitetsbehandling og på den baggrund en forståelse for, hvordan sundhedsprofessionelle kan håndtere emnet seksualitet.

Der søges en erkendelse af dette ved hjælp af hermeneutikkens fortolkende tilgang.

I følgende afsnit redegøres der først for specialets videnskabsteoretiske position.

Derefter gennemgås projektets empiri i form af interviews og kvalitative studier, samt en introduktion af den teori, der anvendes i specialets analyse og diskussions afsnit.

Afslutningsvis redegøres for projektets søgestrategi.

4.1 Videnskabsteoretisk position

Der redegøres kort for fænomenologien, idet denne videnskab først blev beskrevet som et modtræk til positivismen. Derefter redegøres for hermeneutikken, hvor fokus er rettet mod forståelse, som en metode og som et menneskeligt grundvilkår (Birkler 2006).

4.1.1 Fænomenologi

Edmund Husserl (1859-1938), regnes i dag for fænomenologiens grundlægger. Han var kritisk i forhold til datidens positivistiske videnskaber, der i hans kontekst reducerede bevidstheden til udelukkende objektive forhold (Birkler 2006). Han ønskede at videnskaben skulle gå til *sagen selv*, for at få en viden om, hvordan mennesker oplever et givent fænomen ud fra egen erfaring (ibid). Han kaldte dette for *livsverden*. Han mente at videnskabens opgave ikke var at undersøge en bevidsthedsuafhængig objektiv verden, men derimod at undersøge den umiddelbare levede verden. Videnskab på et fænomenologisk grundlag arbejder altså ud fra et mål om, at indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden. Ideen er at indfange det

meningsindhold, som disse fænomener afspejler. Den videnskabelige opgave består i, at reducere de mange oplevelser til en *essens* (ibid.)

Fænomenologiens videnskabelige element viser sig netop der hvor menneskers mangfoldige beskrivelser af deres bevidsthedsfænomener, kan reduceres til en grundlæggende struktur. Helt konkret forsøger fænomenologien ikke at søge efter årsager, men derimod sammenhæng, således at målet er at forstå strukturen og sammenhængen i menneskers levede verden. (ibid).

4.1.2 Hermeneutik

Hermeneutik betyder *fortolkningskunst* eller *læren om forståelse* – (på græsk at fortolke, forstå, forkynde og udlægge) (Birkler 2006) .

Der kan nævnes flere pionerer indenfor hermeneutikken, men en mere moderne udgave af hermeneutikken er grundlagt af Martin Heidegger (1889-1976). Den tyske filosof Hans Georg Gadamer (1900-2002) har herefter været arvtager af denne tilgang. En tilgang hvor man inkluderer to grundlæggende spørgsmål. Spørgsmålet om *vores væren i verden* og spørgsmålet om *metoden hvormed vi opnår forståelse* (ibid).

Det vigtigste nøgleord er begrebet *forforståelse*, altså den forståelse, der altid går forud for selve forståelsen. Vi vil altid bevidst eller ubevidst, opstille hypoteser som vi ønsker at få be- el. afkræftet. Gadamer skriver om forforståelsen, at den er en forventning eller fordom, dog uden at det er negativt ladet. Vi vil til hver en tid benytte os af vores fordomme og derigennem kunne fortolke verden. Det er ikke muligt at være forudsætningsløse, når vi fortolker verden (ibid).

Et centralt begreb i hermeneutikken er den *hermeneutiske cirkel*, der henviser til forståelsens cirkularitet. Forklaret på den måde, at det vi forstår, forstår vi kun på baggrund af det vi allerede forstår. Hver gang, der en ny delforståelse, får den lov til at revidere helhedsforståelsen og der vil være tale om en horisontsammensmeltning. Dette må ikke forstås som en sammensmeltning af to personer, der tilegner sig identiske horisonter, men derimod henviser til det der sker når to horisonter *oplyser noget i det samme lys* (ibid).

Ved alle videnskabelige tilgange, herunder fænomenologien og hermeneutikken, er det relevant at være bevidst om at, hvilken viden og dermed hvilken sandhed, man opnår med den metode man anvender. I tråd med den moderne hermeneutik skrives dette speciale med en bevidsthed om, at svaret på problemformuleringen, aldrig vil være et udtryk for en endegyldig sandhed ,men derimod en vinkel af sandheden, som er farvet af for forståelser og valg af empiri og teorier (Thisted 2013).

4.1.3 Forforståelse

Som beskrevet ovenfor er det vigtigt at reflektere over og erkende sig egen forforståelse forud for det emne, der ønskes udforsket. I dette speciale har interviewer både sit professionelle jordemoder perspektiv og dernæst sin personlige forståelse at forholde sig til.

Den professionelle forståelse tager udgangspunkt i, at interviewer har en uddannelsesbaggrund som jordemoder og dermed har et naturlig ønske om at skabe sundhedsfremme.

Interviewer har selv været gravid to gange og har ikke oplevet infertilitet på egen krop . Dermed tilgås udelukkende en teoretisk tilgang til det følelsesmæssige register, der opleves i forbindelse med infertilitet.

Gennem nuværende sexologisk uddannelse har interviewer tilegnet sig viden om det sexologiske felt, og har dermed en forforståelse for hvorfor emnet seksualitet er relevant og med fordel kan inddrages i en sundhedsmæssig sammenhæng.

Derudover har interviewer en ublufærdig tilgang til emnet seksualitet og anerkender og respekterer, at det *ikke* er udgangspunktet for alle.

4.2 Dataindsamling

I nærværende speciale er der indsamlet primær kvalitativ empiri, i form af semistrukturerede interviews, med fertilitetspatienter på Odense Universitets Hospital (benævnes herefter OUH). Empirien anvendes i specialet, sammen med anden udvalgt sekundær litteratur, så som artikler, studier og teoretiske kilder.

4.2.1 Interview

Data er, som nævnt, indsamlet i form af semistrukturerede interviews. Metoden findes brugbar i forhold til den opstillede problemformulering, da det er gennem andre menneskers livsverden at man får et indblik i- og et svar på, hvad det er de oplever (Kvale og Brinkmann 2015).

Dataindsamlingen tager udgangspunkt i det semistrukturerede forskningsinterview, da det er egnet til, at informanterne kan give udtryk for deres tanker, opfattelser og oplevelser i forhold til et givet fænomen. Det semistrukturerede interview findes anvendeligt, da det er en interviewform der giver plads til mulighed for ændringer undervejs. Da der er tale om en interviewsituation med infertile *par*, kan man desuden anvende betegnelsen *dyade interview*. Ved *dyade interview* forstås, at parternes gensidige verbale og nonverbale udvekslinger også studeres og tages i betragtning (Malterud 2003).

De emner der ønskes belyst i interviewet, er valgt på forhånd og udført på baggrund af en gennemarbejdet interviewguide, se bilag 1. Spørgsmålene er stillet som åbne spørgsmål, og interviewguiden benyttes kun som et styrende redskab. Dermed forstået, at spørgsmålene ikke er så strukturerede, at der ikke kan afviges undervejs. Der er tale om et asymmetrisk forhold imellem respondenter og interviewer, hvor interviewer styrer samtalen (Brinkmann og Tanggaard 2015, Kvale og Brinkmann 2015).

Herefter er interviewene transskriberet, analyseret og fortolket, for at udlede de fertilitetsbehandlede perspektiver, meninger og forståelse, af eventuelle seksuelle udfordringer og behov for information og rådgivning.

Forud for interviewene var intentionen, at inkludere max. 8 interviewdeltagere i studiet. Dvs. 4 par alt, der var i gang med et fertilitetsbehandlings-forløb (IVF og ICSI).

Inklusionskriterier

Respondenterne skulle indgå i et heteroseksuelt parforhold for at synliggøre eventuelle kønsbestemte forskelligheder. Kriteriet var fastlagt ud fra det faktum, at majoriteten af de fertilitetsbehandlede, er heteroseksuelle par, herunder hensyntagen til specialets omfang. Det blev tilstræbt, at de udvalgte par, så vidt muligt repræsenterede forskellige aldersgrupper og sociale klasser.

Parrene skulle have gennemgået et længere fertilitetsbehandlingsforløb, herunder forstået reagensglasbefrugtning (IVF og ICSI). Interviewdeltagerne skulle forstå og tale dansk.

Eksklusionskriterier

Par der var henvist til inseminationsbehandlinger er ikke inkluderet i specialet. Ligeledes er enlige kvinder, der søger fertilitetsbehandling fravalgt, da denne gruppe ikke nødvendigvis vil have oplevet infertilitet, men derimod et fravalg/mangel af partner. Homoseksuelle par er også ekskluderet, idet de ikke er underlagt den biologiske betingede infertilitet. Dette gøres med bevidstheden om, at homoseksuelle par også oplever fertilitetsbetingede psykosociale problemer og stigmatisering. Eksklusionskriterierne er gennemført velvidende, at alle nævnte grupper, naturligvis kan have behov for rådgivning om seksualitet.

Rekruttering

Deltagere skulle rekrutteres i forbindelse med konsultationer ved Fertilitetsklinikken på OUH. Sygeplejersker og læger blev introduceret til specialet og sat i gang med at informere om det pågående projekt. Det blev estimeret, at sundhedspersonalet blot skulle afsætte et par minutter til information og uddele informationsbrev med kontaktoplysninger, se bilag nr.2. Den ansvarlige for gennemførelse af specialet, ville herefter tage kontakt til potentielle respondenter med yderligere information om interviewet og mulighed for tilkendegivelse af endelig deltagelse. Herefter var planen, at der blev aftalt et passende tidspunkt for interview på OUH eller i hjemmet. Ønskede parrene at deltage, blev der udleveret skriftlig information om rammer og formål, med interviewet, samt samtykkeerklæring, se bilag3. Denne skulle afleveres i underskrevet stand inden interviewet blev påbegyndt.

Interviewene i praksis

Rekrutteringen viste sig at være langt vanskeligere end forventet. Dette på baggrund af flere sandsynlige medvirkende faktorer skitseret herunder:

- personalets tid/overskud
- at finde respondenter, der matchede de givne inklusionskriterier
- patienternes tid efter behandlinger (de skulle tilbage på job, boede langt væk)
- uenighed i parrene, om de begge havde lyst til at indgå i interview (noget var på spil)

- patienternes manglende overskud til at tale om et sårbart emne.

På baggrund af manglende tilsagn om deltagelse, blev der udtænkt nye strategier, for at sikre et tilstrækkeligt antal respondenter til interviewet. Opringning til parrene uden forudgående informeret samtykke blev vurderet uetisk. En privat klinik blev ligeledes kontaktet. De var meget interesserede i emnet, men afslog med begrundelse i travlhed.

Efter 1 ½ måneds ihærdig indsats, uden inklusion af respondenter, blev resultatet, at intervieweren indfandt sig personligt på klinikken, iført OUH. arbejdstøj samt navneskilt, for at synliggøre en sundhedsprofessionel tilgang. Samtidig blev de behandlende sygeplejersker involveret, hvor deres opgave var, at sende potentielle par videre til intervieweren. Denne indfandt sig i et tilstødende lokale og kunne gennemføre interviewet med det samme. I lokalet blev de deltagende par tilbudt forfriskninger, hvilket bidrog til villighed. Intervieweren talte med parrene umiddelbart efter æg-oplægning.

At tidspunktet for interview lå i direkte forbindelse med behandlingen, kan anfægtes som fejlkilde, idet kvinderne var påvirket i større eller mindre grad af morfin. På to dage med denne fremgangsmåde, blev der rekrutteret et acceptabelt antal respondenter.

Etiske overvejelser

Projektet gennemføres i overensstemmelse med principper om autonomi: *"at gøre godt, ikke at gøre skade"* jvf. Helsinki konventionen (Verdenslægeforeningen 2013).

Dette betyder, at der er givet skriftlig og mundtlig information om formål og rammer for specialet, se bilag nr. 3. Interviewdeltagerne har givet informeret samtykke, og der er sikret anonymitet, frivillighed og fortrolighed (ibid.).

Projektet tager ligeledes hensyn til, at infertilitet og seksualitet kan være sårbare og tabubelagte emner. Efter interviewene blev parrene informeret om muligheden for en telefonisk opfølgning en uge senere, for at sikre at informanterne ikke havde lidt emotionel overlast under interviewet. Derudover var der mulighed for, at stille afklarende spørgsmål.

Udbyttet for parrene ansås at være minimal, fraset at de fik en mulighed for at dele deres oplevelser og modtage positiv opmærksomhed, hvilket i sig selv kan virke helende. Endvidere kunne patienterne se et formål med at fremskaffe værdifuld viden på et underbelyst område, til gavn for fremtidige patienter, muligvis dem selv.

Præsentation af informanterne:

Relation	Alder	Årsag til infertilitet	Behandling
Par 1: heteroseksuelt par	Mand: 40 år Kvinde: 31 år	PCO	Hormonbehandling 3x IUI 1xIVF
Par 2: heteroseksuelt par	Mand: 37 år Kvinde: 33 år	PCO	Hormonbehandling 4x IUI 3x IVF
Par 3: heteroseksuelt par	Mand: 42 år Kvinde: 35 år	Nedsat sædkvalitet	6 x IUI 1x IVF
Kvinde 4: i heteroseksuelt parforhold – (seksualitet er fraspaltet)	Kvinde: 40 år	Som udgangspunkt fravalg af partner. Nu partner og ukendt årsag	6x IUI 3x IVF

Figur 7. Præsentation af informanter

Transkribering:

Transskriptionen af interviewene, fra mundtlig til skriftlig form, fra talesprog til skriftsprog systematiserer interviewsamtalerne, således de egner sig bedre til den nærmere analyse. Under transskriptionen opstår der en første analytisk proces (Kvale og Brinkmann 2015). Når man transskriberer, er det velkendt, at en mængde information går tabt, idet både kropssprog, mimik og stemmeføring ikke umiddelbart lader sig transskribere (Brinkmann og Tanggaard 2010). I dette speciale blev der anvendt en diktafon til lydoptagelse, hvilket sikrede en god kvalitet.

Interviewene blev transskriberet af undertegnede kort efter de blevet gennemført. Dette sikrede, at interviewene stod i klar erindring, således ord, stemninger og pauser blev husket. Transskriberingen blev foretaget konsistent ved alle fire interviews, hvor det blev valgt at medskrive "øhh"

”nå” og ufuldendte ord. Desuden blev respondentens sindstilstand markeret i parentes, (ked, opgivende, vred).

Meningskondensering:

Efter transskriptionsprocessen blev det fremkomne tekstmateriale analyseret. Som analytisk tilgang blev der taget udgangspunkt i Giorgis meningskondensering, som fremstillet af Kvale og Brinkmann (2015). Meningskondenseringen blev gennemført i overensstemmelse med den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang, der blev lagt vægt på forståelse og fortolkning af meningsindhold (Brinkmann og Tanggaard 2010). En meningskondensering indebærer ifølge Kvale og Brinkmann (2015), at tekstsegmenterne reduceres til meningsenheder, for på den måde at tilvejebringe en større grad af struktur og overblik over interviewteksten.

Interviewer har desuden valgt at stille sig åben overfor materialet og har således primært haft en induktiv tilgang. Heri tages der udgangspunkt i den enkeltes fortælling, hvor en teori ikke i forvejen har sat rammen for spørgsmålet og fortællingen (Malterud, 2003).

Meningskondenseringen blev inddelt i fem arbejds gange:

- 1) Interviewene blev lyttet igennem og helheden fornemmet. Derefter blev interviewene transskriberet fra start til slut, hvor pauser, gråd, grin og udbrud blev noteret og medtaget (jvf. foregående afsnit). Herefter ny gennemlæsning hvor helheden atter blev forsøgt opfanget.
- 2) Der blev herefter fundet meningsbærende enheder, udsagn og beskrivelser, som informanterne ytrede under interviewet. Disse blev tildelt et tema, et navn eller en sætning, der kom fra interviewet og var beskrivende for temaet, eller som kom fra hverdags sproget hos informanterne eller fra en teori, der kunne være aktuel.
- 3) Temaerne blev kategoriseret, forskellige temaer lagt sammen til færre og nogle kasseret. Herefter er de endelige temaer med undertemaer fremkommet. Temaerne forstås ud fra interviewpersonens opfattelse.
- 4) Specialets problemformulering og forskningsspørgsmålene blev afprøvet i forhold til, om temaerne blev fundet relevante for analysen og problemformuleringen.

5) Temaerne blev navngivet efter det indhold de repræsenterede. Navne kan enten være fra teo-rier, hverdagsprog, nye tankegange eller udtryk, der er kommet frem under interviewene.

For at finde de meningsbærende enheder blev interviewene udskrevet. Temaer og mulige citater blev fundet og markeret med hver deres farve for at markere deres relevans i forhold til forskningsspørgsmålene. For at få et sanseligt overblik blev de enkelte citater klippet ud og sat op på planche.

Af meningskondenseringen fremkom følgende overordnede temaer, se bilag 4:

- *Konsekvenser af infertilitet*
- *Kommunikation om seksualitet*
- *Seksualitet som relevant emne*
- *Håndtering af seksualitet*

Temaerne blev herefter fortolket og analyseret i forhold til nedenstående teori.

5. Teori

I følgende afsnit præsenteres den teoretiske ramme, der vil blive anvendt for at kunne svare på problemformuleringen og dermed analysere projektets indsamlede empiri. Herefter følger en kort præsentation af studier og litteratur, der er anvendt i analyse og diskussionsafsnittet.

5.1 Det Bio-, Psyko-, Sociale perspektiv

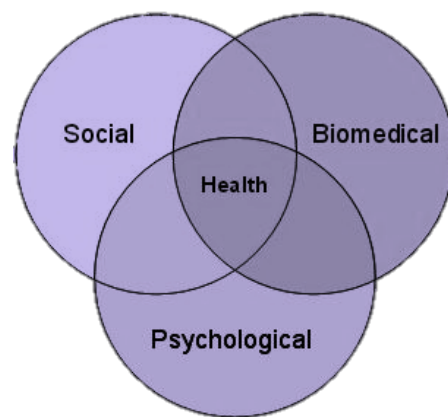
Når man taler om sexologiske problemstillinger, er det væsentligt at betragte dem ud fra flere vinkler – da der er tale om et komplekst samspil, hvor både kropslige, psykologiske og sociale forandringer, har betydning for et menneskets seksualitet, se figur 8. Til at belyse hvorledes de infertile par oplever at deres seksualitet påvirkes i forbindelse med infertilitet og dens behandling giver det mening at belyse det i et bio-,psyko-,socialt perspektiv.

I slutningen af 1970'erne udviklede den amerikanske psykiater *George L. Engel* den BIO-, PSYKO-SOCIALE –model. Modellens pointe er, at den menneskelige adfærd skal forstås og håndteres, som et dynamisk og dialektisk samspil, imellem de dimensioner, der udspiller sig i vores eksistens. (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Seksualiteten rummer i dens naturlighed et *biologisk aspekt*, der forudsætter fysiologiske processer, som hormonproduktion, nerveforsyning og blodcirkulation.

Derfor vil "skader" på kroppen også påvirke seksualiteten i en negativ grad.

Seksualiteten er også genstand for en *psykologisk* bearbejdning – der omfatter individets motivation og forventninger samt fortolkninger af indtryk og impulser. Seksualiteten formes ligeledes af vores mentale tilstand. Netop derfor vil sygdom, stress, krise samt depression, sætte spor i den seksuelle og samlivsmæssige sfære (ibid.).



Figur 8. Den bio-psyko-sociale model

Seksualiteten beskrives endvidere som et *socialt* fænomen, idet den udspiller sig i mellem menneskelige relationer og skabes på baggrund af samfundsskabte forestillinger og værdier (ibid.).

Den bio-psyko-sociale model er et væsentligt arbejdsredskab når man i klinisk praksis møder mennesker, der er udsat for seksuelle og/eller samlivsmæssige udfordringer (ibid.). Således findes modellen anvendelig og vil i det første tema af analyse og diskussions afsnittet benyttes som en ramme over empirien.

5.2 Anderkendelse

Axel Honneth (f.1949), er en tysk sociologi, professor og filosof (Jerlang 2009 s. 223), der har udviklet en teori om begrebet *anerkendelse*. Han er bl.a. inspireret af filosoferne Kant (1724-1804) og Foucault (1926-1984) samt udviklingspsykologerne Winnicott (1898-1971) og Stern

(f.1934). Gennem sin karriere, har han bl.a. videreudviklet den marxistiske samfundsteori³, kombineret med psykoanalytiske teorier om personlighedens udvikling, med det formål at finde frem til teorier, der kan bane vej for "frigørelse af mennesket" (Jerlang 2009).

Honneth mener, at individets sunde identitetsudvikling sker gennem anerkendelse, dvs. i form af en identitet, der er præget af selvtillid, selvrespekt og selvværd.

Teorien om anerkendelse er bygget op omkring tre sfærer:

- *Den private sfære.*
- *Den retslige sfære*
- *Den solidariske sfære*

I den private sfære kommer de nære, følelsesprægede relationer til udtryk. Stærke følelsesmæssige bånd i eksempelvis erotiske parforhold og venskaber, skaber forudsætninger for enhver selvrealiseringsform, da det er grundlaget for at individet kan opnå indre frihed og udtrykke sine behov (ibid). I den retslige sfære sker anerkendelsen ved, at det enkelte menneske bliver set som et individ med rettigheder og som en særlig person i fælleskabet. I den solidariske sfære sker anerkendelsen, når man i sociale relationer gensidigt respekteres og værdsættes af hinanden (ibid.).

Gennem disse sfærer, kan selvtillid, selvrespekt og selvværd skabes eller nedbrydes. De tre sfærer påvirker desuden hinanden indbyrdes og er i forening medvirkende til, at den enkelte føler sig som et fuldgældigt medlem af samfundet. Anerkendelse giver mennesket mulighed for at blive i stand til at realisere sig selv (ibid.).

Honneth påpeger, at hvis individets rettigheder diskrimineres eller ignoreres, udvikles der ikke selvrespekt. Hvis individets skal udholde denne underprivilligering, vil det kunne medføre en lammende skamfølelse (ibid).

Ud fra specialets problemstilling, findes det relevant at inddrage alle tre sfærer.

I den private sfære skabes det psykiske fundament for, at man kan opleve at have tillid til egne impulser og behov. Det psykiske fundament kan forud for parrets møde med den sundhedsprofessionelle, i høj grad være påvirket gennem infertiliteten og bør derfor tages i betragtning.

³ hvad er denne teori

Både den retslige- og solidariske sfære kommer i spil, når man taler om sundhedspersonalets evne til at anerkende. I relationen mellem sundhedsprofessionel og fertilitetspatienten vil der netop ikke være tale om en følelsespræget relation, som er kendetegnet ved den private sfære. I denne forbindelse anvendes teorien i andet analyse-afsnit til at argumentere for, at anerkendelse kan ske igennem kommunikation, f.eks. om seksualitet under fertilitetsbehandling.

5.3 Mestring

Aron Antonovsky (1923-1994), Israelsk-Amerikansk professor i medicinsk sociologi og stress forsker (Kamper-Jørgensen & Almind 2005) er kendt for sine teorier om begrebet *mestring*, som beskriver hvorfor nogle individer mestrer stressfaktorer bedre end andre (Antonovsky 2000).

Hvor man i lægevidenskaben traditionelt fokuserer på sygdomsfremkaldende faktorer- *patogenetiske faktorer*- er det i Antonovskys perspektiv, mere interessant at se på de faktorer, der skaber sundhed – de *salutogenetiske faktorer* (Kamper-Jørgensen og Almind 2005).

Antonovskys *salutogenetiske ide* omhandler, at sygdom, kriser, konflikter er almindelige i livet. Disse benævnes *stressorer* og nogle mennesker tåler stress bedre end andre.

Stressorer er en fællesbetegnelse for livets udfordringer, som spændinger, kriser, konflikter og sygdom, hvilket alle mennesker vil opleve i større eller mindre grad gennem livet. Stressorer er ikke nødvendigvis negative, men kan være udtryk for en udviklende fase i livet. Hvordan mennesker oplever og håndterer stressorer er forskelligt og afhænger bl.a. af folks historie, ressourcer og sociale kompetencer (Antonovsky 2000). Antonovsky nævner, at stressfaktorer i øvrigt også kan omhandle begivenheder som endnu ikke er indtruffet, (ibid) f.eks. det at være infertil.

For at forstå hvordan mennesker gennemlever livets mange stressorer og forbliver sunde, har Antonovsky udformet teorien om menneskers oplevelse af sammenhæng.

Antonovsky mener, at mennesket altid befinder sig på et kontinuum mellem et godt og et dårligt helbred. Årsagen til at nogle mennesker, trods stresspåvirkninger, er i stand til at befinde sig i den positive ende af kontinuet er, at de har en høj grad af "Oplevelse Af Sammenhæng" også kal-

det OAS. Det betyder, at de er i stand til at sætte de stressorer de stilles overfor, ind i en meningsfyldt sammenhæng. OAS indeholder tre komponenter:

- *Begribelighed*
- *Håndterbarhed*
- *Meningsfuldhed*

Begribelighed handler om hvorvidt personen oplever situationen som forståelig og struktureret. En person som har en stærk oplevelse af begribelighed, vil kunne sætte hændelser ind i en sammenhæng og forklare dem. En person der har en lav oplevelse af begribelighed, vil derimod opleve situationen som kaotisk og uforklarlig.

Håndterbarhed handler om, hvorvidt man opfatter, at der er ressourcer til at møde og klare de krav og stressfaktorer, man oplever gennem livet. Ressourcer er både indre og ydre og kan således også indbefatte støtte og hjælp fra personer, man har tillid til. Det kan f.eks. være familie, en læge eller Gud. En person med en stærk oplevelse af håndterbarhed, synes ikke at livet er uretfærdigt og føler sig ikke som offer (ibid.).

Meningsfuldhed handler om, i hvilken grad de problemer og de krav som tilværelsen fører med sig, er værd at engagere sig i. En person med en stærk oplevelse af meningsfuldhed, ser problemerne som en udfordring og ikke som en byrde (ibid.).

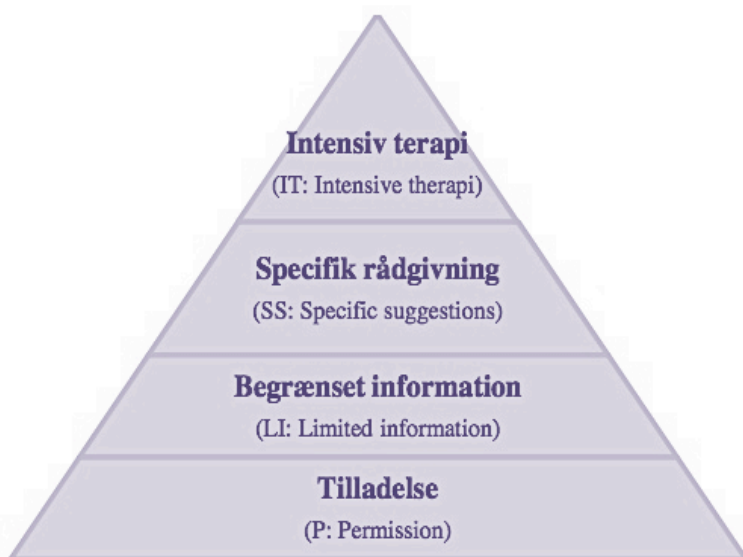
Ifølge Antonovsky er de tre komponenter uløselig forbundet. Man kan godt have en høj, stærk oplevelse af begribelighed og håndterbarhed og en lav, svag oplevelse af meningsfuldhed. Det afhænger af personens tidligere oplevelser og erfaringer. Alle tre komponenter er nødvendige for at have en oplevelse af sammenhæng, men de er ikke alle lige vigtige (ibid).

Mestringsteorien vurderes oplagt til at besvare nærværende opgaves problemformulering - idet den forsøger at flytte fokus fra risiko til ressourcer qua den sundhedsfremmende indsats sundhedsprofessionelle skal udføre. Teorien benyttes til analyse i tredje afsnit omhandlende hvorledes de sundhedsprofessionelle kan arbejde sundhedsfremmende, ved at styrke individets følelse af håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed.

5.3.1 Plissit modellen

Der findes ingen facitliste til samtalen om seksualitet. Men som hjælp til den sundhedsfaglige, er der på det teoretiske plan udviklet modeller og metoder, til rådgivning om seksuelle problemstillinger, til brug i praksis (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006). *PLISSIT-modellen* er en af disse modeller. Den er oprindeligt udviklet af den amerikanske psykoterapeut Jack Annon i 1976. Modellen er anvendt og beskrevet i en stor del af den sexologiske litteratur og betragtes som grundlaget for al sexologisk rådgivning (ibid.). Modellen er opdelt i fire trin og er illustreret med en trekant, som skal tydeliggøre, at langt de fleste seksuelle problematikker, kan klares inden for de første tre trin.

PLISSIT-modellens første trin (*Permission*), tillader og muliggør samtalen om seksualitet, hvis parret giver tilladelse til dette. Patienten har derfor mulighed for at frasige sig samtale om et emne. På næste trin kan den sundhedsprofessionelle give begrænsede informationer (*Limited Informations*) og muligvis komme med konkrete forslag til at håndtere en problematik (*Specific Sugestions*). Hvis de sexologiske problemstillinger har en vis sværhedsgrad, kan der være behov for, at henvise til specialister med henblik på intensiv terapi (*IntensiveTherapy*). Idet specialiseret sexologisk rådgivning altid er en opgave for specialuddannet personale (ibid). Modellen vil blive anvendt gennem analyse og diskussionsafsnittet. Nedenfor ses PLISSIT-modellen i figurform.



Figur 9. Plissit modellen

5.4 Præsentation af anvendte studier og øvrig gennemgående litteratur

Med henblik på at indhente relevant empiri til analyse og diskussionsafsnittet, er der søgt i databaserne PubMed, CINAHL og PsycInfo. Indledningsvist er der foretaget en systematisk søgning med brug af relevante emneord. Søgeprofilen indeholdt termene: *infertility, quality of life, sexuality, sexual disorders*. Afslutningsvis er der anvendt kædesøgning i de udvalgte søgeresultater. Desuden blev søgningen begrænset til at omfatte vestligt producerede studier, publiceret inden for de sidste 10 år. Søgehistorikken fremgår af bilag nr. 5.

Der fandtes adskillige brugbare studier ud fra de givne søgekriterier. Der er udvalgt to nyere systematiske litteraturstudier, der findes egnet til at benytte i diskussionen af den indhentede empiri. Det er vægtet højt, at der er tale om reviews af nyere dato.

” A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making?” Italiensk, af Piva I., Monte L., Graziano A og Marci R, publiceret i 2014. Studiet inddrager 53 kvalitative studier publiceret på databasen PubMed fra 2000-2013. Formålet er at analysere forholdet imellem infertilitet og seksualitet og effekten af hvorledes fertilitetsbehandling (ART) kan påvirke parrets seksuelle forhold (Piva et al. 2014). Studiet medtages i nærværende projekt, da det findes særligt anvendelig da det opsummerer 13 års forskning om emnet.

Desuden inddrages et tysk litteraturstudie ***”Sexual Disorders in Infertile Couples”***, af Wischmann T.H. fra 2010. Metodisk angives, at der er foretaget forskning i veletablerede medicinske og psykologiske databaser med keywords *infertile, infertility, and sexual dysfunction or sexual satisfaction*. Derefter blev resultater fra omhyggeligt designede studier, udvalgt af forfatteren taget i betragtning. Formålet var, at angive forholdet imellem seksuel dysfunktion og infertilitet og herefter skitsere potentielle virkninger på seksualiteten, der kan opstå i relation til diagnosticering og behandling i reproduktiv medicin (Wischmann 2010).

Til slut anvendes antologien "**Fertilitet og Sundhed**" af Schmidt L. & Pinborg A. (red), der indeholder et veldokumenteret og evidensbaseret kapitel, der bl.a. beskriver psykosociale konsekvenser af infertilitet (Schmidt og Sejbæk 2006).

6. Analyse og diskussion

I dette afsnit analyseres og diskuteres den indsamlede empiri, med udgangspunkt i de præsenterede teorier og udvalgte studier, for dermed at kunne besvare problemformuleringen.

Formålet er, at klarlægge hvordan infertile par, oplever at deres seksualitet bliver påvirket i forbindelse med IVF behandling og hvordan sundhedsprofessionelle på den baggrund, kan håndtere emnet seksualitet.

På baggrund af meningskondenseringen af de 4 interviews, er analysen opdelt i 4 temaer.

- **Sammenhængen mellem seksualitet, barnløshed og dens behandling**
Set ud fra et bio-, psyko-, socialt perspektiv
- **Anerkendelse og seksualitet**
Kommunikation som middel til anerkendelse
- **Seksualitet – som et relevant emne i relation til fertilitetsbehandling?**
Set ud fra Antonovskys teori om "oplevelse af sammenhæng"
- **Forslag til håndtering af emnet seksualitet**

Respondenterne betegnes som henholdsvis par 1, par 2, par 3, kvinde 4 (jvf. præsentation af informanterne s. 26) – efter tallene benævnes k = kvinde og m=mand. Eksempelvis (par1m). Interviewer benævnes = MM.

6.1 Sammenhængen mellem seksualitet, barnløshed og dens behandling- *Set i et bio-, psyko-, socialt perspektiv*

I det første tema analyseres og diskuteres, hvorledes infertilitet og fertilitetsbehandling kan influere på seksualiteten i en biologisk-, psykologisk- og social sammenhæng.

Udgangspunktet for analysen er – *den bio-, psyko-, sociale model*. Modellens pointe er, at den menneskelige adfærd skal forstås og håndteres som et dialektisk og dynamisk samspil, imellem de dimensioner, der udspiller sig i vores eksistens (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006). Hermed benyttes teorien som en *ramme* til at forstå den komplekse påvirkning.

Der inddrages desuden to nyere systematiske litteraturstudier (Piva et. al. 2014, Wischmann 2010) - for at synliggøre kongruens/divergens imellem allerede eksisterende forskning og nærværende interviews.

6.1.1 Det biologiske perspektiv

Seksualiteten afhænger i høj grad af kropslige fænomener, hvor påvirkning af kroppen kan medføre ændringer i seksuel adfærd (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006). Seksuelle gener kan være et resultat af terapeutiske tiltag, som led i fertilitetsbehandlingen.

Som beskrevet i baggrundsafsnittet, kan procedurer i behandlingen, forårsage bivirkninger og risici hos kvinden. Der kan nævnes specifikke symptomer som hovedpine, træthed og kvalme. Bivirkningerne til behandlingen, er ofte særligt drastiske, i den såkaldte "nedreguleringsfase", der medfører en kunstig menopause, som kan medføre humør svingninger (Schmidt og Pindborg 2012, Wischmann 2010). Desuden er hedeture, nedsat lubrikation og atrofiske slimhinder almen kendte bivirkninger (ibid).

I relation til fertilitetsbehandling viser forskning desuden, at seksuelle dysfunktioner forekommer relativt hyppigt (Piva et. al. 2014, Wischmann 2010.).

Hormoner og træthed

Samtlige respondenter påpeger, at særligt hormonstimulationen er vanskelig at håndtere og anses som en opslidende faktor. Nedenstående citat er et udtryk for netop dette:

(...) det ligger jo et kæmpe pres, også det med hormoner og alt det på et parforhold...altså jeg har i forvejen mange humørsvingninger og når jeg så får hormoner er jeg bare en djævel" (...) altså det er jo en helt anderledes mig - altså du ved jeg skiftevis tuder og griner og raser.. altså det er jo hårdt for en mand tror jeg (kvinde4).

Kvinden formulerer, at hormonstimulation er en medvirkende årsag til, at hun er igennem en svær tid, hvor hun oplever at blive "en anden", hvilket hun også tænker må være svært for hendes partner.

Træthed nævnes også som en relevant faktor i forhold til nedsat seksuelt overskud. *"Jeg synes tit vi har lagt op til hinanden, men åh så orker man det ikke alligevel, eller så har du sagt fra" (kigger på sin kæreste) "fordi du var træt og det har jeg jo accepteret" (par3m).*

Både de hormonelle påvirkninger og træthed kan påvirke det seksuelle overskud, således at samlejefrekvensen daler, og seksuel spontanitet, lyst og tilfredsstillelse får en mindre plads (Piva et al. 2014), hvilket ovenstående udsagn underbygger.

Sexologiske dysfunktioner

Ved adspørgelse om hvorvidt parrene oplever seksuelle problemer, afvises dette umiddelbart. Dog beskriver to af parrene, hvorledes lysten til sex ofte er svær at finde. På den baggrund kan der argumenteres for, at de lider af en grad af seksuelle problemer. Ved fertilitetsproblemer betyder det intense konceptionsønske ofte at spontanitet, nydelse, hengivelse og intimitet erstattes med planlægning, rutine og præstation (Iversen og Gimpel 2006). Herunder forklarer respondenteren hvordan der er risiko for at sex bliver mekanisk:

Alt det følelsesmæssige var taget fuldstændig ud af det. Det blev mekanisk i forsøget på at gøre det til noget dejligt.. tænd et stearin lys, ja det er fint men – jah.. det var bare sådan tre hug og en aflevering, men det er jo fordi det er svært at planlægge, at det skal være godt. (par1m).

(...) det bliver sådan mere mekanisk og så bliver det også sådan mindre.. øh.. det er irriterende at vi skal sige "i aften SKAL vi have sex" i stedet for at sige nu er det sådan at

jeg har LYST.. for jamen så skal man tænke på sædkvaliteten skal være i orden og bvaaa!! (par1m).

Sex har da for os begge i perioder været meget frustrerende (...). (par1m).

(Kvinden svarer) Ja 2-5 dage før vi skal over og aflevere sædprøve (opgivende) og skal vi så gøre det i aften og bla bla bla (par1k).

Således peger parret på, at de oplever periodisk manglende lyst. Flere studier viser, at nedsat lyst er en af de hyppigste sexologiske dysfunktioner hos kvinden i fertilitetsbehandling (Wischmann 2010, Smith et. al. 2015, Drodszol og Skrypulec 2008).

En dysfunktion forudsætter netop, at patienten opfatter nedsat evne til at fungere seksuelt (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012). Begrebet seksuel dysfunktion dækker over en bred vifte af problemstillinger, som kan gribe forstyrrende ind i lysten og/eller evnen til at gennemføre en seksuel aktivitet. Seksuelle gener skal have en vis varighed og sværhedsgradsamt udgøre et subjektivt problem for at kvalificere det som en egentlig dysfunktion. *Seksuelt dysfunktion* er en defekt i det seksuelle respons system og vil ofte være vedvarende. Det *seksuelle problem* er en reaktion på bestemte omstændigheder og vil være forbigående. (ibid.) Graugaard, Pedersen og Frisch (2012) pointerer dog i rapporten *Seksualitet og sundhed*, at man aldrig skal negligere seksuelle problemer, idet ethvert seksuelt problem, kan kræve sexologisk assistance.

Nyeste reviews finder, at der ses en overrepræsentation af sexologiske dysfunktioner hos infertilitetspatienter. Informanterne i dette speciale rapporterer *ikke* umiddelbart om dette. Forklaringen kan være, at spørgsmålet er stillet forkert eller det kan være vanskeligt at forstå. Derudover kan der peges på at problemer eller dysfunktioner endnu ikke er debuteret – hvorfor forebyggelse kan anses som endnu mere relevant.

Kroppen fejler

Både det at fejle noget: eksempelvis diagnosen PCO og "at fejle" i forsøget på at opnå graviditet, har en betydning for seksualiteten. Når infertiliteten er diagnosticeret og barnløsheden står på, bliver samlejet ofte associeret med en følelse af mislykkethed. På den baggrund kan der opstå en følelse af tomhed og mangel, der kan påvirke parrenes kropsbilleder negativt – i fagtermer kaldet "*body image disorder*" (Piva et al. 2014, Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Kvinden herunder reagerer med vrede, da diagnosen PCO kommer på tale.

(...) jeg var jeg faktisk til en gynækolog og HAN nævnte at det kunne være at jeg havde PCO.. øhm..jeg blev meget sur på ham og slet ikke derfor jeg var ved ham og blev egentlig lidt irriteret på den besked, som man ikke helt vidste hvad man skulle gøre med og hvad det havde af betydning osv (par1k).

Informanten fortæller, at diagnosen PCO senere blev konstateret og fertilitetsbehandling blev iværksat. Hun forklarer, at de gentagne forsøg ledsages af håb og skuffelse.

(...) altså i flere måneder.. igen og igen og igen , du ved den der trummerum, der fortsætter og så har man 20% chance (græder) og så er vi bare så uheldige (par1k).

En mulig forklaring er, at kvinden i ovenstående citat mister sin forestilling om "*det at have en rask krop, der er i stand til at få børn*", hvilket også beskrives af Schmidt og Pindborg (2012).

ART har således, på et biologiske plan, indflydelse på sexlivet - idet hormonpåvirkning, træthed med videre, kan forårsage seksuelle dysfunktioner eller blot påvirke det seksuelle overskud. (Piva et. al 2014). Nogle studier peger på en tendens til, at disse dysfunktioner kan blive permanente, hvor andre forfattere hævder, at det oftest er midlertidige (Wichmann 2010).

6.1.2 Det psykologiske perspektiv

Seksualiteten påvirkes i høj grad af vores mentale vilkår og kan således betragtes ud fra en psykologisk vinkel. Et godt seksuelt møde forudsætter at parterne er motiverede - hvilke forventninger har de og hvorledes fortolker og reagerer de på indtryk og impulser. Derfor påvirkes seksualiteten let af psykisk ustabilitet, så som stress, krise og depression (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Hvorledes man opfatter sig selv som et seksuelt og sanseligt væsen, kan påvirkes under sygdom. Dette medfører, at man kan have svært ved at forstå, hvorledes ens partner kan begære en, når man føler sig træt og slidt. En typisk reaktion vil være at fraspalte det seksuelle (ibid).

Infertilitet medfører ofte stærke følelsesmæssige reaktioner som sorg, vrede og fortvivlelse (Schmidt og Sejbæk 2012). Det er desuden et generelt fund, at kvinder rapporterer om dårligere psykisk velbefindende end mænd. Et befolkningsstudie viste, at infertile kvinder og mænd havde henholdsvis et øget niveau af angstlidelser og lavere livskvalitet, end personer der ikke var infertile (ibid).

Eksistentiel krise

Ved infertilitet kan individet blive ramt af modløshed, vrede, angst og depression, der for nogle vil kunne udvikle sig til en eksistentiel krise. Krisen kan medføre stærke følelser som vrede, sorg og fortvivlelse (Schmidt og Sejbæk 2012). Ud fra et psykologisk perspektiv, kan parret komme i tvivl om selve meningen med livet og tvivle på sit eget værd. En systematisk forskningsoversigt har vist, at par i fertilitetsbehandling har ændret livskvalitet (Schmidt et. al 2015). Tanker om at miste muligheden for at skifte generation eller gøre/se sin partner blive forældre, kan tilmed forårsage en eksistentiel krise (Nielsen et. al. 2016).

En kvindelig informant vurderer retrospektivt, at hun i en periode har været meget psykisk påvirket:

Jeg synes da, hvis jeg skal tænke tilbage, så har jeg været på depressionens rand eller på randen af krise i november og december (par1k).

En mand forklarer således om sin kones adfærd:

(...) men det er bare det der med, at det IKKE er typisk dig at være sådan ... fordi du er det mest dejlige menneske.. og så pludselig blive så egoistisk i noget ik? Det er også hårdt for dig at være i, tror jeg (kigger på sin kone) pludselig rent faktisk ikke, at have lyst til at være glad, på en andens vegne, når du nu er som du er som person (par1m).

Manden har observeret at hans kone reagerer atypisk i forhold til tidligere, hvor infertiliteten får hende til at tænke egoistisk og irrationelt.

Kvinden forklarer også, hvorledes hun let påvirkes af folks kommentarer:

Når man er så påvirket af de her ting som man jo er , så skal der ikke siges ret meget forkert (grådkvalt) før at man bliver.. "har lyst til at slå folk ihjel agtigt" og det er alt sammen ting, der bliver sagt i en god mening men (par1k).

Ovennævnte kvinde oplever en vrede og desperation, forårsaget af det altomfavnende ønske – at det lykkes at få et barn.

Infertilitets stress

I litteraturen betegnes både infertilitet og fertilitetsbehandling som kroniske stressorer, der har indflydelse på flere planer. Læge og forsker Lone Schmidt, inddeler infertilitetsstress i tre domæner: *personal distress*, *marital distress* og *social distress* (Schmidt og Sejbæk 2012).

Fra undersøgelser ved man, at stress niveauet er særlig højt i perioden med æg udtagning og når der afventes svar på graviditetstest. Et studie viser, at henover behandlingsforløbet, var der blandt kvinder, et forhøjet niveau af angst og depressive symptomer, når behandlingen ikke førte graviditet med sig – symptomer der ikke forsvandt, selv flere måneder efter behandlingsophør (ibid.). Undersøgelser viser ligeledes, at et højt stress niveau har betydning for de hormoner, der har indflydelse på ovulation og dermed sandsynligheden for konception (Schmidt og Pindborg 2012). På den baggrund har man forskningsmæssigt længe været interesseret i at afsøge, om et højt stress niveau, er relateret til konceptionschance. Da studierne kun viser små statiske sammenhænge imellem emotionel belastning og konceptionschance, efterspørges flere store prospektive studier, der undersøger mulige sammenhænge (Schmidt og Sejbæk 2012). På den bag-

grund konkluderer rapporten *Forebyggelse af nedsat frugtbarhed* (Nielsen et. al. 2016), at "Stress og dårligt psykisk velbefindende blandt kvinder/par i fertilitetsbehandling nedsætter ikke sandsynligheden for at få et barn – undgå derfor denne bekymring" (Ibid. s. 18) Det kan virke relevant ikke at pådrage parrene yderligere skyld eller ansvar for deres infertilitet, ved at inddrage emnet stress.

Når behandlingen ikke lykkes, i hverken første eller andet forsøg, vil parrene opleve skiftende følelser, som håb og skuffelse, hvilket kan opleves som meget stressende. Respondenten herunder forklarer, hvordan det er at skulle tage en graviditetstest:

(...) og så det der med at man sætte sig op til det .. nu om 14 dage skal man have taget den her test (græder) graviditets test... puha og så kommer man til dagen og så er den bare negativ, for det har den også bare været alle de andre gange (par1k).

Intimitet

Intimiteten kan for nogen føles truet. Hvor sex tidligere var en aktivitet imellem to individer, er der nu en risiko for, at parrene føler, at de sundhedsprofessionelle på symbolsk vis, er deltagere i samlejet (Wischmann 2010).

Jeg tror egentlig, at vi i lang tid har haft et ønske om at have mere sex end vi havde haft, men det er da kun blevet forværret efter det her - sådan forstået, på den måde at, under det første forløb, der var det jo " nu skal i gå hjem og have sex ik? Øøhhm, det var da forfærdeligt, jeg kan huske der var to af gangene, hvor du var små-syg (kigger på sin mand (griner)) ja og så stod du bare sådan der og kiggede på mig " det mener du bare ikke det der" og jeg sagde " det er sgu da ikke mig der siger det (par 1k).

Hermed argumenterer kvinden for, at det ikke primært er hendes initiativ til samleje, men at det er lægen fra fertilitetsklinikken, der på sin vis har ordineret samlejet. Derfor kan det synes svært for parrene at slippe tanken om pligt og hengive sig til nydelse.

(Suk) Altså når det skal være planlagt, som vi har fortalt, så kan det være svært at motivere sig selv synes jeg, øhm for som sagt, så bliver det lidt mekanisk og så plus, at det ikke er af lyst men af forpligtigelse.. øh det lyder også forkert, men det synes jeg da at vi har haft det sådan lidt der (par1m).

Som den mandlige part fortæller, så kan det spontane samleje virke berøvet på baggrund af rigide restriktioner, om at præstere samleje på fertile dage, med det eneste formål – at lave et barn – I litteraturen benævnes det ”planlagt samleje” (Wischmann 2010). Risikoen kan være, at parrene efter adskillige mislykkede forsøg, undgår at have sex - nogle endda gennem ovulationsfasen, for at beskytte sig selv imod vrede, skyld og frustration (Piva et. al. 2014). I et tysk internet survey svarer 53% af respondenterne, at de mener at fertilitetsbehandling er inkompatibelt med et tilfredsstillende sexliv (ibid).

Der rapporteres om kvinder der periodisk undlader kropskontakt, for ikke at opfordre til sex - til stor frustration for den mandlige part (ibid). Når individer rammes af, hvad man kan diagnosticere som seksuelle dysfunktioner, er det ofte ledsaget af kommunikations og intimitets tab. En situation der kan være vanskeligt at håndtere (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006). Flere forfattere påpeger, at kvinderne oplever mindre seksuel nydelse end partneren, de længes derimod efter en symbiose med partneren og efterspørger i stigende grad en ikke genital ømhed (Piva et. al. 2014).

I interviewet svare parrene, at de oplever intimitet som et væsentligt aspekt i deres forhold. De oplever selv, at være gode til at være kropsligt intime, herunder at holde i hånd og ligge tæt.

Det fysiske er vi gode til, med berøring og ligge tæt, falder i søvn i dine armhuler og sådan nogle ting, det mangler jeg ikke, jeg mangler den der kontakt hvor vi sidder og kigger hinanden i øjnene. Men i forhold til intimitet i berøring og sådan noget, så synes jeg, det har vi rigeligt af - det er det der, nærvær - nu lukker vi alt andet ude og har kun fokus på dig og mig, den del kan jeg godt savne (par1k).

Kvinden funderer over, at intimitet for hende *også* omfatter, i hvor stor udstrækning man er nærværende i hinandens selskab. Flere forfattere kommer frem til, at kvinder ofte oplever mindre seksuel nydelse end deres partner, når infertilitet står på. De længes derimod efter en øget intimitet (Piva et al. 2014). Hvordan intimitet forstås, må betragtes som individuelt fortolket, for manden svarer:

Det synes jeg ikke! For mig er det ikke intimitet, for mig er det de andre ting med at give et kys og det er vi gode til, det er det jeg mener når jeg siger intimitet og ikke andet (par1m).

Parret her, er begge enige om at intimitet er vigtigt, men har forskellige opfattelser af ordets betydning. Parrene adspørges om de oplever intimitet som en vigtig faktor og en kvinde forklarer således:

Ja HELT sikkert, jeg ville hade hvis vi sad i hver sin ende af sofaen og ikke rørte ved hinanden og sådan noget (par1k).

Uhm..og vi holder altid i hånd når vi er ude at gå og det er helt mærkeligt ikke at gøre det (par1m).

Ja ja, det synes jeg vi er gode til (par1k).

Det er en gængs sexologisk erfaring, at den gode seksuelle oplevelse er langt mere end fysisk tilfredsstillelse, fordi følelser, kærtegn og intimitet, kan være ligeså væsentlige faktorer, for en god seksuel oplevelse (Graugaard 2012). Dette stemmer godt overens med informanternes udsagn om, at intimitet er vigtigt for dem. Ifølge Jesper Bay Hansen⁴ (Bay Hansen 2014) der er læge og klinisk sexolog, er der flere ting, man kan dyrke, hvis man har mistet lysten til sex, men gerne vil finde tilbage til en tilværelse med velvære og trivsel. Nogle helt grundlæggende ingredienser er

⁴ Jesper Bay-Hansen er uddannet cand.med. Han er derudover specialist i klinisk sexologi fra Sexologisk klinik, Rigshospitalet, og efterfølgende ESSM-certificeret ved Multidisciplinary Joint Committee on Sexual Medicine (Bay Hansen 2014)

netop *nærhed, opmærksomhed og intimitet*. Parret må derfor gøre en indsats for at genoprette forholdet mellem positive og negative følelser, med udgangspunkt i flere glædes- og lystfyldte oplevelser. Man skal give masser af kys, kram og være opmærksom på hinanden - uden at det automatisk fører til sex. Parret skal genfinde tosamhedsfølelsen og dyrke de positive følelser i forholdet igen. Man skal med andre ord finde glæden frem og dyrke glæden sammen (Kyhn 2012).

Motiver til sex

Et nyere review finder, at infertile ofte oplever at frekvensen af seksuelt samvær daler samtidig med at kvaliteten forringes. Der er ligeledes en risiko for, at seksualiteten mister sin rekreative og erotiske værdi, der bliver underordnet i forhold til opnåelsen af en graviditet (Piva et. al. 2014).

Det seksuelle livs motiver kan være mangfoldige og i engelsk sprog litteratur, kan man støde på seksualitetens seks R'er:

- *Reproduktion (sex som forplantningsakt)*
- *Relation (sex som forhold imellem mennesker)*
- *Respekt (sex som indblik i egne og andres grænser)*
- *Rehabilitering (sex som håndtering af samlivsmæssige konflikter)*
- *Rekreation (sex som nydelse, glæde og leg)*
- *Relaksation (sex som fysisk og psykisk afspænding)* (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006)

Kun at have sex med forplantning for øje, kan forårsage væsentlig følelsesmæssig stress og kan true parrets seksuelle balance (Piva et al. 2014). En informant i forrige afsnit forklarer "at det ikke er af lyst, men af forpligtigelse" han tilgår sex. Man kan sige, at intimitetens rum skifter fra et erotiske møde, til at det primære motiv er reproduktion. Det er således et dilemma for fertilitetspatienterne, hvis de kun fastlåses i ét motiv. Litteraturen viser, at seksualiteten *også* kan være en kilde til glæde og livsmod og være en "lynafløder" i forhold til parforholdsmæssige konflikter, hvor frustration og vrede er ophobet (Graugaard 2012). Analysen viser netop, at parforholdet og intimiteten kan være truet i forbindelse med IVF behandling. Den sensuelle fornøjelse udfordres, og seksualiteten har andre vilkår under et fertilitetsbehandlingsforløb. I den forbindelse må det

findes relevant, at denne problematik italesættes. Bay-Hansen mener, at det vigtigste er at tale om det og sætte ord på de følelser, der er forbundet med problemet (Kyhn 2012.)

Et bevilget "overgreb"

Sex er en akt, der fra naturens side er knyttet til lyst, begær og nydelse imellem to mennesker. En akt, der nu er erstattet af et klinisk rum (Clausen 2013). De metoder der benyttes til diagnose og behandling af infertilitet, har ofte en forstyrrende påvirkning på seksualiteten. Kvinden giver samtykke til at blive berørt og påført smerte, på de mest erogene og følsomme steder på kroppen. (ibid).

Samtidig gives en tilladelse til at fjerne det mest dyrebare - det som er kimen til nyt liv - æggene. Samtidig italesættes en biomedicinsk kvalitetsvurdering "der er gode/dårlige/for mange/for få æg - dine hormoner/æggestokke er...". Dette foregår i et sterilt undersøgelseslokale, med en læge og/eller en sygeplejerske, muligvis en studerende og partneren, der alle kigger og lytter. Dermed kan fertilitetsbehandlingen være en oplevelse fyldt med skam, skyld, sorg og ydmygelse (ibid).

Indgrebet kan for nogen være så voldsomt, at det tangerer til et overgreb, som kvinden selv har bevilget og det kan findes svært at generobre egen krop og samliv efterfølgende (ibid).

Kvinden her kommenterer på det sterile undersøgelsesrum.

Altså, der er ikke noget herude, altså behandlingen, der på nogen måde, hvad hedder det, ØGER lysten til intimitet eller sex.! (kvinde4).

En mand giver et eksempel på, at informationen om æg udtagning har været frustrerende. Forventningsafstemning og information ses herunder, at have en betydning for tilliden, til behandleren:

Man kan blive frustreret, når de siger, at nu skal i igang med denne her behandling og det betyder... og så kan de sige to forskellige ting, måske er det rigtigt og måske er det ikke og (kvinden) suger rigtig mange af de detaljer ind... " det her kommer til at gøre meget ondt" og så ved (kvinden), at det kommer til at gøre MEGET ondt og så en anden

siger, at det kan mærkes som et lille jag, vi er hurtigt ude i nogle yderpunkter og det synes jeg er træls (par1m).

(Kvinden svarer)(...) og konsekvensen af det er der bliver lidt en mistillid (par1k).

De sundhedsprofessionelle bør være opmærksomme på, at for kvinden er det en unaturlig situation, hvor der er både psykisk og fysisk smerte forbundet med en gynækologisk undersøgelse, som led i fertilitetsbehandlingen (Clausen 2013).

Hvis årsagen til infertilitet tilmed ligger hos kvinden, kan det bidrage til yderligere skyld, skam og selvbekendelser, der efterfølgende kan influere på både lyst og evne til at indgå i en social og intim kontakt (Wischmann 2010).

6.1.3 Det sociale perspektiv

Seksualiteten udspiller sig mellem menneskeligt på baggrund af forestillinger og værdier skabt i samfundet – og kan altså betragtes som et socialt fænomen. Det sociale niveau, involverer eks. parforhold, arbejdsliv og øvrige netværk, som familie og venner (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Parforhold

Infertilitet kan medføre et forringet selvværd og forringet kønsidentitet og mange infertile par vil opleve, at deres parforhold kan være truet. Et særligt kendetegn ved diagnosen infertilitet er, at det er en reproduktiv sygdom, der ofte udspiller sig i et parforhold - i modsætning til ikke reproduktive sygdomme, der udspiller sig i forhold til et individ (Schmidt og Sejbæk 2012). Når man oplever infertilitet, er der risiko for, at den seksuelle akt sidestilles med en seksuel fiasko. Således er der en øget risiko for konflikt og der kan opstå en ond cirkel. Et seksuelt problem kan medføre et intimitetsproblem, med bekendelser og anklager. Den pardynamiske konsekvens af en seksuel dysfunktion er ofte et tab af nærhed, der kan medføre intimitetsproblemer (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Parret her, giver udtryk for at have et stærkt parforhold, med gode evner til at kommunikere og reflektere, men alligevel kan en påvirkning ikke undgås:

(...) øhhh....fordi, at JO det slider, på vores parforhold - altså ikke fordi det går dårligt, men lunten er bare kortere, altså vi er ved at være frustrerede over nogle ting og vi ved godt begge, at vi begge to godt VIL noget, med det her, og at det så kommer til at handle om opvasken eller toiletbrættet, - men det ligger bare sådan hele tiden lige under overfladen, at der er noget vi er frustrerede over og gerne vil og så kommer det ud, i sådan nogle dumme ting, men igen, jeg synes vi er pisse gode til at snakke (par1m).

Selvom infertiliteten kan være psykisk belastende for parforholdet, oplever omkring en fjerdedel, at parforholdet bliver styrket og parterne kommer nærmere hinanden under fertilitetsbehandlingen, idet de tvinges til at tale om eksistentielle livsvilkår. (Piva et. al. 2014, Schmidt og Sejbæk 2012). Dette er også tilfældet i nedenstående kommentar:

Altså jeg vil sige, at jeg har lært utrolig meget om dig (kigger på sin mand) utrolig meget om mig selv, men også utrolig meget om dig også. I starten der ... den første gang hvor vi blev afvist til behandling der.. altså fordi at der var for mange.. der var overbooket, hvor jeg blev VIRKELIG ked af det, hvor at du ringer og skælder dem ud.. jeg havde ikke tænkt.. altså det er også der, hvor man ser noget nyt og hvor jeg følte mig VIRKELIG støttet... altså vi står sammen om det her (par1k).

Kvinden her udtrykker, at hun føler sig støttet af hendes partner – hun har opdaget nye sider ved ham og hun føler sig tryk og beskyttet. Det kan have været en afgørende oplevelse for hendes tro på parforholdet og ”projektet” – og kan tolkes som positivt, set i sexologisk sammenhæng.

Social stigmatisering

Det kan være en udfordrende opgave for infertile par, at navigere i det sociale liv, hvor f.eks. venskaber kan komme på prøve. Nogle oplever, at de ikke bliver inkluderet i sociale sammenhænge, i en misforstået hensyntagen og måske ikke blive inviteret til venners børns fødselsdage. Omvendt

fravælger mange f.eks. at tage på barselsbesøg, for at beskytte sig selv. Et par herunder forklarer det således:

Det påvirker jo generelt enormt meget privatlivet (par1k).

(...) nu har vi her om 3 uger en fødselsdag hos (kvindens) fætter som, øh hvis kone lige har fået en lille en og det er jo en fødselsdag hvor man vil fokusere på det her lille barn ... det kan vi ikke.... det kan vi ikke.....(trist, opgivende) (par1m).

Parret her har truffet en beslutning om, at beskytte sig selv ved at undgå at deltage i en familie komsammen, hvor de frygter deres egen reaktion, når fokus vil være på den glædelige begivenhed – fødslen af et lille nyt barn. Deres strategi er, at besøge familien en anden dag.

Kvinden her formulerer sine tanker om fødselsdagen og sine følelser således:

(...) jeg vil ikke kunne holde ud at se min MOR (græder) pusse nusse med en anden... DET kan jeg ikke" (Par1k). Nej (forstående)(par1m). Så der har vi meldt fra (par1k).

Tanker om at miste muligheden for at skifte generation og gøre sine egne forældre til bedsteforældre, kan også være medvirkende til at forårsage en eksistentiel krise (Schmidt og Sejbæk 2012). Også erfaringer med at søskende og venner der får børn, betyder nye samværsformer med andre mennesker, der pludselig bliver småbørnsfamilier (ibid).

(...) og så har jeg nogle gravide veninder, dem ser jeg så bare ikke så meget ..og dem der måske er ved at planlægge det, dem er mine tanker også hele tiden på i forhold til, det der (par1k).

Venner og familie kan reagere akavede på infertiliteten og parret vil måske føle sig som en fallit-erklæring. Infertilitet kan således influere langt ud over parrets sfære, men har betydning i forhold til familie, venner og øvrig netværk (ibid).

I forhold til, hvordan man er nødt til at delagtiggøre arbejdsgiver og hvordan det kan influere i kollegial sammenhæng, forklarer en kvinde her:

Jeg har et arbejde, der er total skemalagt i løbet af dagen og så er det ret frustrerende, det der med, at man to dage før (græder) får at vide at nu skal man være i Odense (fertiliteitsklinikken) om to dage og for os, der tager det jo fire timer. Ik?(par1k).

(Grædende) (...) alt det logistik. Fuck det er stressende. Det er ikke fordi min arbejdsgiver ikke ved at vi er i gang, så det er ikke fordi jeg ikke får støtte, men mine kollegaer gør det ikke. Jeg har samarbejdspartnere på en skole og skal deltage i møder og så ringer jeg og siger, at jeg ikke kan komme. ("suk" for at imitere de andre) "nu igen!" (par1k).

Forskning viser ligeledes, at manglende social støtte, kan forårsage depressive symptomer (Schmidt og Sejbæk 2012).

Delkonklusion

Gennem ovenstående analyse belyses det, hvorledes fertilitetsbehandlingen kan have konsekvenser på seksualiteten - på mange planer. Specielt kan bivirkninger til behandlingen, som f.eks. hormonstimulation og træthed, influerer negativt på det seksuelle overskud. Psykologisk set viser litteraturen, at infertile er i risiko for at udvikle depression, stress og endda opleve eksistentiel krise. Informanterne svarer, at de føler sig stressede og periodisk depressive og i krise. Studier viser, at parforholdet ofte udfordres. Nærværende informanter rapporterer dog, at de også oplever et særligt sammenhold.

Desuden kan procedurer i behandlingen, for nogle være en stressende og smertefuld oplevelse, der i værste fald kan føles som et bevilget overgreb og kvinden kan opleve skyld og skam.

Informanterne oplever at der socialt set sker der en eksklusion fra fællesskaber, hvor det er svært at se gravide veninder og gentagen inddragelse af arbejdspladsen kan være ydmygende.

Således indgår de oplevede problemstillinger i et komplekst samspil, med mange berøringsflader. På den baggrund kan man konkludere at infertilitet og dens behandling udgør en væsentlig risikofaktor for seksualiteten.

6.1.4 Anerkendelse og seksualitet

I analysens andet tema inddrages Honneths teori omkring begrebet *anerkendelse*. Honneth pointerer, at *anerkendelsens moralske grundsten* er, at vi fødes som mennesker med universelle rettigheder og pligter (Jerlang 2009). Anerkendelse er ifølge Honneth, en af de væsentligste betingelser for et individs identitet og selvrealisering.

Teorien bygger på, at anerkendelse sker gennem tre sfærer: *Den private sfære, den solidariske sfære og den retslige sfære*.

Teorien benyttes primært til at analysere og diskutere hvorledes parrene oplever kommunikation om seksualitet, eller mangel på samme, under fertilitetsforløbet. I den kontekst ønskes det belyst, hvorledes det påvirker individer, når de *ikke* får mulighed for at tale om et, for dem, relevant emne.

Anerkendelse i den private sfære

-i relation til parforhold og venskaber

I den private sfære sker anerkendelsen i relationel til mennesker man har et særlig stærkt bånd til. Det kan være partneren, nære venner og/eller familiemedlemmer. Hvis man opnår en anerkendelse fra de personer, vil individet få styrket sin *selvtillid*, hvilket er grundlaget for, at kunne udtrykke sine behov og føle sig fri (Jerlang 2009).

Som det fremkom i ovenstående afsnit "det bio-psyko-sociale perspektiv", kan fertilitetspatienterne opleve forstyrrelser i parforholds-, familie og venne relationer. Således kan der argumenteres for, at når parret oplever at parforholdet udfordres, eksempelvis med intimitetsforstyrrelser eller venskaber der sættes på pause, vil individets fundament blive påvirket. Det vil sige, at individet vil være i risiko for, at opleve en manglende anerkendelse i den private sfære.

Honneth skriver, at hvis individet ikke mødes med kærlighed, men bliver skadet, eksempelvis psykisk, kan det få svært ved at blive en del af det sociale liv (ibid).

Anerkendelse i den solidariske sfære

-i relation til fællesskaber

I den solidariske sfære kan anerkendelsen omhandle arbejdsmæssige eller kulturelle fællesskaber (Jerlang 2009). I relation til analysen i afsnittet om det bio-, psyko-, sociale perspektiv, kan der argumenteres for, at infertile ikke inddrages, eller ønsker at blive inddraget, i fællesskaber med dem der har børn. De står på sidelinjen til sociale arrangementer, som f.eks. mødre grupper, børnehaver osv. Oplevelsen af manglende social værdsættelse, kan medføre en manglende følelsesmæssig tillid. Således oplever infertile en risiko for, at blive stigmatiseret og dermed ikke anerkendt som fulgyldige medlemmer af fællesskaber (ibid).

Det psykiske fundament kan forud for parrets møde med den sundhedsprofessionelle, i høj grad være påvirket gennem infertiliteten og bør derfor tages i betragtning af denne.

Anerkendelse i den retslige sfære

-i relation til sundhedsprofessionelle

I den retslige sfære skabes grundlaget for individets selvrespekt. Det betyder, at der er et behov for at føle sig som et individ, med samme samfundsmæssige rettigheder som alle andre (Jerlang 2009). Det er vigtigt at påpege, at der i nærværende speciale er tale om "rettigheder" i mindre skala, end beskrevet i Honneths teori - men emnet findes fortsat relevant.

Honneth påpeger, at hvis individets rettigheder diskrimineres eller ignoreres, udvikles der ikke selvrespekt (ibid). Den retslige sfære kommer i spil, når man taler om sundhedspersonalets evne til at anerkende. I relationen mellem sundhedsprofessionel og fertilitetspatienten vil der netop ikke være tale om en følelsespræget relation. I denne forbindelse anvendes teorien til at argumentere for, at anerkendelse kan ske igennem kommunikation, f.eks. når det kommer til rådgivning om seksualitet under fertilitetsbehandling.

Kommunikation som middel til anerkendelse

Ud fra interviewguiden blev informanterne spurgt ind til deres erfaringer i forhold til italesættelse af seksualitet, f.eks. med egen læge, gynækolog eller sundhedsprofessionelle i fertilitetsklinikken.

Parrene svarede entydigt, at emnet seksualitet *aldrig* havde været nævnt. En mand reflekterer over spørgsmålet:

Det ville da være et naturligt sted og begynde ja, men det er der ikke nogen der har. Altså det eneste er, at vi sådan har fået lidt guidning i det med ægløsninger og så skulle vi så fokusere på.... -så nej, det kunne måske have været meget rart (par2m).

Informanten i ovenstående citat reflekterer over udeblivelsen af det seksuelle aspekt. Informanten får ikke mulighed for at italesætte hans infertilitet i en sexologisk kontekst – ergo anerkendes han ikke for, at dette aspekt er relevant. Han udtrykker selv, at det ville have et helt ”naturligt sted” for ham at starte.

Den restlige sfære omfatter, i hvor høj grad individets identitet bliver socialt accepteret (Jerlang 2009). Informantens identitet er på nuværende tidspunkt, at han ikke er i stand til at reproducere sig selv. Han er derfor i risiko for at føle sig socialt anderledes. Ved den manglende italesættelse, får informanten derfor ikke mulighed for at føle sig socialt accepteret.

Honnet konkluderer, at den samfundsmæssige respekt, er oprindelsen til at man kan respektere sig selv, fordi man forstår, at man er en person, der fortjener respekt (Ibid.). Informanten udtrykker, at det ville være respektfuldt og ”rart”, hvis nogen havde spurgt til det seksuelle.

Som nævnt i baggrundsafsnittet rapporterer en nyere befolkningsundersøgelse, at 9 ud af 10 danskere anser at et velfungerende sexliv som vigtig, meget vigtigt ellers særdeles vigtigt. Således udgør seksualitet et centralt aspekt af vores liv (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012) og det gælder formentlig også denne informant.

I forhold til rettigheder citerer Honnet den amerikanske filosof, Joel Feinberg:

”At have rettigheder sætter os i stand til at ”ranke os som menneske”, at kunne se andre i øjnene og på en fundamental måde føle os på lige fod med andre” (Jerlang 2009, s. 229).

Individer kan skades, såfremt deres rettigheder diskrimineres ellers ignoreres – som konsekvens udvikles ikke selvrespekt. Hvis en underprivilegering skal udholdes, vil det kunne medføre en social skamfølelse (Jerlang 2009). Når emnet seksualitet underprioriteres, kan det betragtes som

en form for ignorance. Den infertile har muligvis en risiko for ikke at føle sig "på lige fod med andre".

Seksuel rettighed:

Som anført i baggrundafsnittet, bekendtgør WHO:

" (...) For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes" (Graugaard, Pedersen og Frisch s.19).

WHO skriver, at individets seksuelle rettigheder skal *respekteres, beskyttes og opfyldes* - dette må de sundhedsprofessionelle i fertilitetsklinikken være med til at understøtte, i et sundhedsfremmende perspektiv.

Tabu

I klinisk praksis sker det ofte, at behandleren, f.eks. egen læge eller personalet i fertilitetsklinikken, forbigår emnet seksualitet, af hensyn til patienten og muligvis sin egen blufærdighed. Dette kan afføde, at patienten opfatter/tolker denne tavshed, som en nedtoning af seksualiteten, som et relevant emne –dette kaldes et *tovejstabu* (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

I forhold til Honnets teori kan man udlede, at denne forbigåelse af emnet, kan resultere i at behandleren ikke anerkender patienten. Det er vigtigt, at man tør spørge ind til ikke somatiske aspekter af patienternes liv og spørge ind til parforhold og seksualitet i relation til infertilitet.

I litteraturen redegøres der for årsager til at behandlere undgår at tale om seksualitet:

- *frygt for at krænke patientens blufærdighed*
- *frygt for at krænke egen blufærdighed*
- *travlhed*
- *følelse af at mangle viden og kundskab ift. emnet*
- *finder emnet uinteressant eller irrelevant*
- *frygt for at overskride egen faglige kompetencer* (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006)

Årsagerne til at undlade at tale om emnet, kan have deres berettigelse, men det er vigtigt at notere sig, at meget lidt kan have en afgørende forskel for den behandlede (ibid). En forbigåelse af

emnet kan meget nemt afføde en manglende anerkendelse, hvor blot en legalisering til at tale om emnet, kan betyde en anerkendelse af et givent problem.

Da informanterne til dette speciale skulle findes, var det som udgangspunkt svært at få etableret kontakt. Årsagerne kan være mange, f.eks. patienternes manglende tid, travlhed i klinikken og at finde respondenter, der matchede ønskede inklusionskriterier. Det interessante var dog, at der blev fornemmet en vis tøven fra personalets side. En tøven, der med afsæt i litteraturen kan forklares med, at den sundhedsprofessionelle eventuelt har deres egen blufærdighed eller har en tanke om, at de ikke ønsker at krænke parrets blufærdighed eller belaste dem yderligere i behandlingsforløbet.

Omvendt kunne det ses, at der hos det enkelte par også var en skepsis i forhold til at indgå i et interview om et privat emne. Der blev fornemmet at "noget var på spil", når den ene part tøvede med deltagelse. Ofte blev resultatet et afslag om interview.

Afdelingssygeplejersken på OUH, videregiver, at en kvinde havde udtalt:

Jeg ønsker egentlig oprigtigt at deltage og fortælle om hvordan mit sexliv bliver påvirket, men jeg har på ingen måder overskud -der er SÅ meget. Beklager (anonym).

Således er det tydeligt, at de infertile par er i en sårbar situation og kan have manglende overskud til at tale om et sårbart emne.

Respekt for individets grænser

Patientens grænser skal naturligvis altid respekteres og hvis der udtrykkes en verbal eller non-verbal modvilje, skal behandleren aldrig presse på (Graugaard, Møhl B og Hertoft 2006). Hvis man fra starten introducerer emnet seksualitet, sender man et signal om, at emnet er væsentligt og opfordrer samtidig til, at patienten kan henvende sig, hvis der opstår et behov (ibid). Således kan man argumentere for, at teten *altid* ligger hos den sundhedsprofessionelle.

Kvinden herunder bliver spurgt, om hun føler et behov for at seksualitet italesættes, under hendes behandlingsforløb:

Jeg synes det er et enormt svært spørgsmål, for jeg kan ikke lade være med at tænke på, at nogen gange har jeg følelsen af, at i vores samfund er der alt for meget fokus på at man skal have sex for at have det godt og jeg kan godt føle, at jeg kan blive irriteret over at andre ligesom skal diktere, hvor meget sex man skal have for at have det godt (par1k).

Kvinden udtrykker, at hun føler et samfundsmæssigt pres og hun ikke bryder sig om, at andre skal blande sig i hendes sexliv.

En anden respondent udtrykker, at italesættelse af seksualitet skal gøres nænsomt, med en empati og indføling.

Altså jeg tænker, at man også skal passe på, med det emne der. Det kan være et ømt punkt for mange mennesker, så der tror jeg, at det skal være en god en (behandler).

Man skal lige sætte en finger i jorden- altså er det noget, der skal tilbydes her. Man kan også komme helt galt af sted.. nogen vil nok synes, at det fungerer fint (par3m).

Manden tydeliggør at sexlivet kan være et ømt emne for mange. Det er derfor vigtigt at den sundhedsprofessionelle er opmærksom på ikke at overskride parrets intimitet sfære.

Det første trin i tidligere omtalte PLISSIT-modellen er *Permission*, der kan åbne op for tilladelse og muliggøre samtalen om seksualitet, men *kun* hvis parret giver tilladelse til dette (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006). Patienten har derfor også mulighed for at frasige sig samtale om et bestemt emne.

En anerkendende samtale kan være - "helende"

I forbindelse med afrundingen af et interview, reflekterer denne informant over, hvilken positiv forskel interviewet havde gjort.

(...) ja men det er jo ikke kun det (seksualiteten), men også hvad vi rent følelsesmæssigt kan forvente at komme ud for det næste halve/hele år. Det er jo ikke fordi det skal tage to timer.. men bare den time vi nu har brugt – selvom du ikke kommer med råd og vejledning - , men bare det, at der er blevet italesat nogle ting, så er man allerede et skridt videre ik (par1m).

Informanten giver udtryk for, at blot det, at han har fået mulighed for at tale om den påvirkning fertilitetsbehandlingen har haft på hans seksualitet, har resulteret i, at han føler sig "et skridt videre". Han har følt sig set og lyttet til. Paradoksalt nok, var hans udgangspunkt en vis skepsis for emnet – men man kan sige, at han giver udtryk for at *føle sig anerkendt*.

Rapporten Seksuel Sundhed ,fra Vidensråd for forebyggelse (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012) kommer med følgende anbefaling " *sundhedsprofessionelle bør anerkende seksualitet som en vigtig sundhedsparameter og rutinemæssigt drage omsorg for relevante seksuelle aspekter i det kliniske arbejde*". Således fremfører denne anbefaling ligeledes argumentation om at seksualitet skal anerkendes som et relevant emne.

Anerkendelse af individuelle behov

Et par forklarer, at lige meget hvor godt de føler sig mødt af de sundhedsprofessionelle, så har de en følelse af, at behandlingen ofte føles lidt "mekanisk". (...)altså de bliver lidt mekaniske fordi de *gør nøjagtig det samme hver dag..... (par1m)*.

Informanterne italesætter ligeledes et behov for, at der bliver taget hensyn til individuelle behov, i deres behandlingsforløb.

Kvinden herunder forklarer meget konkret hvordan hun oplevede, at et ønske ikke blev imødekommet:

Et helt konkret eksempel var, at en af de første gange jeg var herovre og skal insemineres og jeg ligger på briksen der bagefter .. jeg vil HELT vildt gerne bare lige have lov at ligge 5 min, fordi at jeg har en ide om at så ryger det HELE da ikke ud .. for det ved jeg jo at det gør, for det kan jeg jo se i mine trusser ik (ked) øhm.. og så spørger jeg om det er okay og så er de sådan lidt ... aahh, øøhhh, "alt forskning viser, at det ikke har nogen effekt" og sådan -fint nok - men så kommer der en sygeplejerske hen til mig og så tager hun min hånd og så siger hun (hvisker) " Der skal jo bare én sædcelle til".

(Græder) Jeg var ved at slå hende ihjel, det har vi prøvet i 1 ½ år og jeg er godt klar over, at der kun skal én til.. det skal hun bare ikke komme og fortælle mig. - de skal ba-

re være klar over, at det sådan nogle små bitte sætninger, der kan gøre en verden til forskel (par1k).

En imødekommelse af ønsket havde været en anerkendelse.

Egne erfaringer

Når emnet seksualitet forbigås, resulterer det i, at patienterne må gøre sig deres egne erfaringer.

" jeg tror det ville have været rart, at der var blevet talt om hvad der kan komme til at ske i jeres parforhold gennem behandlingen. Det vil slide på jeres parforhold, i skal køre meget frem og tilbage , i skal have en arbejdsplads, der er med på det her ... altså sådan nogle ting...

Der er jo noget, vi har lært hen af vejen af os selv ik. Det kunne jo være at der var nogle ting der var blevet nemmere...." (par1m).

Manden beskriver, at de har måttet gøre sig egen erfaringer i forhold til de psyko/sociale udfordringer de har mødt under behandlingen – det kan tænkes, at det samme gælder når det kommer til de seksuelle udfordringer.

Manden her har forsøgt at finde information på internettet:

Jeg har søgt meget på nettet- men jeg ville gerne -de her store spørgsmål (...)(par2m).

Manden har fundet lidt informationer om seksualitet og fertilitetsbehandling på internettet, men føler ikke at det har givet nok svar, da han betragter seksualitet som et større og dybere emne.

Parret herunder forklarer, at de i starten af forløbet var famlende på grund af manglende information og er bedre "klædt på" efter at have gjort sig egne erfaringer.

Vi har været gode til at snakke om det her før tre forløb, for jamen de første to gange der tog vi den bare sådan på føleren, men så blev v enige om, at før den her hormonkur, så skulle jeg give hende lidt længere snor – altså snakke lidt mere blidt til hende, sådan "have fløjlshandskerne på (par2m).

Delkonklusion

I relation til teorien om anerkendelse, er der risiko for, at infertile patienter lider under manglende anerkendelse på flere niveauer. De er i risiko for at miste anerkendelse i deres fundament, som udgøres af partner og nære venner samt familie. Dette kan resultere i manglende selvtillid. Da parrene ofte oplever udelukkelse fra sociale sammenhænge, kan konsekvensen være mangel på solidarisk anerkendelse. Dette kan resultere i manglende selvværd.

Særligt vigtigt er, at analysen viser, at når sundhedsprofessionelle undlader at inddrage information eller en italesættelse af seksualitet, vil dette kunne tolkes som en form for manglende *retslig anerkendelse*. Konsekvensen bliver, at individuelle behov ikke imødekommes og parrene derfor må gøre sig egne erfaringer.

En samtale om seksualitet kan virke "anerkendende" og hjælpe parret "*et skridt videre*". Det findes derfor relevant, at der iværksættes en indsats for at tabuer nedbrydes, idet der skal gøres ganske lidt til, for at hjælpe patienterne. Aktiv legitimerende italesættelse, er langt bedre end en konsekvent forbigåelse og fortielse. Den meget anvendte plissit model er et håndterbart redskab til sundhedsprofessionelle, når det kommer til at rådgive om seksuelle problemstillinger.

6.1.5 Seksualitet – et relevant emne i relation til fertilitetsbehandling? - *Set ud fra Antonovskys teori om "oplevelse af sammenhæng"*

I det sidste tema analyseres og diskuteres informanternes udsagn i forhold til, hvorvidt de oplever at emnet seksualitet findes relevant i relation til behandlingsforløbet. Analysen gennemføres med udgangspunkt i Antonovskys mestrings-teori. Dette for at belyse, hvorledes en eventuel inddragelse af seksualitet i behandlingsforløbet, måske kan bidrage til en oplevelse af sammenhæng.

Oplevelsen af sammenhæng udgøres af 3 kerne komponenter: *Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed* (Antonovsky 2000).

Antonovsky definerer OAS således:

”Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken, man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; disse krav er udfordringer der er værd at engagere sig i” (Antonovsky 2000; 37)

Hvad betyder sex – er det vigtigt?

Som tidligere nævnt viser en nyere befolkningsundersøgelse, at danskerne vurderer sexlivet som vigtigt (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012). Informanterne blev stillet samme spørgsmål: Om sex generelt synes vigtig for dem? Herunder vises et kort og præcist svar, hvor det er tydeligt, at parret betragter sex som et fundament i relation til parforhold.

Ja sex det er vigtigt – det er det der gør et par stærkt (par3m).

(kvinden svarer) Ja det er jo det der binder en sammen (par3k).

Således udtrykker parret, at sex opfattes som *det*, der gør deres parforhold stærkt.

Det skal give mening

I forrige afsnit blev det belyst, at seksualitet ikke havde været inddraget i relation til diagnosticering, henvisning og behandling, i mødet med sundhedsprofessionelle.

Parrene blev efterfølgende spurgt, hvorvidt *de* finder information om seksualitet vigtigt, *i relation til deres behandling*. En informant kommer med følgende svar:

Det tror jeg bare slet ikke hører til (par1k).

Det er ikke vigtigt? (MM).

Jo det er vigtigt men ikke her (par1k).

*Du tænker, at når du træder ind af døren her er det med **et formål** – der er nogen der skal hjælpe os med, at blive gravide og det andet er **privat**? (MM).*

*Ja det andet synes jeg, at vi må finde ud af derhjemme. Altså hvis det er fordi det har **en effekt** så -altså hvis det viser sig, at der er større sandsynlighed for at inseminationen lykkes, hvis vi går hjem og har sex bagefter -altså hvad ved jeg -så giv os den information -men hvis det er fuldstændig lige meget, så synes jeg ikke det hører til her (par1k).*

Kvindens umiddelbare reaktion og svar er, at hun finder seksualitet vigtig, men ikke som et relevant emne, i relation til behandlingen. Hun anser hendes seksualitet som et privat anliggende. Hun reflekterer alligevel over, om der er relevant information hun går glip af - men hun regner med, at informationen gives, hvis den findes.

*(...) altså jeg tænker sådan lidt, at hvis nogen skulle fortælle mig noget om samliv og sådan i forbindelse med det her, så skal det være fordi jeg kan bruge det til noget der forøger chancerne og hvis ikke der er noget der kan gøres, så kan jeg ikke se, at det **giver mening**. Så er jeg fuldstændig ligeglad.. jeg ved godt, at det her grænser til noget, der minder om sex, men det er det bare overhovedet ikke, man har jo fjernet alt, hvad der handler om sex (par1k).*

Informanten understreger endnu engang, at hvis hun skal modtage rådgivning om seksualitet, så skal det være med baggrund i, at det forøger hendes chancer for at opnå graviditet. Det vil i hendes verden give mening.

Om begrebet **meningsfuldhed** skriver Antonovsky, at det er vigtigt at være involveret "som deltager i de processer der former ens skæbne, såvel som ens daglige erfaringer" (Antonovsky 2000). Komponenten meningsfuldhed henfører til, at man har en følelse af, at livet er forståeligt rent følelsesmæssigt. Særligt, at visse problemer og krav som tilværelsen fører med sig, er værd at investere energi og engagement i (ibid). Ovenstående kommentar beskriver meget godt, at kvinden ikke ønsker at investere energi eller engagement i noget, der alligevel ikke giver mening.

Det er således de sundhedsprofessionelle, der skal fremføre argumenter om relevansen for at inddrage emnet. Argumentationen kunne tage udgangspunkt i foreliggende tendenser i forskningen, jævnfør baggrundsafsnittet. Argumentationen kunne også tage udgangspunkt i, at seksualiteten kan bidrage til øget velvære og livskvalitet.

Ifølge Antonovsky kan individet klare de krav der stilles overfor, hvis der er ressourcer til rådighed, - dette henleder til komponenten **håndterbarhed**. Ressourcerne kan findes hos dem selv eller hos én man har tillid til. Antonovsky (2000) skriver, at det f.eks. kan være en læge,- med udgangspunkt i dette speciale kan dette overføres til "en sundhedsprofessionel".

En mandlig informant svarer:

*(...) øhh ja og nej – jeg har det sådan lidt, at hvis det havde en **betydning** ift. selve processen om en stilling var mere hensigtsmæssig end en anden eller sådan nogle ting, men om det var noget mere privat eller personligt så tror jeg ikke at -altså hvis det havde en relevans, men det havde det jo nok, for ellers ville man jo ikke spørge (griner). Så tror jeg at det ville **give mening** (par1m).*

Manden her er i tvivl om emnet er vigtigt - han kan både argumentere for og imod. Han mangler tydelig information om hvorfor inddragelsen af det seksuelle aspekt kunne have en relevans. I hans verden er det ikke forståeligt og han kan ikke begribe, hvorledes det vil give mening.

Behov for faktuel information

Jeg vil gerne snakke om det så længe det er relevant i forhold til behandlingen, ligesom sådan når jeg har fået - hvad hedder det? -Lagt min sæd op -så har (kvinden) spurgt HVER gang. Skal jeg ligge lidt? Skal jeg hælde mig bagover? (Kvinden) har tænkt, at det skal hun nok og så ligger hun sig nede ved receptionen, med benene op - så der er sådan (par1m).

Ud fra ovenstående citat kan man udlede, at parret ikke har fået svar på deres spørgsmål. Resultatet er, at kvinden gør hvad der i hendes optik giver mening. Hun lægger sig ned, fordi hun tænker det vil gavne processen.

Manden herunder går og har reelle bekymringer, for om han kan skade processen:

(...) jeg tænker hurtigere, altså ødelægger jeg nu æggestokkene, altså med de her ting, er det nu godt ift. behandlingen osv. (par1m).

Altså du kan være bange for at du simpelthen gør skade? (MM).

Ja det lyder så voldsomt når du siger det, men i et eller andet omfang har jeg tænkt det. (par1m).

(Kvinden svarer) Okay (undrende) (par1k).

Ovenstående citat viser, at manden har en bekymring. For ham ville det give mening at få faktuelle oplysninger, omkring risikoen for at gøre skade, i forhold til behandlingen. Den manglende information er muligvis medvirkende til, at han hellere undgår sex. Endvidere viser hans citat, at han ikke har delt bekymringen med sin kone. Hun undres ligefrem. På den baggrund kan man udlede, at manglende information, kan lede til frustration og bekymring og muligvis en fraspaltning af det seksuelle.

(...)vi har begge to haft en frustration i det at have sex - Gør det noget at vi har sex? Kan det ødelægge noget? Det er da sådan nogle tanker jeg går og gør mig (par1m).

Manden her udtrykker, at han faktisk ønsker, at der var mulighed for at stille spørgsmål.

Det samme derhjemme, når man nu vidste at der var ægløsning, skal man gøre noget før, under eller efter. Der ER nogle spørgsmål, vi ikke har haft mulighed for at stille (par1m).

Antonovsky beskriver, at hvis man begriber det man konfronteres med og har forudsætninger for at forudsige det som sker, overraskes man ikke. Ordet **begribelighed** henviser derfor til, at man forstår hvad der sker og hvad man udsættes for (Antonovsky 2000). Hvis man derimod får en

opfattelse af utydelig, modsatrettet eller uforståelig kommunikation, kan det virke tilfældigt eller kaotisk.

Manden herunder ønsker at få en snak ,om der er forbehold man skal gøre sig:

(...) jamen altså at man snakkede lidt om man skulle agere som man plejer at gøre – om der er nogen forbehold man skal gøre sig(par2m).

Inddragelse af patienten

Parrene giver i høj grad udtryk for, at de ønsker at være medspillere i deres behandling. Nedenfor illustreres en efterspørgsel efter netop dette:

Vi har faktisk spurgt i det her forløb om der var noget vi selv kunne gøre for at..... men der fik vi bare mere eller mindre at vide, at det var naturens gang og nu fik vi medicinen her og der var ikke noget vi selv kunne gøre (par3m).

En medinddragelse kunne muligvis bidrage til en oplevelse af sammenhæng.

Delkonklusion

Informanterne anser et velfungerende sexliv som et særdeles vigtigt fundament i et parforhold. I relation til om seksualitet findes relevant som et emne i forhold til fertilitetsbehandlingen, findes dette tvetydigt. Umiddelbart anser nogle respondenter seksualitet som et privat anliggende og de har ”nok” i behandlingen. For andre vil det give mening. Hvis de skal modtage information eller vejledning omkring seksualitet, skal det først og fremmest give mening, f.eks. i forhold til konceptions-chance. For at ville investere energi eller engagement i at tale om seksualitet, skal emnet ligeledes være begribeligt. Når ovenstående udtalelser relateres til Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng*, er der en klar sammenhørighed. Citaterne viser tydeligt, at informanterne først og fremmest ønsker at finde en mening med emnet seksualitet, før at de kan sige, at det har en relevans. Det er i denne proces, at de sundhedsprofessionelle har en mulighed for at støtte parrene, ved netop at fremføre argumenter om relevansen.

Der efterspørges ligeledes faktuel information om, hvornår et aktivt sexliv er tilladeligt og om der er perioder man bør være afholdende, i forhold til fertilitetsbehandlingen.

6.1.6 Forslag til håndtering af emnet seksualitet

I foregående afsnit blev der redegjort for hvorledes informanterne forholder sig til om seksualitet bør inddrages som et emne i relation til behandlingen.

På den baggrund kom informanterne med en række forslag og kommentarer til, hvordan de forestiller sig, at sundhedsprofessionelle kan gribe emnet seksualitet an.

Information via pjece – et middel til samtale

Informanterne foreslår først og fremmest en pjece, der indeholder informationer om seksualitet under fertilitetsbehandling:

I første omgang synes jeg man kunne lave en pjece om det (sex) og i pjecen kunne man skrive lidt om, hvordan man skulle forholde sig. Hvis der så stadig var problemer så kunne der måske være nogle links til hvor man kunne henvende sig, hvor man kunne få hjælp til det der var lidt- ja (svært) (par3m).

Jeg har faktisk gået lidt rundt og kigget efter om der kunne være nogle spændende pjecer, for det kunne være meget rart, for den vej at kunne stille spørgsmål (par2m).

Særligt er det mændene der ønsker tilgang til information via pjece. Manden i det ovenstående citat leder efter et middel til, at kunne stille spørgsmål. En pjece kunne ses som en indgangsvinkel og være med at bryde tabuet og turde stille spørgsmål, af seksuel karakter .

Obligatorisk samtale – seksualitet en naturlig del af pakken

I relation til, at seksualitet kan være et blufærdigt emne, foreslår flere af informanterne, at information og rådgivning bør være et *naturligt* emne, som led i en obligatorisk samtale, for eksempel når man kommer til første samtale i fertilitetsklinikken.

*Altså hvis min kæreste havde været med i dag, havde vi IKKE siddet her, han er ikke så god til at tale om sådan nogle ting. Så jeg ved vi aldrig ville komme ind, hvis der sad en rådgiver. Men hvis JEG fik noget materiale med hjem, eller hvis det var en **naturlig del** af det at opstarte en behandling (kvinde4).*

Manden herunder kommenterer, at man i øvrigt bør være varsom med, at fremhæve ordet sex eller sexolog:

*Så synes jeg ikke det skal hedde en sexolog, så tror jeg at jeg er ude af døren inden vi er startet, øh så synes jeg mere at det skal handle om forløbet, hvor det er en **naturlig del**, at man kommer ind på - hvad betyder det så for jeres samliv (par1m).*

Begge informanter herunder er overbeviste om, at de ville takke nej til en samtale om seksualitet, hvis det var et *tilbud*. Hvis emnet derimod blev bragt op som en naturlighed, ved en obligatorisk samtale, ville man kunne få mulighed for at italesætte noget, der måske var undertrykt.

Jeg tror for mit vedkommende, at hvis det var et tilbud- altså næste gang i kommer så kan i få en tid til det her- så tror jeg faktisk at jeg ville takke nej (par1).

Det tror jeg også (par1m).

*For så ville jeg tænke – det HAR jeg styr på. Hvorimod, hvis det var **en del af pakken**, så tror jeg, at der ville komme noget frem, som man ikke har tænkt over (par1k).*

Setting og procedurer i klinikken

I forbindelse med IVF behandlingen er der nogle rent praktiske forhold, der kan have indvirkning på seksualiteten. Dette vedrører procedurer og setting. Samtlige mandlige informanter påpeger at proceduren i forbindelse med at aflevere en sædprøve, afføder overskridelse af grænser, blufærdighedskrænkelser og følelse af ydmygelse, når fremmede inddrages i, hvad der kunne minde om et led i en seksuel akt.

Altså jeg kunne godt have haft.... godt lide, at der var lidt mere lukket imellem gangen og sædrummene. Du kan sidde derude og kigge direkte hen på dem, der går derind og kommer ud igen, der er sådan helt rundt på gulvet (griner) ej ej (alvorligt) hvis der nu bare var en dør imellem eller venteområdet var større (par1m).

For min kærestes vedkommende, så ved jeg, at han synes det er det frygteligste i verden at gå med sin kop hen til den dør, for ALLE ved at de mænd der går den vej skal ind og sidde og "hive sig selv i banditten" (griner) det er altså ikke sjovt.

(...) kunne det ligge på en anden etage eller noget andet? Min kæreste plejer at tage koppen med og finde et andet sted i bygningen fordi ellers sidder han og tænker på at de alle sammen sidder derude og venter på at han kommer ud (kvinde4).

Delkonklusion

Analysen viser, at når det kommer til hvordan emnet seksualitet ønskes håndteret, er der først og fremmest et behov for faktuel information. F.eks. via en let tilgængelig pjece i venteværelse eller uddelt ved behandlingens opstart. Derudover ønskes emnet seksualitet bragt op som en *naturlig del af pakken* ved opstart af behandlingen. Enkle ændringer i indretning af venteområdet og proceduren i forbindelse med aflevering af sædprøve, vil have en afgørende betydning for de mandlige informanter.

7 Konklusion

Formålet med dette speciale var, at undersøge hvorledes seksualiteten kan blive påvirket under et IVF behandlingsforløb og hvordan sundhedsprofessionelle på den baggrund kan håndtere emnet.

I analysen blev det ud fra den *bio-psyko-sociale* ramme synliggjort, at fertilitetsbehandling udgør en væsentlig risikofaktor for seksualiteten. Specielt kan bivirkninger til behandlingen, som f.eks. hormonstimulation og træthed, influere negativt på det seksuelle overskud. Informanterne forklarer, at de periodisk oplever manglende lyst, men rapporterer ikke om deciderede dysfunktio-

ner. Det kan formodes, at seksuelle problematikker eller deciderede dysfunktioner, endnu ikke er opstået, hvorfor forebyggelse findes relevant.

Psykologisk set viser litteraturen, at infertile er i risiko for at udvikle depression, stress og eksistentiel krise. Informanterne i dette speciale udtrykker i tråd med dette, at de føler sig stressede og periodisk depressive.

Socialt set oplever informanterne eksklusion fra fællesskaber, hvor det er svært at se gravide veninder og gentagende inddragelse af arbejdspladsen er ydmygende. Således indgår de oplevede problemstillinger i et komplekst samspil, med mange berøringsflader, der hver især påvirker seksualiteten negativt. Informanterne anser et velfungerende sex og samliv, som et særdeles vigtigt fundament i et parforhold.

Analysen viser, at der hersker et tabu når det kommer til inddragelse af emnet seksualitet. Informanterne svarer, at de ikke har modtaget rådgivning eller vejledning under deres behandlingsforløb. Når sundhedsprofessionelle undlader at inddrage information eller en italesættelse af seksualitet, vil dette kunne tolkes som en form for manglende *anerkendelse*. Konsekvensen bliver, at individuelle behov ikke imødekommes og parrene derfor må gøre sig deres egne erfaringer, med frustration til følge. En samtale om seksualitet kan virke "helende" og hjælpe parret et skridt videre". Specialet konkluderer i den sammenhæng, at der primært må gøres en indsats for at nedbryde tabuet om at berøre det sexologiske aspekt, da en aktiv legitimerende italesættelse, er langt bedre end en konsekvent forbigåelse og fortielse.

Om informanterne har et behov for at inddrage emnet under fertilitetsbehandlingen findes tvetydigt. Umiddelbart finder parrene det som et privat anliggende og de psyko sociale udfordringer, bevirker at parrene har "nok" i behandlingen. Hvis de skal modtage information eller vejledning om seksualitet, skal det være på baggrund af, at informationen opleves som meningsfyldt, f.eks. i forhold til konceptions-chance. For at ville investere energi eller engagement i at tale om seksualitet, skal emnet derfor være begribeligt. Det er i denne proces, at de sundhedsprofessionelle har mulighed for at støtte parrene, ved at fremføre argumenter om relevansen. Dette vil føre til, at parrene i højere grad vil mestre livsomstændigheden.

På trods af, at enkelte informanter er i tvivl om relevansen af inddragelsen af emnet, ses det dog entydigt, at der savnes faktisk information, vedrørende seksualitet under behandlingen. Parrene oplever, at de har mange uafklarede spørgsmål, hvilket kan resultere i yderligere frustration, der kan lede til afholdenhed i forhold til det seksuelle.

Informanterne foreslår, at information først og fremmest sker via en let tilgængelig pjeces i venteværelse eller uddelt ved behandlingens opstart. Informanterne efterspørger desuden en samtale om psyko sociale aspekter i forhold til fertilitetsbehandling, hvor seksualitet oplagt kunne medtænkes, som en obligatorisk og naturlig del. Det må i den forbindelse være den sundhedsprofessionelles opgave, at inddrage seksualitet i et sundhedsfremmende perspektiv

I forbindelse med en samtale, kan den sundhedsprofessionelle med fordel inddrage den meget anvendte plissit model, der er et håndterbart redskab, når det kommer til at rådgive om seksuelle problemstillinger.

8 Perspektivering

På baggrund af specialets baggrundslitteratur og resultater kan der argumenteres for, at man bør håndtere emnet seksualitet, i forbindelse med fertilitetsbehandling, for dermed at opnå sundhedsfremmende gevinster. Gennem specialet er der fremkommet en række indsatsområder, der fremadrettet kan realiseres.

De sundhedsprofessionelle kan med fordel opkvalificeres med kompetenceudvikling i de bio-psyko-sociale aspekter, der optræder i samliv og seksualitet ved infertilitet. Derudover kan det anbefales, at de sundhedsprofessionelle bliver præsenteret for den ofte anvendte PLISSIT-model (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006) og herefter anvender den systematisk.

Disse nødvendige kompetencer kan sikres, ved at specialets emne inddrages i videre- og efteruddannelser for sundhedsprofessionelle i fertilitetsspecialet. Således kan der med fordel uddannes ressourcepersoner, der kan supervisere medarbejdere i egen afdeling, samt inddrage samarbejdspartnere som sexolog og psykolog. Herudover kan emnet med fordel tages op på temadage, kurser og netværksmøder i fertilitetsregi.

Tilmed ville det være ønskværdigt og fagligt velbegrunder, at udarbejde en patientvejledning omhandlende psyko sociale konsekvenser af infertilitet, hvor seksualitet fremstod som et naturligt emne. Pjecen kunne beskrive fordele ved at bevare et sundt intims og sexliv under behandlingen. Herudover kunne der gives enkle råd og vejledning til at overkomme eventuelle seksuelle forstyrrelser.

Med nedbrydelsen af tabuet og en systematisk håndtering af emnet, vil man kunne identificere eventuelle seksuelle dysfunktioner eller parforholdsproblematikker. I den sammenhæng bør den sundhedsprofessionelle i fertilitetsklinikken have kendskab til henvisningsmuligheder f.eks. til sexologisk klinik.

Specialet fremkommer ikke med relevante forslag eller strategier til at overkomme seksuelle forstyrrelser eller forebygge emotionel ubalance. Som helhed understøtter hovedparten af forskning, at IVF behandling kan medføre stress, depression og krise (Schmidt og Sejbæk 2012). Nogle studier påpeger, at der er tendenser til at stress kan påvirke behandlingscompliance og konceptionschance.

Det synes derfor logisk, at forsøge at øge sandsynligheden for succes ved hjælp af stress reducerende interventioner.

Da parrene samtidig udtrykker en efterspørgsel på at blive inddraget i deres behandlingsforløb, findes det i denne kontekst oplagt, at igangsætte yderligere forskning i stress reducerende tiltag, som eksempelvis mindfulness, yoga, afspænding og massage. I den forbindelse ville det være interessant at undersøge effekten, hvis man inddrog dette som komplementær behandling, sideløbende med den biomedicinske del.

I den sammenhæng ville Kerstin Moberg Uvnæs⁵ (Moberg 2015) forskning omkring hormonet oxytocin være spændende at inddrage. Forskningen peger på, at vi har brug for balance imellem aktivering og stress (kamp-flugt reaktionen) og hvile og genopbygning (ro-hvile reaktionen). Ro-hvile reaktionen fremmer bl.a. kroppens regenerering og vækst.

Berøring er den stærkeste af alle de påvirkninger ro-hvile systemet kan udsættes for. Berøring kan styrke immunforsvaret og har en antistress virkning. Da oxytocin stimulerer ægløsning og

⁵ Svensk læge og professor i fysiolog

sædproduktion, er det påvist, at oxytocin øger fertiliteten. Der kan dermed argumenteres for, at seksuel aktivitet, med stor sandsynlighed, kan have sundhedsfremmende virkninger (Moberg 2015).

9 Litteraturliste

- Antonovsky A. 2003. *Helbredets mysterium*. 1 udg. 11 oplag. Kbh. Hans Rietzels Forlag
- Bar-Hava M, Azam F, Yovel I., Lessing J.B., og Amit A. 2001. The interrelationship between coping strategies and sexual functioning in in vitro fertilization patients. *Journal of sex and marital therapy*, 27: 89-394, 2001
- Bay-Hansen J. 2014. Samtalen om seksualitet. *Sygeplejersken* (9) s. 77-85
- Berger M.H., Messore M. Pastuszek A.W., and Ramasamy R. 2016. *Association Between Infertility and sexual Dysfunction in Men and women*. *Sex. Med. Rev.* 2026; 4:353-356
- Birkler J. 2013. *Videnskabsteori en grundbog*. 1.udg. 9.oplag. Kbh. Munksgaard, København, s. 95-110
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., 2015. 1. *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*, I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. (red.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. Kbh; Hans Reitzel, s. 29–53.
- Clausen B.K. 2013. *Bag om Barnløshed og fertilitetsbehandling*. København. Forlaget Alemona. s.96-97
- Dansk Fertilitetsselskab www.danskfertilitetsselskab.dk lokaliseret d. 7/4-2017
- Drosdzol A, Skrzypulec V. *Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples*. Sep. 2008 13(3):271–281 *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* September 2008
- Ebbesen S.M.S., Zachariae R., Mehlsen M.Y., Thomsen D., Højgaard A., Ottosen L., Petersen T. Og Ingerslev H.J. 2009. *Stressful life events are associated with poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study*. *Human Reproduction*, Vol.24, No. 9 pp. 2173 -2182, 2009.
- Frederiksen, Yoon. 2015:” *Infertility and psychological adjustment: Implications of the psychological aspects of infertility, assisted reproductive technologies (ART) and psychosocial intervention*”. Aarhus University.
- Graugaard. C. 2012. *Seksualitet i almen praksis*. Januar 2012. I: Månedsskrift for almen praksis.
- Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. 2006. *Krop, Sygdom og seksualitet*. I: Graugaard C., Møhl, B., Hertoft, P., (Red.) *Krop, sygdom og seksualitet*, 1.udg., 2.oplag,. Kbh: Hans Reitzel Forlag s. 9-24

Graugaard C, Pedersen B. K., Frisch M. *Seksualitet og Sundhed*. Vidensråd for Forebyggelse, 2012.s. 1-59

Hvidovre Hospitals fertilitetsklinik. Ricici og bivirkninger ved fertilitetsbehandling.

<https://www.hvidovrehospital.dk/afdelingerogklinikker/Fertilitetsklinikken/Undersoegelse-og-behandling/Sider/Risici-og-bivirkninger.aspx> Lokaliseret d. 7/4 2017

Isabella P. Giuseppe L.M., Graziano A og Marci R. 2014. *A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making?* The European Society of Contraception and Reproductive Health Care, 2014; 19 s. 231-237

Iversen, H., Gimbel, H., 2006. *Gynækologi, fødsel og seksualitet*. I: Graugaard, C., Møhl, B., Hertoft, P., (Red.), *Krop sygdom og seksualitet*, 1 udg. 2 oplag. Kbh: Hans Reitzels forlag. S. 320

Jerlang E. (red.) 2009. *Sociologiske tænkere- et tekstudvalg*. 1 udg. 1 oplag. Kbh. Hans Reitzels forlag; s.223-235

Kamper-Jørgensen F. , Almind G. 2015. *Forebyggende Sundhedsarbejde*. 4 udg. 3 oplag, København: Munksgaard.

Kjaer T, Albieri V, Jensen A, Kjaer S, Johansen C, Dalton S. 2013. *Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, (93): 269–276

Kyhn D.B. 2012. *Når drømmen om et barn smadrer sexlivet*. Danmarks Radio. Dr.dk 13/6-2012

<https://www.dr.dk/levnu/parforhold/naar-droemmen-om-et-barn-smadrer-sexlivet> lokaliseret 25/4-2017

Kvale S. , Brinkmann S. 2015. *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3.udg. 1 oplag. , København: Hans Reitzels Forlag

Malterud, K., 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en indføring*. 2 udg. 1 oplag. Oslo, Universitetsforlaget.

Moberg K. U. 2015. *Afspænding ro og berøring – Om oxytocins helbredende virkning i kroppen*. 1 udg. 6 oplag. Kbh. Akademisk Forlag.

Nielsen HS, Schmidt L, Nyboe Andersen A, Birch Petersen K, Gyrd-Hansen D, Jensen TK, Juul A, Knudsen LB. *Forebyggelse af nedsat frugtbarhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2016: 1-152.

Oddens BJ, Tonkelaar I, Nieuwenhuysen H. *Psykosocial experiences in women facing fertility prob-*

lems – a comparative survey. Hum Reprod. 1999.

Pinborg A, Henningsen A, Loft A. 2012. *Assisteret befrugtning*. I: Schmidt L., Pinborg A., (red), *Fertilitet & Sundhed*, 1.udgave, 1.oplag, København: Munksgaard, s. 123-145

Retsinformation 2006. *Bekendtgørelse af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v.*

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=10319> Lokaliseret 14/04-17

Sandager T. 2017. *Hvornår bliver det vores tur?* København: Mussmann forlag.

Schmidt L, Sejbæk C. (a) 2012. *Nedsat frugtbarhed*. I: Fertilitet og sundhed. Schmidt, L., Pindborg, A. (red). 1 udg. 1 oplag. Kbh: Munksgaard. Kap. 5. S. 101-122

Schmidt L, Sejbæk C. (b) 2012. *Psykosociale følger af infertilitet og fertilitetsbehandling*. Ugeskrift for Læger 174/41, s. 2459-2462

Statistikbanken

Dst: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp> accessed 23/4

Sundhedsstyrelsen. 2012. *Fertilitetsbehandlinger 2010*.

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/DAF/IVF/Fertilitetsbehl2010tal.pdf> lokaliseret d.

Schmidt, L. & Pinborg, A. 2012. *Infertilitet- forebyggelse og behandling som makkerpar*. I: Schmidt L., A. Pinborg (red), *Fertilitet & Sundhed*, 1.udgave, 1.oplag, København: Munksgaard, s. 267-268

Smith NK, Madeira J, Millard HR. 2015. *Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization*. J Sex Med 2015;12:985–993

Schmidt L. 2006. *Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences*. Danish medical bulletin vol. 53 no. 4/ nov. 2006

Sundhed.dk

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/oevrige-sygdomme/ufrivillig-barnloeshed-infertilitet/> lokaliseret 4/5-2017

Thisted, J., 2013. *Forskningsmetode i praksis – projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. Kbh: Munksgaard

Thomsen, D.K., Matthiesen, S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H.J., Zachariae, R., & Mehlsen M.Y. (2016). *Trait anxiety predicts the emotional valence of meaning-making in life stories: A 10-year prospective study*. *Personality and Individual Differences*, 102, 51-55.)

United Nations (FN) Programme of Action of the International Conference on Population Development, International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition, New York . 2014. 59-60

Verdenslægeforeningen. World Medical Association. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013;310(20):2191-2194.

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318> lokaliseret 4/5-2017

Wirtberg I., Möller A., Hogström L., Tronstad S-E. og Lalos A. 2007. *Life 20 years after unsuccessful infertility treatment*. Hum reprod 2007; 22:598-604

Wischmann, T.H 2010. *Sexual Disorders in Infertile Couples*. The Journal of Sexual Medicine. 7 (5):1868-1876

Ziebe, S. et. al. 2011. *Stor uvidenhed om barnløshed*. Ugeskrift for læger. Årg. 173, nr. 43 (2011), s. 2748-2749

Zegers-Hochschild, F. et al. "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009". Fertility and Sterility, Vol. 92, No. 5, November 2009 "

Wischmann TH. 2010. *Sexual Disorders in Infertile Couples*. J Sex Med. 2010;7:1868-187

10 Bilag:

1 Interviewguide

2 Informationsbrev

3 Samtykke erklæring

4 Meningskondensering

5) Søge strategi