

Betydningen af fertilitetsbehandling for borgeres psykiske velbefindende

- Anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling



Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet, juni 2020

4. semester specialeprojekt

Maria Husted Pedersen, Katrine F. Lerche-Thomsen & Tina Gram Jensen

Gruppe 20gr10312
Vejleder: Helle Haslund-Thomsen

Antal anslag inkl. mellemrum: 286.947

Abstract

Title: *The importance of infertility treatment on patient's psychological well-being - recommendations for the Danish Public Healthcare System*

Initiating Problem: The prevalence of psychological problems in patients seeking infertility treatment is currently between 25-60%. Furthermore, patients with infertility challenges have a higher level of anxiety and depression which can cause psychological challenges for both the individual, couple and a potential future child. Despite that recent literature has found positive effect of psychosocial interventions alongside infertility treatment on numerous psychological outcomes, there seems to be no particular focus on the psychological well-being of patients undergoing infertility treatment in the Danish Public Healthcare System.

Aim: The aim is to understand the needs and challenges of patients receiving infertility treatment in Denmark and to present recommendations on how to improve the quality of infertility treatment within the Danish Public Healthcare System in order to promote patient's psychological well-being.

Method: The project has its foundation in Gadamer's exposition of the philosophical hermeneutics. Six semi-structured telephone interviews were conducted and then analysed using philosophical hermeneutics analysis based on the method of Dahlager & Fredslunds. Furthermore, a systematic literature search was conducted.

Results: The philosophical hermeneutics analysis resulted in knowledge on the influence of infertility treatment on e.g. women's self-perception and everyday life. Findings from interviews and systematic literature search contributed to the knowledge in regards to activities, which have the potential to promote patients' psychological well-being.

Conclusion: Infertility treatment can result in e.g. feelings of guilt, shame, and loss of control. The everyday life of patients can be challenging when undergoing infertility treatment and should therefore be taken into consideration. Based on the results of this project, six recommendations were developed in order to promote the psychological well-being of patients undergoing infertility treatment and thereby improve the quality of the Danish Public Healthcare System.

Resumé

Titel: *Betydningen af fertilitetsbehandling for borgeres psykiske velbefindende - anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling*

Initierende problem: Prævalensen af negative psykiske symptomer hos borgere med fertilitetsudfordringer, såsom angst og depression, er på mellem 25-60%. Psykiske problematikker kan have både kort- og langsigtede konsekvenser for både individets, parrets og eventuelle fremtidige børns sundhed og trivsel. På trods af, at der er fundet positiv effekt af psykosociale interventioner sideløbende med fertilitetsbehandling, er der på nuværende tidspunkt i den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark ikke et særskilt fokus på at fremme borgeres psykiske velbefindende.

Formål: Formålet med dette speciale er, at opnå viden om samt forståelse for hvilke udfordringer og behov, som borgere kan opleve i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. På baggrund heraf udarbejdes anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling, som kan fremme det psykiske velbefindende hos borgeren og dermed potentielt øge kvaliteten af fertilitetsbehandlingen.

Metode: Specialet er positioneret i Gadammers udlægning af den filosofiske hermeneutik. Der blev foretaget seks individuelle telefoninterviews med kvinder i fertilitetsbehandling, som blev analyseret ved brug af Dahlager & Fredslunds filosofisk-hermeneutiske analysestrategi. Endvidere blev der foretaget en systematisk litteratursøgning.

Resultater: Resultater fremkommet på baggrund af den filosofisk-hermeneutiske analysestrategi bidrog til at skabe forståelse for, at fertilitetsbehandling bl.a. kan have betydning for kvinders selvforståelse og hverdagsliv. Resultater fra interviews og den systematiske litteratursøgning bidrog tilsammen med viden om hvilke aktiviteter, der kan fremme borgerens psykiske velbefindende.

Konklusion: Fertilitetsbehandling kan bl.a. medføre skyld, skam, afmagt, kontroltab, ændret identitetsfølelse samt en følelse af ikke at høre til i sociale fællesskaber. Hverdagslivet kan ofte være udfordret i et behandlingsforløb, hvorfor der bør tages højde for borgerens hverdagsliv i behandlingsforløbet. Med afsæt i projektets resultater blev der udarbejdet seks anbefalinger, der potentielt kan fremme borgerens psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling og derigennem øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	6
2.0 Problemanalyse	7
2.1 Infertilitet og fertilitetsbehandling - en aktuell problemstilling	7
2.2 Bio-psyko-sociale faktorer af betydning for infertilitet.....	11
2.2.1 Biologiske faktorer	11
2.2.2 Psykiske faktorer	13
2.2.3 Sociale faktorer.....	13
2.3 Fertilitetsbehandling i det danske sundhedsvæsen	16
2.4 Konsekvenser af infertilitet og fertilitetsbehandling	19
2.4.1 Konsekvenser for par	19
2.4.2 Konsekvenser for kvinden	22
2.4.3 Konsekvenser for manden.....	25
2.5 Kvalitetsudvikling af fertilitetsområdet i Danmark.....	26
2.5.1 Psykosociale interventioner til borgere i fertilitetsbehandling	27
2.6 Opsummering på problemanalysen	29
3.0 Afgrænsning	31
4.0. Problemformulering	32
5.0 Metode	33
5.1 Videnskabsteoretisk position.....	33
5.1.1 For forståelse.....	34
5.2 Kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling	36
5.3 Kvalitative metoder til indsamling- og bearbejdning af data.....	38
5.3.1 Semistruktureret telefoninterview	38
5.3.2 Rekruttering af informanter.....	42
5.3.3 Ethiske overvejelser og håndtering af personfølsomt data.....	43
5.3.4 Transskribering	44
5.3.5 Analysestrategi	44
5.4 Systematisk litteratursøgning	47
5.4.1 In- og eksklusionskriterier	48
5.4.2 Udvælgelsesprocessen	50
5.4.3 Tjeklister til kvalitetsvurdering og kritisk læsning.....	51
5.5 Teorianvendelse.....	52
6.0 Analyse af interview og litteraturstudie	54

6.1 Analyse af interview	54
6.1.1 Tema 1: Kvindeidentitet	55
6.1.1.1 Undertema: Jeg står på sidelinjen	58
6.1.2 Tema 2: På vej mod graviditet	63
6.1.2.1 Undertema: At handle i afmagt	66
6.1.3 Tema 3: Rutsjebaneturen	68
6.1.3.1 Undertema: Sprøjter og tudeture	73
6.1.3.2 Undertema: Et uklart forløb	74
6.2 Analyse af litteraturstudie	79
6.2.1 Gruppeinterventioner	81
6.2.2 Par-interventioner	83
6.2.3 Individrettede interventioner	85
6.2.4 Chance for at opnå graviditet	86
6.2.5 Opsummering på analysen af litteraturstudiet	87
7.0 Diskussion	90
7.1. Diskussion af analytiske fund	90
7.1.1 Betydningen af fertilitetsbehandling for det psykiske velbefindende	90
7.1.2 Kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling: Hvordan og hvorfor?	96
7.1.3 Anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling	107
7.2 Metodediskussion	110
7.2.1 6SQuID til kvalitetsudvikling	110
7.2.2 Kvalitative interviews	111
7.2.3 Systematisk litteratursøgning	117
8.0 Konklusion	120
9.0 Referenceliste	122
10.0 Bilagsoversigt	136

1.0 Initierende problem

I Danmark vil 15-26% af alle borgere i alderen 25-45 år på ét eller flere tidspunkter i livet opleve kortere- eller længerevarende perioder med infertilitet, hvilket betyder, at infertilitet kan anskues som en af de hyppigst forekommende sundhedsproblematikker hos borgere i Danmark i den reproduktive alder (1)(2). Derudover ses der en stigning i antallet af fertilitetsbehandlinger i Danmark steget fra 19.529 behandlinger i 2001 til 38.639 behandlinger i 2018, svarende til lidt under en fordobling (3). Ifølge international litteratur ses en prævalens på negative psykiske symptomer hos borgere med fertilitetsudfordringer på mellem 25-60%, hvortil niveauet af angst og depression blandt borgere med fertilitetsudfordringer er signifikant højere sammenlignet med borgere uden fertilitetsudfordringer (4). Dette er problematisk, eftersom disse psykiske problematikker kan have både kortsigtede og langsigtede konsekvenser for individets, parrets og eventuelle fremtidige børns sundhed og trivsel (5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12). Endvidere er fertilitetsbehandling ligeledes associeret med en højere grad af følelsesmæssig stress, angst, depression og nedsat livskvalitet (4)(5)(13)(14)(15)(16).

Danmark er et af de lande, der er førende indenfor medicinsk assisteret reproduktion (MAR) (17), men samtidig et af de lande i Europa, hvor der er mindst fokus på de psykiske problematikker, der kan være forbundet med at gennemgå fertilitetsbehandling (18)(19). Dette kan være problematisk, eftersom der i international forskning er fundet positiv effekt af psykosociale interventioner med fokus på at støtte borgere gennem forskellige terapeutiske forløb sideløbende med fertilitetsbehandling (13)(20)(5)(21). At flere borgere i Danmark har fertilitetsudfordringer og at flere borgere modtager fertilitetsbehandling kan være problematisk, eftersom forskningen peger på, at dét at have behov for og gennemgå fertilitetsbehandling, kan være forbundet med kort- og langsigtede psykiske konsekvenser. Et manglende særskilt fokus på de psykiske udfordringer, der kan opstå som følge af at have fertilitetsudfordringer og gennemgå fertilitetsbehandling, udgør dermed en folkesundhedsmæssig problemstilling, hvilket er afsættet for dette speciale.

2.0 Problemanalyse

Følgende analyse har til formål at skabe større forståelse for omfanget og aktualiteten af problemstillingen omkring infertilitet og fertilitetsbehandling i Danmark med særlig vægt på psykiske udfordringer. Analysen er struktureret med afsæt i McLeroy et al.'s socioøkologiske model (22). Modellen består af fem niveauer: et politisk- og lovgivende niveau, et samfundsniveau, herunder også lokalsamfund, et organisatorisk niveau, det interpersonelle niveau og det intrapersonelle niveau (22). Modellen anvendes til at forstå hvordan faktorer på forskellige niveauer i samfundet - fra makro- til mikroniveau - gensidigt influerer på hinanden, hvor faktorer på det politiske- og lovgivende niveau eksempelvis kan have indvirkning på de konsekvenser, som den enkelte borger kan opleve på det psykiske og sociale plan.

I relation til problemstillingen anvendes det politiske- og lovgivende niveau, samfundsniveau samt det organisatoriske niveau i afsnit 2.1 til at analysere samfundsmæssige og sundhedsmæssige problemstillinger i relation til infertilitet og fertilitetsbehandling. I afsnit 2.2 analyseres faktorer, der kan have betydning for infertilitet, på tværs af det samfundsmæssige-, organisatoriske-, inter- og intrapersonelle niveau. I afsnit 2.3 anvendes det politiske- og lovgivende niveau samt det organisatoriske niveau til at analysere hvordan organiseringen af den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark influerer på det inter- og intrapersonelle niveau. I afsnit 2.4 analyseres konsekvenser relateret til infertilitet og fertilitetsbehandling, der udspiller sig på det intra- og interpersonelle niveau. Afslutningsvist i afsnit 2.5 anvendes det organisatoriske niveau til at opnå viden om, hvorvidt der på nuværende tidspunkt eksisterer interventioner, der formår at fremme borgeres psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling.

2.1 Infertilitet og fertilitetsbehandling - en aktuel problemstilling

På verdensplan blev det i 2007 anslået, at 9-15 % af alle par havde fertilitetsudfordringer (23)(24). I et review fra 2006 baseret på studier fra europæiske lande konkluderes det, at livstidsprævalensen for infertilitet varierer fra 17-26% for kvinder, der har forsøgt at få mindst ét levendefødt barn, hvortil livstidsprævalensen i Danmark for infertilitet i aldersgruppen 15-44 år var 26,4% (1). Disse tal indikerer således, at op mod en fjerdedel af kvinder, nationalt og globalt, der har ønske om at få et barn, på ét eller flere tidspunkter i

deres liv har været infertile, hvilket bevirker, at infertilitet berører en stor andel af borgere i den reproduktive alder. Endvidere ses der en fordobling i antallet af fertilitetsbehandlinger udført i Danmark fra 2001 til 2018 (3). Der ses således en aktuel problemstilling i relation til den stigende andel af borgere, der søger og modtager fertilitetsbehandling, idet dette bevirker, at der ligeledes kan være en større andel af borgere med fertilitetsudfordringer, der vil kunne opleve psykiske belastninger og mindsket livskvalitet som konsekvens af at gennemgå et fertilitetsbehandlingsforløb.

Et yderligere aspekt af den problemstilling, som infertilitet udgør på samfundsniveau, fremgår af et dansk studie fra 2015 hvor det forudsiges, at befolkningstallet i Europa vil falde som følge af en lav total fertilitetsrate, defineret som det gennemsnitlige antal levendefødte børn pr. kvinde, der ligger under *“replacement level”* på 2,1 barn pr. kvinde (25). Replacement level er det antal børn, der skal fødes pr. kvinde, for at et par kan erstattes i samfundet og for at sikre et stabilt befolkningsantal (26). Såfremt antallet af nyfødte børn forbliver under replacement level kan konsekvenserne være en demografisk udvikling, som skaber et øget pres på samfundet, eftersom et fald i den arbejdsduelige befolkning, vil bevirke et fald i produktivitet, mens et større antal af ældre vil øge udgifterne til offentlig pension, ældrepleje og sundhedsvæsenet (26). Ifølge Verdensbanken lå den totale fertilitetsrate i Danmark i 1960 på 2,57, mens den i 2017 var faldet til 1,79 (27) og siden 1969 har den totale fertilitetsrate i Danmark ligget under replacement level på 2,1 (28). På knap 60 år er der dermed sket et fald i den totale fertilitetsrate i Danmark, men dog er det relevant at forholde sig kritisk til, hvorvidt den faldende totale fertilitetsrate skyldes, at befolkningen ikke ønsker at få flere børn eller hvorvidt det skyldes, at en større andel af befolkningen får fertilitetsudfordringer. Såfremt det lave *replacement level* skyldes, at en større andel af befolkningen har fertilitetsudfordringer, kan det skabe et øget behov for fertilitetsbehandling i relation til at forsøge at vende den demografiske udvikling, som skaber pres på samfundet. Hertil konkluderer et studie af Leridon, at fertilitetsbehandling ikke udelukkende kan opveje problematikken omkring et lavt replacement level:

“assisted reproduction technology (ART) treatment only makes up for half of the births lost by postponing a first attempt of pregnancy from female age 30 to 35, and less than 30% if postponed from 35 to 40 years.” (29, s.1548)

Af ovenstående citat fremgår det, at succes ved fertilitetsbehandling mindskes i takt med den stigende alder i forhold til, hvornår borgeren vælger at få sit første barn. I lyset af at borgere i

samfundet formentligt ønsker færre børn og at flere udskyder at få børn til en alder, hvor fertiliteten er faldende, jf. afsnit 2.2.3, kan denne udvikling blive problematisk i relation til samfundets replacement level. Der kan muligvis være flere årsager til denne udvikling i samfundet, hvor infertilitet kan være en af forklaringerne, hvilket uddybes nærmere i afsnit 2.2.

Med afsæt i ovenstående kan infertilitet anskues som et aktuelt samfundsmæssigt problem, eftersom en fortsat negativ udvikling i befolkningens fertilitet kan lægge et yderligere pres på velfærdssamfundet i Danmark. Eftersom infertilitet kan have konsekvenser for samfundet, er der i Den Europæiske Union (EU) fokus på fertilitetsområdet og i 2015 bevilgede EU 57,5 millioner kroner til stiftelsen af ReproUnion, der er et tværnationalt samarbejde mellem Danmark og Sverige med henblik på at forebygge samt imødekomme fremtidige problematikker, der relaterer sig til infertilitet (17).

Overordnet set er der i det danske sundhedsvæsen en tendens til at nedprioritere forebyggelse af mentale sundhedsproblematikker, hvortil sundhedsminister Magnus Heunicke d. 7. januar 2020 udtalte til Politiken:

”Vi er alt, alt for dårlige til den forebyggende indsats mod mental mistrivsel i Danmark i dag. Det er et samfundsproblem, som har fået lov til at vokse i de senere år (...) vi skal blive bedre til at tage tingene i opløbet” (30, s. 9).

Lignende tendens ses også inden for fertilitetsområdet, hvor Danmark på trods af at være et af verdens førende lande inden for MAR, samtidig er et af de lande i verden som har mindst fokus på de psykiske aspekter af infertilitet og fertilitetsbehandling (18)(19). At der i dansk praksis kan mangle fokus på det psykiske velbefindende hos borgere med fertilitetsudfordringer, understøttes af klinikchef på Rigshospitalets fertilitetsklinik, Søren Ziebe, der i en artikel bragt i Kristeligt Dagblad i 2014, udtaler følgende i relation til de psykiske aspekter af fertilitetsbehandlingen:

”Det er et område i sundhedssektoren, som vores samfund har valgt ikke at investere i - sammenlignet med andre lande, hvor man tilbyder coaching og andre terapeutiske forløb i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Som barnløs i Danmark er man overladt til sig selv” (31)

I citatet peger Ziebe på, at der er et aktuelt behov for en ændring i praksis indenfor fertilitetsbehandling, eftersom nuværende organisering bevirker, at der ikke er et særskilt

fokus på psykiske belastninger i forbindelse med behandlingen. Eftersom formålet med assisteret reproduktion er etablering af graviditet (32), bevirker det, at den primære funktion af fertilitetsbehandlingen i sundhedsvæsenet er at hjælpe borgere med fertilitetsudfordringer til at opnå graviditet, hvilket muligvis kan forklare, hvorfor der ikke er et særskilt fokus på borgernes psykiske velbefindende. Fremadrettet vil begrebet psykisk velbefindende blive anvendt synonymt om en tilstand, der af Galderisi et al. er defineret som:

“Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills; ability to recognize, express and modulate one's own emotions, as well as empathize with others; flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles; and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium” (33, s. 231-232)

Således vil det psykiske velbefindende betragtes som en tilstand, hvor borgeren bl.a. er i stand til at udtrykke og modellere egne følelser, kan håndtere svære situationer i livet, kan fungere i sociale relationer samt befinder sig i en tilstand, hvor der eksisterer en harmonisk relation mellem krop og sind. Psykisk velbefindende ansues dermed ikke blot ud fra psykiske aspekter, men i lige så høj grad fysiske og sociale aspekter. Et manglende særskilt fokus på det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling kan være problematisk, eftersom det psykiske velbefindende også berører andre aspekter af livet. I forlængelse heraf peger forskningslitteraturen på, at ...fertilitetsbehandling er associeret med psykiske konsekvenser og nedsat livskvalitet (4)(5)(13)(14)(34)(15)(16). Med afsæt i denne problemstilling er det således nødvendigt, at der skabes opmærksomhed på de psykiske problematikker, der kan komme opstå hos borgere i fertilitetsbehandling.

Ovenstående analyse har bidraget til at nuancere kompleksiteten i problemstillingen, som infertilitet og fertilitetsbehandling udgør, hvortil den socioøkologiske model har bidraget til at analysere, hvorledes infertilitet influerer på det danske velfærdssamfund i form af faldende replacement level. Dermed kan infertilitet betragtes som en samfundsmæssig problematik. Antallet af borgere, der har behov for fertilitetsbehandling, er stigende, hvilket bevirker, at flere borgere vil skulle gennemgå et behandlingsforløb, der ifølge litteraturen kan være psykisk belastende. Hertil har det organisatoriske niveau bidraget til at fremanalysere en sundhedsmæssig problematik, idet fertilitetsbehandlingens organisering kan have betydning

for, at der i Danmark ikke er et særskilt fokus på de psykiske belastninger, som borgere oplever i forbindelse med fertilitetsbehandling.

2.2 Bio-psyko-sociale faktorer af betydning for infertilitet

I 2017 foretog et udvalg af 25 eksperter fra forskellige instanser, herunder FN og WHO, en ændring af den internationale definitionen på infertilitet med henblik på at gøre begrebet dækkende for et bredere spektrum af de forhold, der påvirker et individs eller pars evne til at reproducere, idet infertilitet i tidligere definitioner primært blev forstået og defineret som en sygdom (35). I definitionen fra 2017 skete der en udvidelse af begrebet, hvor den nye definition tager højde for, at en manglende evne til at opnå graviditet ikke nødvendigvis skyldes sygdom:

“A disease characterized by the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse or due to an impairment of a person's capacity to reproduce either as an individual or with his/her partner. (...) Infertility is a disease, which generates disability as an impairment of function” (35, s. 401)

Infertilitet kan således ikke kun betragtes som en ren medicinsk sygdom, men må ligeledes betragtes som en situation hvor borgeren kan opleve nedsat frugtbarhed og som en tilstand der er medvirkende til at mindske evnen til at reproducere i en kortere eller længere periode i livet. I det følgende vil årsager til infertilitet og behov for fertilitetsbehandling blive anskuet ud fra den bio-psyko-sociale model af George L. Engel, idet modellen bidrager til at skabe en helhedsorienteret forståelse af sundhed og sygdom, hvor der tages højde for både det biologiske, psykiske og sociale perspektiv (36)(37).

2.2.1 Biologiske faktorer

Betragtes årsager til infertilitet ud fra biologiske aspekter, kan problemstillingen forklares ud fra faktorer som påvirker det enkelte individs eller parrets sundhed. Der kan være forskellige årsager til nedsat frugtbarhed eller infertilitet, hvor infertilitet kan skyldes en enkelt faktor eller flere konkurrerende faktorer hos enten kvinden, manden eller hos begge parter (8)(38)(2). I et studie af Skakkebæk et al. understreges det, at der ikke ses en kønsdifferentiering i forhold til infertilitet, eftersom det for cirka 50% af alle par, der er

diagnosticeret med en identificerbar årsag til deres infertilitet, skyldes faktorer hos kvinden, mens det for den anden halvdel af parrene skyldes faktorer hos manden (25). Hertil er det dog væsentligt at påpege, at det i ca. 15-30% af alle tilfælde af infertilitet hos en borger ikke er muligt at finde årsagen til infertilitet (39)(40).

Biologiske faktorer omhandler hormonelle og genetiske årsager til infertilitet, herunder også hormonelle sygdomme hos kvinden, som kan påvirke menstruationscyklus og medføre nedsat ægløsning (41). En anden vigtig biologisk faktor er alderen for både manden og kvinden, hvor der i takt med stigende alder sker en øget risiko for bl.a. aldersrelateret infertilitet, kromosomfejl hos fosteret, abort, føtal død og præterm fødsel (42). For kvinden ses der en negativ sammenhæng mellem stigende alder og fertilitet, hvor kvindens fertilitet er højest i alderen 19-26 år, hvorefter den er gradvist faldende med det mest markante fald i fertiliteten omkring 35-års alderen (38)(43)(44). I takt med en stigning i kvindens alder, sker der et fald i antallet af ægceller og de kvindelige kønshormoner, hvorfor kvindens menstruationscyklus forkortes og bliver mere irregulær, hvilket er medvirkende faktorer til at kvindens fertilitet mindskes (43). Eksempelvis er sandsynligheden for at en kvinde bliver gravid, når hun er under 30 år 71%, mens sandsynligheden reduceres til 41%, når kvinden er over 36 år gammel (43). For manden har alderen ligeledes betydning for fertiliteten. I takt med at manden bliver ældre, sker der et fald i testosteronniveau og forskning har påvist, at der i 35-års alderen sker en nedgang i sædvolumen og forringelse af motiliteten af sædcellerne (38)(43)(45)(46) og en signifikant forringelse af sædcellekvaliteten efter manden er fyldt 40 år (43)(47). Hos mænd er testikelkræft endvidere hyppig årsag til nedsat fertilitet og infertilitet, men også hormonelle og genetiske sygdomme, der influerer på sædcelledannelsen, har betydning for mænds fertilitet (25). I modsætning til de biologiske faktorer, der kan være meget svære at ændre på, har livsstilsmæssige faktorer i højere grad potentiale til at blive ændret. De livsstilsmæssige faktorer i relation til infertilitet omhandler bl.a. KRAM-faktorer såsom rygning, kost, alkohol og fysisk aktivitet, men omfatter også faktorer såsom seksuelt overførte sygdomme, mental sundhed og alder (8)(43)(38). Individets vægt samt kost- og motionsvaner har bl.a. betydning for fertiliteten, hvor overvægt, defineret som et body mass index (BMI) over 25, har signifikant negativ indvirkning på fertiliteten hos både mænd og kvinder, eftersom overvægt hos mænd påvirker sædkvaliteten i form af lavere sædcellekonzentration og sædcellemotilitet, mens overvægt hos kvinder nedsætter chancerne

for at det befrugtede æg implanterer sig i livmoderen og øger risikoen for spontane aborter (43).

2.2.2 Psykiske faktorer

Betragtes årsagerne til infertilitet ud fra psykiske aspekter peger forskningen på, at det ikke blot er KRAM-faktorer, der har betydning for fertiliteten, men at der også kan være en association mellem psykisk stress og infertilitet (15)(38)(4)(48)(49). I et studie af Petraglia et al. fremhæves det, at psykisk stress kan influere på det hormonelle samspil hos kvinden, hvormed der kan opstå ubalancer i kvindens hormonelle system - herunder menstruationscyklus og ovulation - hvorimod psykisk stress hos mænd har betydning for sædkvaliteten, bl.a. i form af en lavere koncentrationen af sædceller (38). Studiet af Petraglia et al. belyser således betydningen af psykisk stress i relation til fertilitet for både kvinder og mænd. Dette understøttes endvidere i et studie af Minucci, som argumenterer for, at der er en association mellem pars psykiske velbefindende og deres chance for at blive gravide, idet psykisk stress og negative psykiske reaktioner i forbindelse med infertilitet kan være medvirkende til at forlænge et pars fertilitets-problematikker (15). Dog fremhæves det i studiet af Minucci, at der endnu ikke foreligger sufficient viden om sammenhængen mellem psykisk stress og infertilitet (15). Et studie af Rooney og Domar nuancerer dog associationsforholdet mellem stress og infertilitet, idet studiet fremhæver, at der nu foreligger sufficient viden om at infertilitet forårsager stress, men at der fortsat mangler viden om, hvorvidt stress kan forårsage infertilitet (4). Således er der ikke et entydigt svar på hvorvidt der er sammenhæng mellem stress og infertilitet. Dog bidrager studierne af Petraglia et al., Minucci og Rooney & Domar til at skabe forståelse for det komplicerede samspil, der er mellem et individs psykiske velbefindende og infertilitet.

2.2.3 Sociale faktorer

Betragtes årsagerne til infertilitet ud fra sociale aspekter, kan forklaringen på infertilitet relatere sig til dominerende tendenser i samfundet. Eksempelvis er der i de nordiske lande i de seneste årtier sket en stigning i alderen for førstegangsmødre og- fædre (42), hvor

gennemsnitsalderen for førstegangsfødende kvinder i Danmark er steget fra 26,3 år i 1990 til 29,4 år i 2019, mens gennemsnitsalderen for førstegangsfædre er steget fra 28,8 år i 1990 til 31,4 år i 2019 (50). En fortsat stigning i gennemsnitsalderen for førstegangsforældre kan have langsigtede konsekvenser, hvortil den danske professor Lone Schmidt, der forsker i reproduktiv sundhed, forudser, at der i fremtiden vil ske en stigning i incidensen af infertilitet som følge af bl.a. en stigende alder hos befolkningen (51). Denne stigning i alderen for førstegangsforældre er dermed problematisk for fertiliteten af to årsager. For det første kan en stigende alder hos borgere, der ønsker at få børn, bidrage negativt til udviklingen i den totale fertilitetsrate, jf. afsnit 2.1, eftersom en udskydelse af graviditet øger risikoen for at borgeren, på trods af muligheden for at modtage fertilitetsbehandling, ikke opnår det ønskede antal børn. For det andet har stigende alder negativ indvirkning på både mænds og kvinders fertilitet, jf. afsnit 2.2.1, hvor udviklingen i gennemsnitsalderen for førstegangsforældre bevirker, at flere i dag får børn i en alder, hvor fertiliteten er markant dårligere. På trods af viden om, at stigende alder har negativ indvirkning på fertiliteten, fremgår det af ovenstående, at der ses en stigende tendens i gennemsnitsalderen for førstegangsforældre i den danske befolkning og spørgsmålet er da, hvad der kan ligge til grund for denne udvikling.

I et studie af Vassard et al. konkluderes det, at samfundsmæssige faktorer kan have indvirkning på hvornår par ønsker at få børn sammen (52). Eksempelvis ses det i litteraturen, at forhold såsom at finde den rigtige partner, at færdiggøre studier eller sikre økonomisk stabilitet før familiedannelse har indvirkning på, at flere par vælger at udskyde forældreskabet (52)(53)(54)(55). Endvidere kan forhold omkring karrieren have betydning for beslutningen om at få børn, hvor barselsorlov og praktiske udfordringer i livet med småbørn kan have betydning i forhold til muligheden for at prioritere arbejde og karriere (52). Hertil bidrager studierne af Petraglia et al. og Vassard et al. til at belyse, at der særligt i højindkomstlande er sket en ændring i den sociale adfærd, idet kvinder i langt højere grad end tidligere vælger at forfølge en karriere og derfor venter med at få børn til de har etableret et fast job, hvilket bevirker, at langt de fleste par på dette tidspunkt i livet vil være i 30'erne med den konsekvens, at fertiliteten på dét tidspunkt er faldende (38)(52).

Når kvinder midlertidigt fravælger børn ved valg af karriere, kan valget muligvis forklares ud fra de strukturelle ændringer i samfundet som historisk set skete omkring 1960'erne (56). Fra 1965 skete der en udvikling i antallet af kvinder, der kom på arbejdsmarkedet, men især skete der en markant stigning fra 1970'erne i antallet af kvinder,

der tog en uddannelse og kom på arbejdsmarkedet (56). Siden 1960'erne er der sket en stigning i antallet af kvinder, der dels tager en uddannelse og dels har et højere uddannelsesniveau (56). Denne tendens synes at fortsætte, idet der fra 2005 til 2018 er sket over en fordobling i antallet af kvinder, der har fuldført en lang videregående uddannelse, fra 54.977 til 115.555 (57). At denne samfundsudvikling har haft betydning for befolkningens fertilitet, understøttes af et kohortestudie af Cohen et al., hvori effekten af graviditet under uddannelse og effekten af uddannelse for fertilitet blandt kvinder, undersøges (58). Studiets resultater viser, at kvinder med længerevarende uddannelse har færre fødsler og konkluderer, at graviditet kan være en forhindring for at kvinder tager en uddannelse, idet kvinder som får et eller flere børn tidligt i livet med større sandsynlighed vil droppe studiet eller fravælge en længerevarende videregående uddannelse (58). Lignende fund er gjort i studierne af Bhrolcháin et al. og Berrington et al. hvori det konkluderes, at særligt uddannelsesniveau har betydning for tidspunktet for familiedannelse, eftersom der er fundet en kausal sammenhæng mellem højt uddannelsesniveau og højere alder for forældreskab, idet en længerevarende uddannelse bevirker, at uddannelsen afsluttes på et senere tidspunkt i livet (59)(60). Idet flere kvinder fuldfører en uddannelse på et højere niveau kan det med afsæt i studierne af Cohen et al. og Bhrolcháin et al. bevirke, at flere kvinder vil udskyde tidspunktet for, hvornår de vælger at få børn, hvilket kan forklare, hvorfor der er sket en stigning i gennemsnitsalderen for førstegangsfødende kvinder. Ydermere ses der fertilitetsudfordringer for kvinder, som har et job, der er stressfyldt og har en høj arbejdsbyrde, idet kvinder, som oplever deres job som krævende, har mindre sandsynlighed for at blive gravide målt som relativ risiko på 0,6 (95% CI: 0,42-0,96) (38). Der ses således en signifikant association mellem kvinder som har et krævende job og sandsynlighed for at blive gravid. Resultatet af studiet understøttes af et studie af Barzilai-Pesach et al. som ligeledes finder, at arbejdsbyrden og stress relateret til arbejde er associeret med mindre chance for at gennemføre en graviditet eller opnå succes med fertilitetsbehandling (61).

Således bidrager ovenstående analyse af sociale risikofaktorer til at belyse, hvordan udviklingen af samfundet kan have indvirkning på fertilitetsrelaterede problematikker. Samfundets udvikling siden 1960'erne og frem til i dag har bevirket, at kvinder i højere grad gennemfører højere videregående uddannelser. Ydermere kan kvinders ønske om at forfølge en karriere og besidde et krævende job også kan have negativ indvirkning på fertiliteten. Denne demografiske udvikling i Danmark indikerer således, at der fortsat kan være en folkesundhedsmæssig problematik i relation til infertilitet, eftersom tendensen i samfundets udvikling tyder på, at faktorer såsom uddannelsesniveau, job og karriere fortsat vil have

betydning for en stigning i gennemsnitsalderen for førstegangsførelse og dermed stigning i antallet af borgere med fertilitetsudfordringer.

Opsummerende har ovenstående analyse af bio-psyko-sociale faktorer medvirket til at skabe forståelse for, at årsagerne og risikofaktorerne for infertilitet er multifacetterede og at problemstillingen spænder over alle fem niveauer i den socioøkologiske model. Eksempelvis kan biologiske faktorer, såsom alder, på det intrapersonelle niveau have betydning for individets fertilitet, mens også sociale faktorer såsom uddannelseslængde og etablering af karrier på det organisatoriske og samfundsmæssige niveau kan have indvirkning på hvornår man vælger at få børn. Dermed er det vanskeligt at pege på en enkeltstående udløsende årsag til, hvorfor infertilitet udgør en folkesundhedsmæssig problemstilling. Endvidere har anvendelsen af den biopsykosociale model bidraget til at skabe en helhedsorienteret forståelse for de forskellige årsager til at der er sket en stigning i antallet af borgere, der har behov for at søge fertilitetsbehandling, idet flere forskellige biologiske, psykiske og sociale årsager tilsammen kan influere på denne udvikling. Der er således tale om et komplekst problem, hvorfor det vurderes relevant at undersøge selve fertilitetsbehandlingen og praksis i det danske sundhedsvæsen for at opnå forståelse for de kontekstuelle betingelser i den danske organisering af fertilitetsbehandlingen.

2.3 Fertilitetsbehandling i det danske sundhedsvæsen

I et studie af Christiansen et al. fremhæves det, at de nordiske lande gennem flere år har været blandt de lande i verden, hvor den højeste andel af børn undfanges og fødes efter fertilitetsbehandling, hvor andelen af børnefødsler efter fertilitetsbehandling i Danmark siden 2007 har ligget mellem 7-10 % (28). I de nordiske lande er størstedelen af patienterne, der modtager fertilitetsbehandling, heteroseksuelle par med fertilitetsudfordringer (19). Endvidere tilbydes der i Danmark fertilitetsbehandling til enlige kvinder og homoseksuelle par, herunder også homoseksuelle mænd, der vælger at få barn sammen med en kvinde (62). Dette bevirker, at målgruppen, der modtager fertilitetsbehandling i Danmark, formodentligt kan have en anden demografisk sammensætning, såsom alder, uddannelsesniveau og indkomst niveau, sammenlignet med fertilitetspatienter i udlandet. Dette understøttes af WHO der angiver, at nordiske lande, herunder Danmark, hvor der er en mere generøs tilgang til fertilitetsbehandling sammenlignet med mange andre lande, hvor borgeren i større eller

mindre grad selv skal betale for behandling, kan have en bredere sammensætning af målgruppen for fertilitetsbehandling (63).

I Danmark er der fri og lige adgang til fertilitetsbehandling på enten offentlige fertilitetsklinikker eller private fertilitetsklinikker, der har overenskomst med det offentlige (64)(65). Dertil har enlige kvinder, der ikke har børn, ret til fertilitetsbehandling, mens par har ret til hjælp til fertilitetsbehandling efter et års uhonoreret forsøg med at opnå spontan graviditet og kun såfremt parret ikke har fælles børn (62). Eftersom behandling på private fertilitetsklinikker er forbundet med egenbetaling og derfor ikke vil være et tilbud, der er økonomisk tilgængeligt for alle borgere i Danmark, vil størstedelen af borgere med fertilitetsudfordringer i Danmark formodentligt gennemgå et offentligt behandlingsforløb som førstevalg. Dermed kan gratis fertilitetsbehandling inden for det offentlige sundhedsvæsen bevirke, at flere borgere vælger at gennemgå fertilitetsbehandling i Danmark sammenlignet med international kontekst. Samtidig kan et gratis fertilitetsbehandlingstilbud formodentlig reducere den sociale ulighed i relation til hvilke borgere, der kan få børn ved hjælp af MAR, idet et gratis tilbud skaber lige adgang for borgere på tværs af sociale klasser. Endvidere er Danmark ét af de lande i verden, der er førende inden for det reproduktive område med hensyn til den teknologiske udvikling (17), hvilket dermed kan være en medvirkende årsag til, at andelen af børn, der i Danmark fødes efter fertilitetsbehandling, er større sammenlignet med andre ikke-nordiske lande.

Det offentlige sundhedsvæsen tilbyder to former for fertilitetsbehandling: intrauterin insemination, også kaldet inseminering, samt in vitro fertilisering (IVF), også kaldet reagensglasbehandling (66)(67)(68)(32). På de offentlige fertilitetsklinikker er der et begrænset antal behandlinger, hvor der i udgangspunktet tilbydes tre insemineringsforsøg og såfremt der ikke opnås graviditet, kan borgeren efterfølgende tilbydes op til tre IVF-behandlingsforsøg (32). I den seneste rapport fra Sundhedsdatastyrelsen i 2017 omhandlende medicinsk assisteret reproduktion (MAR) fremgår det endvidere, at ud af de i alt 31.190 udførte insemineringer og IVF-behandlinger, der blev udført på kvinder med dansk cpr-nummer, resulterede det i 5326 levendefødte børn fordelt på 5.044 fødsler (69). Tallene viser, at langt fra alle fertilitetsbehandlinger fører til fødsel af levendefødte børn. Dermed er mislykkede behandlinger forventelige og en præmis for borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling. I et review af Gameiro et al. konkluderes det, at 72 % af alle par i fertilitetsbehandling vil få et barn (70). I forlængelse heraf understreger Dansk Fertilitetsselskab, at chancen for at opnå graviditet er betinget af kvindens alder og behandlingsmetode, hvor chancen for graviditet pr. behandling ved insemination er ca. 7,2-

12,6% og ved IVF er ca. 8,7-20,7 % (71). Dermed kan der være høj risiko for, at borgere i fertilitetsbehandling kan opleve mislykkede behandlinger med MAR, hvortil et tværseksstudsie af Maraoufizdeh et al. Konkluderer, at flere mislykkede behandlinger er associeret med forstærkede symptomer på angst og depression (14). Den danske organisering af fertilitetsbehandlingstilbuddet kan dermed have negative konsekvenser på borgerens psykiske velbefindende, idet de fleste borgere som udgangspunkt vil blive tilbudt insemination som første del af fertilitetsbehandlingen, hvor chancen for at opnå graviditet er lavere sammenlignet med IVF-behandling. Årsagen til, at der dog ikke udelukkende tilbydes IVF-behandling er, at denne behandlingsform er mere invasiv og mere fysisk og psykisk belastende for kvinden, bl.a. fordi IVF-behandling indebærer at kvinden skal injicere en langt større dosis hormon, hvilket kan medføre en række fysiske bivirkninger, såsom overstimulering, væske i bughulen, smerter, kvalme og humørsvingninger (72)(66)(67)(68). Den psykiske belastning, som fertilitetsbehandling kan medføre, kan endvidere have betydning for hvorvidt borgeren vælger at fortsætte eller afbryde behandlingen. Hertil konkluderer reviewet af Gameiro et al., at stadig flere borgere - på trods af gode prognoser og mulighed for at få dækket de økonomiske omkostninger - vælger at afbryde behandlingen før de opnår at blive forældre (70). I reviewet peger forfatterne på, at hovedårsagen til at fertilitetsbehandlingen afbrydes kan hænge sammen med den psykologiske byrde, der er forbundet med behandling (70). Det tyder således på, at fertilitetsbehandling kan være svært at gennemføre for nogle borgere grundet den psykiske byrde som behandlingen kan medføre.

Ovenstående analyse af fertilitetsbehandlingstilbuddet i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark har belyst, at fertilitetsbehandling for det første kan være både fysisk og psykisk belastende at gennemgå, særligt for kvinden, og for det andet at fertilitetsbehandling ikke er en garanti for at få et barn, hvorfor også dette forhold kan udgøre en mental belastning for borgerne. Hertil har den socioøkologiske model bidraget til at analysere, hvordan det politiske- og lovgivende niveau samt det organisatoriske niveau influerer på det inter- og intrapersonelle niveau, idet rammerne for det offentlige behandlingstilbud kan have indvirkning på den psykiske belastning som forløbet kan medføre. Dermed kan der være adskillige konsekvenser forbundet med infertilitet og fertilitetsbehandling, hvilket vil blive udfoldet i det følgende afsnit.

2.4 Konsekvenser af infertilitet og fertilitetsbehandling

I det følgende vil de forskellige konsekvenser for borgere med nedsat fertilitet blive afdækket og udfoldet med henblik på at underbygge den folkesundhedsmæssige problemstilling i relation til, at der på nuværende tidspunkt ikke er særskilt fokus på psykiske aspekter i forbindelse med fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Konkret vil der blive foretaget en analyse af konsekvenser, der præger hverdagslivet for hhv. par, kvinder og mænd, herunder også langsigtede konsekvenser både for individet og de børn, der eventuelt kommer til verden efter fertilitetsbehandling. Eftersom infertilitet ofte først bliver diagnosticeret i forbindelse med fertilitetsbehandling, er det i praksis svært at skelne mellem konsekvenser af hhv. infertilitet og fertilitetsbehandlingen og derfor vil følgende analyse centrere sig omkring begge aspekter.

2.4.1 Konsekvenser for par

I i-lande bliver infertilitet primært anset som en tilstand, der ikke kun angår den ene part i forholdet, men derimod har betydning og konsekvenser for begge parter i parforholdet - uanset om årsagen til parrets infertilitet skyldes den ene eller begge parter (7). Infertilitet betragtes som én af de største eksistentielle livskriser et par kan være tvunget til at gennemgå og barnløshed, som følge af infertilitet, er associeret med omfattende psykosociale konsekvenser for parret, eftersom parrets hverdagsliv og rutiner forstyrres som følge af infertilitet og fertilitetsbehandling (6)(7)(8)(9)(1). For borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling, kan der være konsekvenser såsom mindsket selvværd, oplevelse af psykisk pres og stress i relation til det seksuelle samliv, depression, skyld, angst, frustration, følelse af isolation samt ægteskabelige problematikker, såsom tab af lyst og spontanitet i det seksuelle samliv, hvilket kan true forholdet (14)(34)(5)(15)(16). Endvidere kan infertilitet og fertilitetsbehandling betragtes som kroniske stressorer, idet borgere med fertilitetsudfordringer kan have en begrænset indflydelse på udfaldet af behandlingen og årsagerne til infertiliteten og dermed kan opleve en ringe grad af kontrol over deres eget liv og ønsket om at danne en familie (5)(16).

Årsagen til at infertilitet kan have stor indvirkning på parrets trivsel og livskvalitet kan ud fra et sociologisk perspektiv skyldes, at der i nutidens samfund lægges vægt på forældreskabet frem for ægteskabet, hvormed et barn i højere grad end tidligere er

medvirkende til at konstituere et pars identitet, følelsesmæssige forankring og selvforståelse (73). Ifølge den danske antropolog Tine Tjørnhøj-Thomsen har barnløshed en negativ indvirkning på pars identitet og selvforståelse, fordi der i Danmark er en opfattelse af, at en familie for det første betragtes som mindre fuldkommen uden børn og for det andet at børn er en nødvendighed for at det enkelte menneske lykkes som person i samfundet (74). Tjørnhøj-Thomsens forskning er således med til at understøtte, hvordan infertilitet kan påvirke parrets identitet og selvfølelse i form af en følelse af ufuldkommenhed. Ydermere fremhæves det i en litteraturgennemgang af Minucci, at infertilitet indebærer en høj grad af psykisk smerte, idet barnet allerede eksisterer i parrets forestilling - før dets biologiske liv og før undfangelsen finder sted - og at det er denne forestilling der brister, når det ikke lykkes for parret at opnå graviditet (15). Denne problematik understøttes i et studie af Zurlo et al. som i tråd med Minucci argumenterer for, at par vil sørge over tabet af et barn, selvom det aldrig har eksisteret i biologisk form og at denne sorg kan resultere i depression (75). Dermed kan infertilitet og tidshorisonten i fertilitetsbehandlingen bevirke, at følelsen af ufuldkommenhed og at mislykkes som person fortsætter indtil parret bliver forældre. Ovenstående er således medvirkende til at eksplicitere hvorfor infertilitet kan være en stor omvæltning og eksistentiel livskrise for parret, når deres forestillinger om at blive forældre og identitet som par, ikke bliver en realitet, som parret kan opnå på egen hånd, eller i yderste konsekvens at parret ikke opnår at få et liv med biologiske børn.

Når et par begynder i fertilitetsbehandling, kan der opstå yderligere udfordringer som kan få negative konsekvenser for parforholdet og for individerne hver især. Et studie af Galhardo et al. konkluderer, at par i fertilitetsbehandling udviste signifikant højere niveauer af depression samt ekstern og intern skam, sammenlignet med fertile par eller par, der havde valgt at adoptere (76). Ifølge studiets forfattere kan dette indikere, at par med fertilitetsudfordringer i højere grad ser dem selv som nogen der for omverdenen har negative karaktertræk, og dermed ikke er attraktive, men derimod ubrugelige, fejlbehæftede eller laverestående individer som desuden er utilstrækkelige og uværdige, anderledes og ikke værd at elske (76). Deri kan ansvarsplaceringen problematiseres i forhold til at flere par oplever at være ufrivilligt barnløse. I den forbindelse er det interessant at Vidensrådet i højere grad peger på at *“(...) hver tiende kvinde i Danmark er enten ufrivilligt barnløs eller får færre børn end ønsket på grund af egen og/eller partners nedsatte frugtbarhed.”* (2, s. 7). I citatet fremgår det, at grunden til den tendens vi ser i Danmark omkring antallet af kvinder der enten er ufrivillig barnløse eller får færre børn end de har ønsket, skyldes kvindens egen nedsatte frugtbarhed og/eller partnerens. Dog er der jf. afsnit 2.2 argumenteret for at årsagerne til

infertilitet er komplekse og at det ikke kun drejer sig om biologiske aspekter, men ligeledes om psykiske og sociale aspekter. Ved kun at fokusere på de biologiske årsager kan der opstå negative utilsigtede konsekvenser for par som ønsker børn, idet citatet kan være en udlægning af en ansvarliggørelses-strategi også kaldet "blame-the-victim" hvor ansvaret lægges på den enkelte, hvorved det bliver det enkelte individs pligt og ansvar at leve op til de sundhedsmæssige krav (77).

I modsætning til de negative konsekvenser af fertilitetsbehandling er det i et dansk studie af Smith et al. undersøgt, hvorvidt infertilitet kan have fordele for gifte par og herunder hvorvidt det kan styrke ægteskabet og bringe par tættere på hinanden (78). Ved 12 måneders follow-up fandt studiet, at der for både kvinder og mænd kan være en høj grad af rapporterede fordele forbundet med infertilitet i relation til deres ægteskab, herunder brug af bedre kommunikation (78). Således kan infertilitet ikke alene betragtes ud fra negative aspekter, men må også anses som en mulighed for at par kan opleve at blive styrket i deres relation, hvor bedre kommunikation kan være en prædiktør for at fertilitetsbehandling kan opleves som et mere positivt forløb. Endvidere konkluderer studiet af Galhardo et al., at par med fertilitetsudfordringer har en højere score af intimitet, hvilket kan tyde på, at infertilitet ligeledes kan fungere som en samhørighedsfaktor for parret (76). Dette understøtter argumentet om, at fertilitetsbehandling ikke kun har negative konsekvenser, men også kan have et potentiale for at skabe mere samhørighed mellem parret. Omvendt kan infertilitet og fertilitetsbehandling også have konsekvenser for parrets samliv og sexliv, hvor sex kan opleves som mekanisk og påtvunget, idet samlejet må planlægges omkring tidspunktet for kvindens ægløsning, hvilket kan have negative konsekvenser for parrets tilfredshed med det seksuelle samliv, herunder dybden af intimitet og evnen til at dele nydelse med hinanden (79)(80). Således kan der være negative konsekvenser for parrets seksuelle samliv og samhørighed undervejs i fertilitetsbehandlingsforløbet, idet parrets samliv bliver genstandsfelt for sundhedsvæsenets indgriben.

Infertilitet og fertilitetsbehandling kan også have langsigtede konsekvenser, der ikke blot har betydning for det enkelte individ, men som også kan have indvirkning på parret, familien og eventuelle fremtidige børn. En konsekvens af enten at ophøre med fertilitetsbehandling før opnået graviditet eller at et afsluttet behandlingsforløb ikke medførte graviditet og fødsel af et barn, kan være, at borgerens ufrivillige barnløshed bliver til permanent barnløshed, hvortil et studie af Pinborg et al. konkluderer, at en fjerdedel af alle par, der har været i fertilitetsbehandling, efter 5 år fortsat vil være ufrivilligt barnløse (81). At fertilitetsbehandling dermed ikke er en garanti for at få et barn, kan have langsigtede

konsekvenser for de borgere og par, der har været igennem et behandlingsforløb. I et studie af Johansson & Berg fandt man, at par, der to år efter afsluttet fertilitetsbehandling, fortsat var ufrivilligt barnløse, oplevede barnløsheden som en livssorg, eftersom parret bl.a. følte, at de ikke kunne bekræfte deres parforhold gennem forældreskabet (82). Ydermere fandt et studie af Johansson et al., at mænd og kvinder, som ikke var blevet forældre efter fertilitetsbehandlingen, havde en lavere grad af generelt velbefindende, højere niveau af depressive symptomer og lavere grad af følelse af sammenhæng i deres liv sammenlignet med par som blev forældre (11)(10). I forlængelse heraf konkluderer et studie af Wirtberg et al., at permanent biologisk barnløshed har langsigtet negativ indvirkning på samlivet, bl.a. i form af øget risiko for skilsmisse (83).

Således kan infertilitet og mislykkede fertilitetsbehandlinger have negative konsekvenser for det psykiske velbefindende, hvor særligt permanent barnløshed kan have langsigtede og vidtrækkende konsekvenser. Omvendt tyder det også på, at et succesfuldt behandlingsforløb, der fører til fødsel af et levendefødt barn, også kan have langsigtede negative konsekvenser, der ikke blot berører det enkelte menneske eller par, men som også kan få betydning for det kommende barn. I et review af Ross et al. konkluderes det, at kvinder, der blev gravide efter fertilitetsbehandling, havde en højere risiko for efterfødselsdepression sammenlignet med kvinder, der blev spontant gravide (84). Denne øgede risiko for depression efter fødslen kan muligvis skyldes, at det kan være psykisk belastende at gennemgå fertilitetsbehandling, jf. afsnit 2.3, og eftersom der i det nuværende offentlige fertilitetsbehandlingsforløb ikke i udstrakt grad tages hånd om disse psykiske udfordringer, kan det potentielt få betydning for den psykiske trivsel hos de kommende forældre og barn. Ydermere kan depressive symptomer hos moderen være en risikofaktor for en dårligere tilknytning til barnet (12), hvilket dermed kan trække langt ind i forældreskabet og få implikationer for barnets trivsel (85).

2.4.2 Konsekvenser for kvinden

Ifølge litteraturen er der flere problematikker, som er særligt gældende for kvinder i forbindelse med infertilitet og fertilitetsbehandling, hvor bl.a. følelsen af at miste drømmen om at skabe et barn sammen med partneren og misundelse over andre kvinder, der er blevet mødre, er fremtrædende hos kvinder med fertilitetsudfordringer (86)(87)(7). I et kvalitativt forskningsstudie konkluderer Martin-Matthews og Matthews, at idet alder har betydning for kvinders fertilitet, er det karakteristisk for kvinder med fertilitetsudfordringer, at de har en

følelse af, at tiden løber fra dem, hvor særligt familiemæssige, biologiske og behandlingsmæssige tidsrammer er medvirkende til at skabe denne følelse af tidspres hos kvinden (87). Desuden kan kvinders øgede psykiske påvirkning af infertilitet skyldes, at der er en sociokulturel kønsforskel relateret til infertilitet, idet kvindens identitet og sociale status i høj grad er tæt forbundet med at være frugtbar, fødedygtig og det at blive mor (88). I vestlige lande er det at være ufrivillig barnløs blevet et biomedicinsk problem, hvorved det at søge medicinsk hjælp ses som en passende løsning. Dog kan det at blive diagnosticeret med infertilitet samt at søge hjælp herfor, særligt for kvinden, medvirke til en selvopfattelse af at være abnorm, idet en diagnose kan betyde at kvinden i endnu højere grad kan føle at hun har fejlet i at reproducere og udfylde sin sociale rolle som kvinde (88). Herved ses en social konflikt i, at kvindekroppen i dette tilfælde ikke kan opfylde de ønsker og krav som kvinden har i forhold til at kunne udfylde en bestemt rolle og præsentere et særligt selv billede (88). Denne sociale konflikt i forhold til at udfylde en bestemt kvinderolle, kan formodes at gøre sig gældende for både enlige kvinder samt kvinder i parforhold. For kvinden kan de psykiske konsekvenser som følge af infertilitet endvidere komme til udtryk gennem en følelse af at kroppen har svigtet, hvilket kan medføre følelser af skyld, jalousi, frustration og kontroltab (9). Endvidere konkluderes det i et studie af Johnson & Fledderjohann, at kvinder generelt har tendens til at tage ansvar for at det ikke er lykket at opnå graviditet, hvor kvinden kan mistænke sin egen krop for at være årsag til parrets barnløshed, også selvom der ikke er konstateret en endegyldig årsag (88). Hertil understreges det i et review af Greil et al., at kvinder i parforhold med infertilitet rapporterer om højere niveauer af infertilitets-relateret stresspåvirkning i forhold til deres partner (7). Ydermere har kvinder, der gennemgår fertilitetsbehandling, et højere stressniveau sammenlignet med kvinder med andre somatiske sygdomme, såsom kræft og hjertesygdom (21). Dertil konkluderes det i et dansk kohortestudie bestående af 42.000 kvinder, der modtog fertilitetsbehandling, at 35% af kvinderne havde symptomer på klinisk depression allerede inden opstart af fertilitetsbehandling (89). Kvinder er således ofte mere påvirket af infertilitet end mænd, hvilket bl.a. kan skyldes, at der historisk lægges langt mere vægt på infertilitet som et problem hos kvinden, hvorved det i mindre grad er søgt at forstå og behandle mandlig infertilitet. Derudover er det til stadighed i behandlingen af infertilitet i høj grad kvindens krop, der er genstand for den medicinske undersøgelse og behandling, uanset om det er kvinden eller mandens frugtbarhed, der er nedsat (88). Kvindens oplevelse af at opstarte fertilitetsbehandling beskrives som dominerende og afgørende for hverdagslivets rutiner (90)(7)(91). Eftersom det er kvindens krop, der er gjort til genstandsfelt for

fertilitetsbehandlingen, konkluderer van Balen et al. i et review, at der særligt er to modsætningsforhold, der gør sig gældende for kvinder, der modtager fertilitetsbehandling: 1) følelsen af kontroltab som følge af infertilitet fører kvinden til fertilitetsbehandling, hvor hun mister yderligere kontrol og 2) følelsen af tab af kropslig integritet fører kvinden til fertilitetsbehandling, hvor kroppen yderligere invaderes (90). Endvidere er det kvindens krop, der skal kunne bære og gennemføre en graviditet, og derfor er det også kvindens krop, der skal i medicinsk behandling. Med afsæt i van Balen et al.'s pointe om at fertilitetsbehandlingforløbet fører til, at kvindens krop invaderes, kan en utilsigtet konsekvens af behandlingen være, at der sker en medikalisering af kvindens krop. Ifølge Zola er medikalisering en proces, hvor hverdagslivet domineres, influeres og superviseres af det medicinske perspektiv (92). Denne medikaliseringsproces af hverdagsliv er karakteristisk for infertilitetspatienter, eftersom fertilitetsbehandlingsforløbet indebærer handlinger, der tidsmæssigt er nøje kontrolleret og planlagt, såsom hormonindsprøjtninger samt udtagning og oplægning af ægceller (7)(93). Ydermere kan medikamenter anvendt i fertilitetsbehandling have bivirkninger i form af psykiske symptomer, såsom angst, depression og irritabilitet (4). Disse medicinske bivirkninger kan således være medvirkende til at fertilitetsbehandlingen dels har større negativ indvirkning på kvindens psykiske velbefindende og samtidig kræver flere ressourcer for kvinder.

Infertilitet og fertilitetsbehandling kan også for kvinder have langsigtede konsekvenser, hvortil flere studier konkluderer, at en længerevarende infertilitetsperiode på 2-6 år kan have en negativ påvirkning på kvindens oplevelse af graviditet og det kommende moderskab, bl.a. en øget grad af emotionel sårbarhed, herunder bekymringer i forhold til fosterets trivsel, sammenlignet med kvinder, der har undfanget spontant (9)(94)(95)(96). Dette kan skyldes, at kvinder der har undfanget vha. fertilitetsbehandling tidligere har oplevet at deres krop ikke fungerede som forventet, og således kan have en forhistorie med udfordringer, nederlag og en oplevelse af inkompetence forbundet med at opnå graviditet, og således fortsat have nedsat tiltro til deres egen krops formåen (95). Endvidere peger studiet af HaCohen et al. på, at kvinder, der efter fertilitetsbehandling ikke har bearbejdet deres emotionelle påvirkninger heraf, kan udvikle overdrevne forventninger til dem selv som forældre, samt have forventninger om, at deres forældreskab vil forbedre deres psykiske belastning som følge af perioden med infertilitet (9). Dermed kan infertilitet have negative konsekvenser for moderskabet, men omvendt peger forskningslitteraturen samtidig på, at en graviditet efter en periode med infertilitet også kan have positive effekter. Hertil konkluderer studiet af HaCohen et al., at såfremt kvinden opnår graviditet efter en længerevarende periode

med infertilitet, kan graviditeten medvirke til at skabe empowerment hos kvinden, eftersom graviditeten er et symbol på succes på trods af store vanskeligheder (9).

Opsummerende ses der således flere aspekter af problematikken i relation til infertilitet hos kvinder, hvor infertilitet kan sætte sig dybe spor hos kvinden, være identitetsændrende og have længerevarende negative konsekvenser, der kan få negativ indvirkning på en eventuel graviditet og det kommende moderskab. Omvendt kan graviditet efter fertilitetsbehandling dog også være medvirkende til at genskabe kvindens tro på kroppen, rekonstruere kvindens identitet og øge empowerment.

2.4.3 Konsekvenser for manden

Historisk set har der været mindre fokus på konsekvenserne af infertilitet hos manden sammenlignet med kvinden (97)(98)(99). Dog er der de seneste to årtier kommet mere fokus på, at infertilitet også har psykiske, fysiske og sociale konsekvenser for mænd, hvilket vil blive belyst i dette afsnit.

I et dansk studie af Sylvest et al. konkluderes det, at 90% af mænd i de nordiske lande har et ønske om at blive fædre i fremtiden, men at en femtedel af disse mænd forbliver permanent barnløse (42). Overordnet set har infertilitet hos manden negativ indvirkning på mænds sundhed i form af dårligt mentale helbred, større risiko for psykosociale problemer og nedsat livskvalitet, hvilket konkret kan komme til udtryk i form af lavere selvværd, kontroltab, øget psykisk stress og angst og en øget følelse af stigmatisering (100). På samme måde som kvinder kan mænd også opleve infertilitet som en livskrise, hvor det i et review af Hanna og Gough konkluderes, at infertilitet influerer på mandens selvforståelse og mandlige identitet, eftersom mænd tilskriver faderskabet en betydning af at deres maskulinitet nu er bevist (98). Hertil peger den kvalitative forskning på, at den mandlige identitet og maskulinitet er forbundet med at være viril og potent og derfor kan mænd med fertilitetsudfordringer have frygt for at blive opfattet som seksuelt dysfunktionelle og impotente (98)(101). Dermed kan en konsekvens af infertilitet hos manden være, at han kommer ud i en identitetskrise, idet hans opfattelse af sig selv som værende maskulin, udfordres af infertilitetsproblematikken. I relation hertil konkluderes det i et studie af Smith et al., at mænd, der er i parforhold, hvor årsagen til parrets fertilitetsudfordringer er isoleret til at skyldes faktorer hos manden, har lavere livskvalitet og seksuel tilfredsstillelse, herunder øget erektil dysfunktion, sammenlignet med mænd, der er i parforhold, hvor årsagen til parrets fertilitetsudfordringer ikke kan isoleres til at skyldes faktorer hos manden (100).

Mænds oplevelse af, at infertilitet kan true deres maskulinitet, kan skyldes, at mænd ofte anser infertilitet som en problematik, der er primært relateret til kvinden (98), hvilket kan ses i lyset af den kønslige asymmetri i forbindelse med fertilitetsbehandling, hvor mandens fysiske bidrag i behandlingsforløbet er reduceret til at afgive en sædprøve (101). Dermed bidrager ovenstående studier til at eksplicite de negative fysiske og psykiske konsekvenser, som infertilitet kan have hos mænd, herunder særligt hvordan infertilitet hos manden opfattes som en livskrise, idet den kan true hans selvbillende og identitet som mand.

Afslutningsvist har dette afsnit omhandlende konsekvenser, været medvirkende til at afdække og udfolde de konsekvenser, der kan optræde hos borgere med fertilitetsudfordringer, familien og eventuelle fremtidige børn. Hverdagen i fertilitetsbehandling ændrer sig både i form af mindre psykisk velbefindende for individet og parret samt udfordringer i forbindelse med at deltage i sociale sammenhænge, hvilket b.la. kan resultere i social tilbagetrækning. Analysen har således bidraget med en dybere forståelse for, hvordan psykiske konsekvenser manifesterer sig på både det inter- og intrapersonelle niveau. Disse to niveauer påvirkes af det organisatoriske og samfundsmæssige niveau, hvor eksempelvis sundhedsvæsenets fokus på biologiske årsager til infertilitet, kan influere negativt på borgernes psykiske velbefindende i form af konsekvenser såsom blaming-the-victim og medikalisering. Konsekvenserne for borgere, som gennemgår fertilitetsbehandling, er således multifacetterede og indebærer både fysisk, psykiske og sociale konsekvenser, der kan komme til udtryk på forskellige tidspunkter både før, under og efter et fertilitetsbehandlingsforløb. Dermed er der tale om en kompleks folkesundhedsmæssig problemstilling, der har både kort- og langsigtede konsekvenser for borgeren og familien, idet en stor andel af disse borgere kan opleve omfattende og vidtrækkende psykiske konsekvenser i forbindelse med fertilitetsbehandling i det offentlige.

2.5 Kvalitetsudvikling af fertilitetsområdet i Danmark

Ovenstående analyse af årsager til infertilitet, fertilitetsbehandlingstilbuddet i det offentlige sundhedsvæsen og konsekvenser for hhv. parret, kvinden og manden, har tilsammen bidraget til nuancering af kompleksiteten af den folkesundhedsmæssige problemstilling, som infertilitet udgør i Danmark. I det følgende afsnit præsenteres et uddrag af forskningsstudier med henblik på at opnå viden om interventioner og aktiviteter, der kan fremme borgeres psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling.

2.5.1 Psykosociale interventioner til borgere i fertilitetsbehandling

I forskningslitteraturen findes der interventioner, der har til formål at mindske den psykiske belastning for borgere i fertilitetsbehandling. Som fremanalyseret i afsnit 2.2 kan infertilitet og fertilitetsbehandling betragtes ud fra en biopsykosocial tilgang, idet der er multiple og potentielt interagerende årsagsfaktorer og konsekvenser forbundet hermed. Ifølge den internationale begrebsliste for fertilitet og fertilitetsbehandling defineres infertilitetsrådgivning som: "*A professional intervention with the intention to mitigate the physical, emotional and psychosocial consequences of infertility*" (35, s. 401). Af definitionen fremgår det, at interventioner i relation til infertilitet og fertilitetsbehandling bør have fokus på at begrænse de fysiske, psykiske og psykosociale konsekvenser, der kan opstå i forbindelse med infertilitet. Endvidere bør interventionen bestå af en tværfaglig indsats, som f.eks. kan indebære samarbejde mellem læger, terapeuter og psykologer (13). Hertil konkluderes det i to reviews, at såfremt fertilitetsbehandling suppleres med tilbud såsom undervisning, coaching, psykologhjælp og kognitiv adfærdsterapi, ses der en association mellem behandling og en lavere forekomst af angst, depression og stress samt øget tilfredshed med parforholdet (49)(102). Endvidere konkluderer et studie af Somayeh et al., at også rådgivning har potentiale til at mindske niveauet af angst hos kvinder med fertilitetsudfordringer (103).

I et review af Frederiksen et al., hvori psykosociale interventioners effekt på psykisk velbefindende undersøges, konkluderes det, at psykosociale interventioner sideløbende med fertilitetsbehandling har en statistisk signifikant positiv indvirkning på flere psykiske aspekter hos både manden og kvinden, eftersom disse interventioner kan mindske depressive symptomer, angst og oplevelse af håbløshed (104). Ifølge Maraoufizdeh et al., er det relevant at have fokus på selve forløbet af fertilitetsbehandlingen, eftersom mislykkede forsøg i fertilitetsbehandlingen er medvirkende til at øge niveauet af depression og angst hos parret (14). Hertil peges der i studiet på, at rådgivning eller behandling af disse psykiske belastninger bør overvejes til de patienter, der oplever mislykkede forsøg, eftersom det kan have potentiale til at mindske den psykiske belastningsgrad undervejs i fertilitetsbehandlingsforløbet (14). Resultaterne fra studiet af Maraoufizdeh et al. indikerer, at der i forbindelse med udviklingen af en intervention med fordel kan tages højde for, at der kan være forskellige psykiske belastninger alt afhængigt af hvor i behandlingsforløbet borgeren er. Denne pointe understøttes ydermere af Klonoff-Cohen et al. og Hocaoglu som

konkluderer, at der er et behov for at mindske den psykiske belastning undervejs i behandlingsforløbet, idet psykisk stress kan mindske chancerne for et succesfuldt fertilitetsbehandlingsforløb, der resulterer i et levendefødt barn (105)(106).

I et kvalitativt studie af Philips et al. konkluderes det, at borgere i fertilitetsbehandling kan have modstand mod at skulle modtage psykisk støtte undervejs i behandlingsforløbet, eksempelvis fra en psykolog, eftersom borgerne anså behovet for at modtage denne form for rådgivning som dels et tegn på mental sygdom eller svaghed og dels som et aspekt, der var medvirkende til yderligere sygeliggørelse af borgeren (107). Omvendt konkluderes det i et studie af Read et al., at nogle borgere kan have behov for psykosocial støtte undervejs i fertilitetsbehandlingsforløbet (5). Studierne af Philips et al. og Read et al. fremhæver udfordringen ved, at fertilitetsbehandling kan skabe forskellige behov og ønsker, hvor det for borgere kan være gavnligt at få hjælp til at tackle de psykiske belastninger undervejs i forløbet, mens dette behov for andre kan opleves som et nederlag og tegn på manglende psykiske ressourcer.

Interventioner til par i fertilitetsbehandling bør ifølge Read et al. bestå af to elementer: 1) viden om infertilitet og fertilitetsbehandlingens indvirkning på parforholdet og 2) viden om den emotionelle og fysiske belastning forbundet med fertilitetsbehandling (5). I forlængelse heraf gav flere par i studiet af Read et al. udtryk for, at en mentor, der har erfaring med fertilitetsbehandling, kunne imødekomme deres behov for psykosocial støtte og viden, idet mentoren selv ville have erfaring med infertilitet og fertilitetsbehandling, og samtidig ville kunne opfylde parrets behov for viden og information om forløbet samt hjælp til coping (5). Studiet af Read et al. bidrager dermed med viden om hvilke elementer, der bør indgå i en psykosocial intervention for at have positiv indvirkning på det psykiske velbefindende. Dog foreligger der på nuværende tidspunkt ikke viden om, hvorvidt disse internationale resultater er overførbare i en dansk kontekst, eftersom bl.a. organiseringen af sundhedsvæsenet kan differentiere sig fra det danske sundhedsvæsen, og dermed kan have betydning for de behov og udfordringer, som danske borgere i fertilitetsbehandling kan have.

De sundhedsprofessionelle fremhæves som vigtige aktører i forhold til at fremme trivslen mellem parret og sikre en tidlig opsporing af psykisk belastning i forbindelse med fertilitetsbehandling (106)(8). Eksempelvis konkluderes det i et studie af Péroquin et al., at de sundhedsprofessionelle bør få indsigt i trivslen i parforholdet, herunder særligt viden om bebrejdelse mellem parterne i parforholdet, eftersom det kan bidrage til at skabe indsigt i parrets psykiske belastning (8). Dette fund understøttes af Hocaoglu, der konkluderer, at de sundhedsprofessionelle bør have fokus på parrets psykiske tilstand, eftersom manglende

fokus herpå kan have negativ betydning for parrets livskvalitet og resultatet af fertilitetsbehandlingen (106). Således kan det have betydning for par, der gennemgår fertilitetsbehandling, at der undervejs i behandlingen ikke blot er fokus på at opnå graviditet, men at der samtidig rettes opmærksomhed mod psykosociale aspekter, idet forskellige former for interventioner og tilbud kan være medvirkende til at fremme deres psykiske sundhed.

Opsummerende har afsnit 2.5 bidraget til en analyse på det organisatoriske niveau i form af interventioner, der finder sted i forbindelse med fertilitetsbehandling og dermed udspiller sig i mødet mellem patienten og de sundhedsprofessionelle på det organisatoriske niveau. Hertil bidrog analysen med viden om, at psykosociale interventioner på det organisatoriske niveau, kan have positiv indvirkning på det inter- og intrapersonelle niveau i forhold til at fremme borgerens og parrets psykiske velbefindende og trivsel.

2.6 Opsummering på problemanalysen

Overordnet set har den socioøkologiske model af McLeroy et al. gennem problemanalysen bidraget til at strukturere analysen af problemstillingen omkring hvordan borgernes psykiske velbefindende påvirkes af og interagerer på tværs af alle fem niveauer. På nuværende tidspunkt tyder det på, at der ikke er et særskilt fokus på den psykiske belastning, som infertilitet eller fertilitetsbehandling kan påføre borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen. Dette udgør en folkesundhedsmæssig problemstilling, eftersom infertilitet og fertilitetsbehandling kan have omfattende konsekvenser for borgers psykiske velbefindende. Et individs sundhed kan ikke blot afgrænses til at omhandle biologiske aspekter, men bør ifølge Engel også inkludere psykiske og sociale aspekter. I tråd med Engel der påpeger, at sundhed må betragtes ud fra et helhedsorienteret perspektiv, repræsenteres der i problemanalysen et perspektiv på at borgers hverdagsliv i særdeleshed ændrer sig i forbindelse med at starte i fertilitetsbehandling og at behandlingen således ikke kun påvirker deres fysiske sundhed, men ligeledes deres generelle trivsel og livsførsel. Endvidere er det fremanalyseret, at sundhedsvæsenets primære fokus er på det fysiske aspekt i form af at opnå graviditet, hvormed borgernes psykiske velbefindende dermed ikke er et særskilt fokus i forbindelse med behandlingen. Dette er problematisk, dels fordi der både kan være kort- og langsigtede psykiske konsekvenser for borgere i fertilitetsbehandling og dels fordi der på nuværende tidspunkt foreligger viden om, at psykosociale interventioner i forbindelse med fertilitetsbehandling kan have positiv effekt på borgernes psykiske

velbefindende. Dog bidrager forskningslitteraturen ikke med sufficient viden om hvad der er særligt gældende for borgere i Danmark og ydermere bevirker organiseringen af det danske offentlige tilbud om fertilitetsbehandling, at borgere i Danmark formodentlig differentierer sig fra studiepopulationerne, der indgår i den internationale forskningslitteratur på området. Dermed er det relevant at undersøge, hvad der er særligt gældende for borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling i Danmark, herunder hvilke behov og udfordringer, som de kan møde i forbindelse med behandlingsforløbet.

3.0 Afgrænsning

Problemanalysen har bidraget med en analyse af projektets problemstilling omhandlende et manglende særskilt fokus på psykiske problematikker, der kan opstå for borgere i fertilitetsbehandling. Dette speciale afgrænses fra at undersøge problematikker i relation til forebyggelse af infertilitet, eftersom der i problemanalysen fremkom et behov for at fremme det psykiske velbefindende hos borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling.

Fokus i specialet er borgere, der er i et igangværende behandlingsforløb i det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud i Danmark. Endvidere afgrænses specialet til borgere, der har gennemgået mindst ét mislykket behandlingsforsøg, hvorfor der ikke fokuseres på borgere, der er nystartet i fertilitetsbehandling. Denne afgrænsning begrundes ud fra opnået viden om, at antallet af mislykkede behandlinger har negativ indvirkning på borgeres psykiske velbefindende og at borgere, der er nystartet i fertilitetsbehandling, derfor formodentligt ikke vil have samme erfaringer og oplevelser med fertilitetsbehandling.

4.0. Problemformulering

Formålet med dette speciale er, at opnå viden om samt forståelse for hvilke udfordringer og behov borgere kan opleve i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. På baggrund heraf udarbejdes anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling, som kan fremme det psykiske velbefindende hos borgeren og dermed potentielt øge kvaliteten af fertilitetsbehandlingen. Dette leder frem til følgende problemformulering og forskningsspørgsmål:

Hvilken betydning har fertilitetsbehandling for borgerens psykiske velbefindende og hvordan kan kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling øges med henblik på at fremme borgerens psykiske velbefindende i behandlingsforløbet?

Forskningsspørgsmål:

1. Hvilke psykiske udfordringer og behov oplever borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling?
2. Hvornår i behandlingsforløbet oplever borgere med fertilitetsudfordringer at den psykiske belastning er mest fremtrædende?
3. Hvilke aktiviteter kan fremme borgeres psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling?

5.0 Metode

Med afsæt i problemformuleringen, jf. afsnit 4.0, er der fokus på at opnå viden om de særlig behov og udfordringer, som borgere kan opleve i fertilitetsbehandling i Danmark. Denne viden anvendes til at udarbejde anbefalinger med henblik på at kvalitetsudvikle den nuværende offentlige fertilitetsbehandling, således at borgerens psykiske velbefindende fremmes i behandlingsforløbet.

Problemformuleringen har været styrende for valg af videnskabsteoretisk position og metoder. Til besvarelse af problemformuleringen blev der anvendt to metoder til indsamling af empiri, hhv. en systematisk litteratursøgning, der bidrog til at besvare forskningsspørgsmål 3, samt kvalitative interviews med danske borgere, som gennemgår fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen, med henblik på at besvare forskningsspørgsmål 1, 2 og 3. Det følgende metodeafsnit har til formål at skabe transparens i henhold til den videnskabsteoretisk position og de metoder, der ligger til grund for specialets resultater.

5.1 Videnskabsteoretisk position

På baggrund af at der ønskes at opnå forståelse for hvilke udfordringer og behov, som borgere med fertilitetsudfordringer kan have i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark, er specialet positioneret inden for den hermeneutiske videnskabsteoretiske position. I forskningsspørgsmålenes anvendelse af ordet *oplevelse* fremkommer der en bestemt type viden, som er i tråd med den hermeneutiske tradition, eftersom den hermeneutiske tradition centrerer sig om menneskers subjektive oplevelser og forståelse af verden, som det centrale for den viden, der produceres (108). Selve fortolkningen indgår i den viden, der produceres på baggrund af en hermeneutisk videnskabsteoretisk position, hvor grundantagelsen er, at viden ikke er noget der kan observeres objektivt og neutralt, men er noget som ligger indlejret i menneskers måde at udtrykke sig på sprogligt eller gennem handlinger og at fortolkningen indgår som et aktivt element i at producere denne viden (108). Hans-Georg Gadamer's udlægning af den filosofiske hermeneutik i hovedværket "*Truth and Method*" kan anvendes til at undersøge menneskets "væren i verden", hvilket ifølge Gadamer er bestemmende for de muligheder mennesker har, hvad end det drejer sig om forskeren eller det genstandsfelt, der forskes i (109). Centrale begreber inden for Gadamer's filosofisk hermeneutik er: forforståelse, situation, horisont og forståelse, som alle fire danner forudsætningen for at der kan opstå

horisontsammensmeltning (109). Det ontologiske udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik handler om at opnå forståelse for hvad det vil sige at være menneske og rummer en grundlæggende antagelse om, at den sociale virkelighed opfattes som et spørgsmål om menneskets “væren eller det værende” (108). Endvidere betragtes mennesker altid som værende i en verden og i en kontekst, som er bestemmende for deres muligheder (108). I relation til specialets formål kan viden skabt med afsæt i den filosofisk hermeneutiske position, således anvendes til at opnå indsigt i de udfordringer og behov, som borgere med fertilitetsudfordringer kan opleve, og give indsigt i den kontekst, som er bestemmende for borgernes oplevelser og forståelse af at gennemgå behandlingsforløbet. Denne viden og indsigt kan bruges til at øge kvaliteten af den nuværende offentlige fertilitetsbehandling i Danmark og dermed kan den filosofiske hermeneutik anvendes til at opnå forståelse af den “væren i verden” som borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen, befinder sig i og dermed hvad der kan have betydning for at fremme deres psykiske velbefindende i forbindelse med behandlingen. Den filosofisk-hermeneutiske ontologi tager endvidere afstand fra den positivistiske forskningstraditions ideal om at producere og opnå valid og reproducerbar viden, idet den filosofiske hermeneutik tager afsæt i, at der ikke findes sikker eller objektiv viden, men derimod at al viden er foranderlig og hvor forskeren ikke opfattes som en mulig fejlkilde, men som et vigtigt redskab til at opnå erkendelse (109). Således er afsættet for epistemologien i den filosofiske hermeneutik, at muligheden for enhver erkendelse sker med afsæt i den forforståelse, som forskeren altid vil medbringe ind i forståelsesprocessen (109)(108). Forskerens forforståelse og rolle som en aktiv del i den filosofiske hermeneutik uddybes i nedenstående afsnit, hvor også specialegruppens proces i relation til at arbejde løbende med forforståelsen, uddybes.

5.1.1 Forforståelse

Som beskrevet ovenfor er afsættet i den filosofiske hermeneutik at al erkendelse sker med afsæt i de fordomme, som forskeren altid medbringer ind i forståelsesprocessen (109)(108). For-dom skal ifølge Gadamer forstås som den forforståelse forskeren har af det undersøgte fænomen, før der trædes ind i en forståelsesprocess, hvor netop ordet “for” henviser til at forståelsen kan forandres (109). Ifølge Gadamer er denne forforståelse altid til stede og må anskues som en betingelse for, at forskeren kan forstå det undersøgte fænomen (109). Således ændres forforståelsen undervejs i undersøgelsen i mødet med genstandsfeltet. Denne proces kaldes den hermeneutiske cirkel, hvor der undervejs i undersøgelsen sker en pendling mellem forskerens fordomme og de nytilkomne erfaringer fra den sociale virkelighed (109)(108).

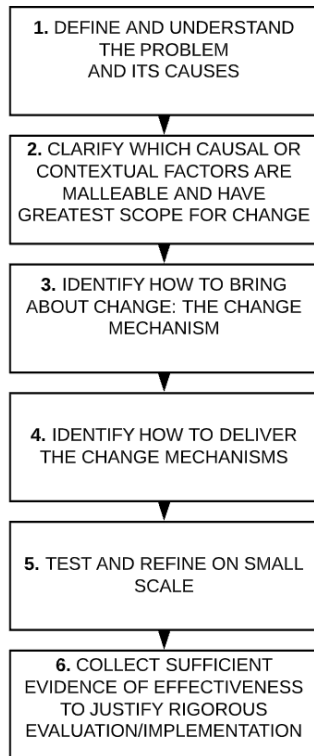
Særegent for den filosofiske hermeneutik er det, at forskeren træder ind i den hermeneutiske cirkel og dermed ikke er udenforstående i relation til at opnå forståelse om genstandsfeltet, og derfor må forskeren teste egne fordomme og sætte dem i spil i mødet med de erfaringer, der undersøges, da det er i mødet med disse erfaringer, at forskerens egne fordomme må vise sin berettigelse eller blive forkastet (109)(108). Specialegruppens fordomme og forforståelse omkring problemstillingen blev sat i spil, idet gruppen indgik i samtaler med genstandsfeltet, dvs. borgere i fertilitetsbehandling. Her mødes forskellige horisonter hvilket giver mulighed for at opnå ny erkendelse gennem horisontsammensmeltning (108). Denne proces bidrog således til, at specialegruppens forforståelse kunne bevæges sig op i den hermeneutiske cirkel i takt med at der blev opnået mere viden og forståelse om genstandsfeltet undervejs i specialet. Specialegruppens forforståelse blev således anvendt og sat i spil undervejs i processen, både gennem indsamling, analyse og fortolkning af empiri og dermed havde forforståelsen betydning for fortolkningen af de resultater, der fremkom på baggrund af analyserne. Dermed fremkom ny viden i samspillet mellem specialegruppens fordomme og de nyttilkomne erfaringer, der blev gjort undervejs i mødet med danske borgere i fertilitetsbehandling. Dette kom bl.a. til udtryk i forbindelse med indhentning og bearbejdning af interviews, hvor specialegruppens forforståelse aktivt indgik i den udarbejdede interviewguide i forhold til hvad der skulle spørges ind til, under afholdelse af interviews i forhold til at stille uddybende spørgsmål og undervejs i analysen i forbindelse med kodning af den kvalitative empiri. I hvert trin af analysen indgik specialegruppens forforståelse dermed som et vigtigt element for den viden der fremkom og forforståelsen fik dermed betydning for den fortolkning, der blev foretaget af borgernes subjektive oplevelser og erfaringer med fertilitetsbehandlingen.

Ifølge Dahlager og Fredslund kan forforståelse være erfarings,- teoretisk eller empirisk funderet og dermed kan forforståelsen indebære både faglige såvel som personlige aspekter (110). Specialegruppens forforståelser omfatter bl.a. det fælles fagligt udgangspunkt fra kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab. Dertil havde gruppen alle tre forskellige faglige perspektiver forud for specialet, idet gruppen bestod af en fysioterapeut, en jordemoder og en psykomotorisk terapeut. Endvidere var der én i gruppen, som havde personlige erfaringer med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen, hvilket særligt i starten af specialet bidrog til indsigt i hvordan et forløb kan være struktureret og opleves. Der er gennem specialet løbende blevet arbejdet med gruppens forforståelser. Et eksempel herpå var, at der i problemanalysen blev fremanalyseret, at antallet af mislykkede forsøg kan have betydning for borgerens psykiske belastning i forbindelse med behandlingen,

hvorfor der i interviewguiden blev udarbejdet spørgsmål som spurgte direkte ind til hvorledes dette aspekt i forløbet kan være særligt udfordrende for borgerens psykiske velbefindende. Således blev gruppens forforståelse og forståelseshorisont forandret undervejs i specialeprocessen gennem indhentning og bearbejdning af nye videnselementer.

5.2 Kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling

Til at foretage kvalitetsudviklingen af det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud, blev der anvendt en model til interventionsudvikling for dermed at kunne foretage et systematisk og begrundet valg af metoder til indsamling af empiri. Modellen, der blev anvendt, kaldes "*Six steps in quality intervention development*" (forkortes herefter 6SQuID) og er en model, der kan anvendes til udvikling af interventioner, særligt inden for folkesundhedsområdet (111). Modellen består af seks trin, der tilsammen udgør en guide til at udvikle, implementere og evaluere en forebyggende- eller sundhedsfremmende intervention (111), jf. figur 1. På trods af, at 6SQuID er udviklet til interventionsudvikling og der i modellen er fokus på kausalitet og virksomme mekanismer, blev modellen anvendt, idet den bidrog med systematik i forhold til kvalitetsudvikling. Som det fremgår af nedenstående figur 1 består 6SQuID af seks trin. Dog blev kun modellens første tre trin anvendt i specialet, idet disse trin indeholder elementer, som var relevante at indtænke i kvalitetsudviklingen. Fjerde, femte og sjette trin blev ikke anvendt, eftersom disse trin omhandler implementering, test og evaluering af en udviklet intervention, hvilket lå uden for specialets rammer.



Figur 1: *6SQuID-modellens seks trin* (111)

I modellens første trin er der fokus på at forstå problemet og årsagen til problemet for den implicerede målgruppe (111). For at forstå kompleksiteten af problemstillingen omkring de psykiske udfordringer og behov, som borgere i fertilitetsbehandling kan have, blev der på baggrund af trin et valgt at foretage interviews med borgere, som havde erfaringer og oplevelser med den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark.

I modellens trin 2 er der fokus på kontekstuelle faktorer, der har indflydelse på problemets opståen og som har de største forudsætninger for forandring (111). Kontekstuelle faktorer for borgere i fertilitetsbehandling forstås i specialet som bl.a. årsag til og varighed af fertilitetsbehandlingsforløbet, hvilket er faktorer, der i mindre grad har potentiale til forandring. Endvidere forstås kontekstuelle faktorer som personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der har betydning for borgerens psykiske velbefindende og kan eksempelvis være borgernes selvforståelse, samliv og sociale relationer. Disse kontekstuelle faktorer kan have betydning for borgerens væren i verden og håndtering af udfordringer i forbindelse med fertilitetsbehandling, hvorfor disse vurderes til at være faktorer, der kan have størst potentiale til forandring gennem kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling. Til at skabe forståelse for disse faktorer i fertilitetsbehandlingen blev der udarbejdet en interviewguide, hvor der bl.a. blev spurgt ind til disse kontekstuelle faktorer samt borgernes oplevelser og

erfaringer med fertilitetsbehandlingen med henblik på at opnå forståelse for, hvordan disse faktorer havde betydning for borgernes psykiske velbefindende.

I modellens tredje trin klarlægges det, hvordan den ønskede forandring kan opnås (111). I dette trin arbejdes der således med de kontekstuelle faktorer identificeret gennem trin 2, der havde potentiale for forandring (111). Til at opnå viden om hvordan borgere i fertilitetsbehandlings psykiske velbefindende kunne fremmes gennem en kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling, var der i dette trin fokus på identificering af de aktiviteter, der kunne medvirke til at skabe den ønskede forandring. Derfor blev der i interviewguiden spurgt ind til borgerens behov og ønsker i forhold til hvilke aktiviteter, der ud fra deres forståelse og erfaringer, kunne medvirke til at fremme deres psykiske velbefindende. Endvidere blev der foretaget en systematisk litteratursøgning, idet denne søgning bidrog til kortlægning af evidensgrundlaget for psykosociale interventionsformer og aktiviteterets effekt på borgere med fertilitetsudfordrings psykiske velbefindende.

5.3 Kvalitative metoder til indsamling- og bearbejdning af data

De kvalitative metoder kan anvendes til at opnå viden om menneskers subjektive oplevelser og erfaringer med bestemte begivenheder og situationer, hvorved der opnås kontekstuel baseret viden situeret i en specifik, historisk og kulturel sammenhæng (112). I specialet bidrog den kvalitative empiri til at besvare alle tre forskningsspørgsmål, hvormed formålet med den kvalitative empiri for det første var at opnå viden om de oplevelser og erfaringer, som borgere med fertilitetsudfordringer har i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det danske sundhedsvæsen, for det andet hvorvidt der er tidspunkter i behandlingsforløbet hvor den psykiske belastning er større sammenlignet med andre tidspunkter og for det tredje om der var nogle aktiviteter, som informanterne oplevede, der kunne have haft potentiale til at fremme deres psykiske velbefindende undervejs i behandlingsforløbet.

5.3.1 Semistruktureret telefoninterview

Det overordnede formål med kvalitative interviews er, at opnå adgang til informanternes subjektive oplevelser, livshistorier, holdninger og meninger (112). Strukturen på interview kan variere fra ustrukturerede til stramt strukturerede interviews, hvor det semistrukturerede

interview udføres som en interaktion mellem interviewerens spørgsmål, hvoraf nogle er fastlagt på forhånd, mens der samtidig er plads til at forfølge emner, som opstår undervejs i interviewet (112). Endvidere skaber det semistrukturerede interview mulighed for at der kan veksles mellem forskellige temaer i interviewguiden såfremt informanten af sig selv bringer et tema op tidligere end forventet (112)(113). Ved at vælge det semistrukturerede interview gav det således en fleksibel dataindsamlingsmetode, hvor der var mulighed for at dykke ned i de perspektiver, som informanten fremhævede som væsentlige, samtidig med at interviewet tog afsæt i en struktur, som bidrog til at skabe stringens på tværs af de udførte interviews. Endvidere er det i det semistrukturerede interview væsentligt at forholde sig til måden, hvorpå interviewet afsluttes (112). Eftersom informanternes egne oplevelser og erfaringer med fertilitetsbehandling var centrum for interviewet, blev der i interviewene ofte spurgt ind til følelsesmæssige aspekter, hvor det potentielt kunne være uetisk at afslutte et interview på et meget sårbart tidspunkt for informanten. Derfor blev interviewet tilrettelagt således, at den sidste del af interviewet primært havde fokus på et mere "neutralt" tema, som var idegenerering i forhold til hvilke aktiviteter, som informanterne oplevede der kunne være væsentlige at medtænke i forhold til at øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling.

Telefoninterview er en metode, der bliver stadigt mere anvendt inden for bl.a. sundhedsforskning, hvilket kan skyldes at det er en omkostningseffektiv og fleksibel metode til at indsamle empiri, bl.a. fordi telefoninterviewet bevirker, at interviewerens ikke behøver bruge ressourcer på at tage fysisk hen til informanterne (114)(115). Telefoninterviewet bevirkede, at det var muligt at rekruttere informanter, der geografisk befandt sig længere væk. Endvidere blev telefoninterviewet valgt, idet denne dataindsamlingsmetode kan indhente empiri vha. interpersonel kommunikation uden et fysisk ansigt-til-ansigt møde (114). I denne type interview må interviewer og informant gennem det telefoniske møde definere konteksten udelukkende vha. deres stemmer, og derigennem identificere hinanden og definere den situation som dialogen udfolder sig i (114). Dertil indebærer forskning inden for sundhedsområdet ofte at informanter udspørges om følsomme emner såsom mentalt helbred, hvortil telefoninterview har vist sig at være velegnet til netop at indhente denne type informationer (114).

5.3.1.1 Interviewguide

En interviewguide har til formål at holde den ønskede struktur undervejs i interviewet (112). Forud for afholdelsen af telefoninterviewene blev der derfor udarbejdet en interviewguide,

der havde til formål at fungere dels som støtteværktøj for de to interviewere undervejs i interviewet og dels for at sikre en ensartet struktur på tværs af de udførte interviews. Interviewguiden blev udarbejdet med afsæt i Brinkmann og Tanggaards forslag til en semistruktureret guide, hvor interviewspørgsmålene struktureres ud fra fastlagte temaer (112). Denne struktur betød, at interviewspørgsmålene blev kategoriseret ud fra temaer, der blev udarbejdet på baggrund af de tre forskningsspørgsmål med formål om at afdække centrale aspekter af informanternes oplevelse af at være i fertilitetsbehandling, jf. bilag 1.

Interviewguiden blev udarbejdet med brug af forskellige spørgsmålstyper og bør ifølge Brinkmann og Tanggaard være nemme at forstå, kort formulerede, fri for fagsprog og ikke ledende (112). Spørgsmålenes struktur bør ifølge Gadamer endvidere centrere sig om åbenhed, idet åbenhed netop er fundamentet for al hermeneutisk erfaring og forståelse (109). Denne åbenhed kommer ifølge Gadamer til udtryk ved at stille åbne spørgsmål og fastholde en åbenhed over for svarets muligheder (109). Spørgsmålet der stilles, kan dog både være et udtryk for åbenhed og en begrænsning, idet spørgsmålet dels giver informanterne mulighed for at svare forskelligt på det samme spørgsmål, men samtidig begrænser horisonten for svaret på spørgsmålet (109). Dette bevirkede, at der i udarbejdelsen af interviewguiden var fokus på at stille åbne spørgsmål for at øge muligheden for at informanterne kunne svare bredt på spørgsmålet og dermed mindske risikoen for at stille ledende spørgsmål. Ifølge Dahlager og Fredslund må forskeren endvidere kunne sætte sig i den andens sted for at opnå forståelse for det som en andet menneske siger eller gør, hvilket betyder at forskeren skal forstå den baggrund og den situation som informanten taler ud fra (110). Ved at spørge ind til den situation som borgerne befandt sig i og den situation de talte ud fra, kunne specialegruppen forsøge at sætte sig ind i informantens sted og forstå dennes forforståelse, horisont og situation. Dette var i overensstemmelse med den filosofisk-hermeneutiske position, der netop handler om at opnå horisontsammensmeltning i mødet mellem to horisonter.

De indledende spørgsmål i et interview bør være simple og ligefremme for dermed at støtte informanten i at finde sin stemme samt reducere mulig nervøsitet forbundet med interviewet (114). I interviewguiden blev følgende spørgsmål bl.a. anvendt som indledende spørgsmål: *“Kan du fortælle om hvorfor du er i fertilitetsbehandling?”*. Endvidere blev der undervejs i interviewet gjort brug af fortolkende spørgsmål som f.eks.: *“Du mener altså ...”* eller *“Når du siger ... mener du så...?”* for derved at sikre korrekt forståelse og tolkning af informantens svar (112). Dertil blev der anvendt opfølgende spørgsmål for at få uddybet relevante elementer af informanternes fortællinger (112). Dette gav sig i interviewene til

udtryk ved at intervieweren kunne spørge opfølgende ved at gentage ord, som informanten brugte, såsom: *“Hvad mener du når du siger...?”*. Endvidere blev der i interviewguiden gjort brug af hypotetiske spørgsmål, eftersom der i tema 3 i interviewguiden var fokus på at opnå viden om hvad informanterne mente, der kunne medvirke til at øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling. Ifølge Merriam og Tisdell har hypotetiske spørgsmål til formål at få informanten til at reflektere over hvordan en bestemt situation kunne være anderledes (116). På baggrund heraf blev informanterne stillet spørgsmål såsom *“Hvis der var et tilbud i forbindelse med behandlingen, hvad kunne du så tænke dig at det skulle indeholde?”*, hvor formålet med at stille dette spørgsmål bl.a. var at undersøge hvad informanten oplevede som meningsgivende i forhold til at deltage i en aktivitet, der havde til formål at fremme den psykiske trivsel undervejs i fertilitetsbehandlingsforløbet.

5.3.1.2 Rammer for interviewet

Der blev gennemført 6 interviews, hvor der til hvert interview var 2 interviewere, hhv. en primær og en sekundær interviewer. Den primære interviewer havde til opgave at strukturere interviewet ud fra interviewguiden og sikre at alle relevante perspektiver blev afsøgt, mens den sekundære interviewer havde til opgave at stille uddybende spørgsmål undervejs i interviewet. Alle informanter blev givet muligheden for at deltage i enten et virtuelt telefonmøde, hvor man kunne se hinanden, eller et almindeligt telefonopkald, hvoraf alle 6 informanter ønskede at interviewet foregik som almindeligt telefonopkald. Eftersom denne form for telefoninterview bevirkede, at det ikke var muligt for informanten at se de to interviewere, blev hver interviewer i starten af interviewet præsenteret for informanten, sådan at informanten var bekendt med den sociale kontekst og rammerne for interviewet. Længden af interviewene varierede mellem 45 til 70 minutter. Hvert interview startede med en briefing, hvor der blev sat en ramme for hvordan interviewet ville forløbe. Intervieweren oplyste om hvor lang tid informanterne skulle forvente at interviewet ville tage, hvordan det blev lydoptaget, hvem og hvor mange der deltog i interviewet samt hvilken af interviewerne, der var den primær og sekundære interviewer. Derefter blev formålet med speialet beskrevet, hvor informanten samtidig fik mulighed for at stille de spørgsmål, de måtte have før interviewet startede. Efter interviewene afsluttedes samtalerne med en opfølgende debriefing, hvor informanterne fik mulighed for at uddybe deres svar eller komme ind på emner, som de følte, der ikke var blevet spurgt ind til i interviewene. Eksempelvis bevirkede debriefingen, at to informanter fremhævede deres partners perspektiv i relation til at de

særligt oplevede, at der i fertilitetsbehandlingen var et manglende fokus på partnerens følelser og behov. Slutteligt blev informanterne takket for deltagelsen og opfordret til at kontakte specialegruppen i tilfælde af, at de efterfølgende havde yderligere tilføjelser til interviewet eller spørgsmål til deltagelsen i interviewet.

5.3.2 Rekruttering af informanter

Formålsbestemt udvælgelse blev anvendt, idet denne strategi dels er anvendelig til at udvælge informanter der kan bidrage med den viden, der søges opnået for at besvare forskningsspørgsmålet (117)(116) og dels er anvendelig, når der søges at opnå dybdegående viden omkring menneskers subjektive oplevelser og erfaringer med et bestemt problemområde eller praksis (118)(116). Formålsbestemt udvælgelse kan også benævnes *kriteriebaseret udvælgelse*, idet forskeren i denne strategi bevidst udvælger informanterne ud fra deres unikke egenskaber til at bibringe viden om forskningsspørgsmålet (117)(116). Således blev der udarbejdet følgende kriterier for udvælgelse af informanter, der fungerede som en ramme for at øge sandsynligheden for udvælgelsen af informationsrige informanter:

Informanten skal være i et igangværende fertilitetsbehandlingsforløb, hvor et behandlingsforløb forstås som igangværende, indtil en eventuelt opnået graviditet er bekræftet ved afsluttende scanning 7-8 uger inde i graviditeten
Informanten skal være i fertilitetsbehandling i det offentlige behandlingssystem i Danmark
Informanten skal kunne tale og forstå dansk

Med dette udgangspunkt for rekruttering af informanter, blev der etableret praksiskontakt til Aalborg Universitetshospitals Fertilitetsklinik. Ved rekruttering af informanter til telefoninterview er designet af informationsmaterialet, der anvendes til at få informanternes opmærksomhed og få informanten til at henvende sig, af afgørende betydning (114). I denne forbindelse blev der udarbejdet et dokument, der blev hængt op i fertilitetsklinikkens venteværelse, hvor der særligt var fokus på at skabe blikfang, jf. bilag 2 *Opslag til rekruttering af informanter*. Dog blev dette dokument hængt op samtidig med, at der på fertilitetsklinikken blev lukket gradvist ned for behandlinger og patientkonsultationer grundet COVID-19-udbruddet. Dette har sandsynligvis været medvirkende til, at der ikke kom nogen

henvendelser fra patienter tilknyttet Aalborg Universitetshospitals Fertilitetsklinik, hvorfor der i stedet blev taget kontakt til administratorerne for tre forskellige fertilitets-grupper på Facebook med henblik på at få lov at lave et opslag om rekruttering af informanter. Én fertilitets-gruppe på Facebook gav lov til at opslaget kunne postes og rekrutteringen gennem denne gruppe på Facebook resulterede i henvendelser fra 8 kvinder, hvoraf 6 blev inkluderet i interviewundersøgelsen. 2 kvinder blev ekskluderet på baggrund af kriterierne for udvælgelse, idet den ene kvinde havde et barn på 4 måneder og dermed ikke længere var i et nuværende behandlingsforløb, mens den anden kvinde havde modtaget fertilitetsbehandling på en privat fertilitetsklinik. Baggrundsinformationer på de 6 kvinder, der blev inkluderet til interview, fremgår af tabel 2, jf. afsnit 6.1.

5.3.3 Ethiske overvejelser og håndtering af personfølsomt data

I forbindelse med dataindsamling og databearbejdning til dette speciale blev der foretaget flere etiske overvejelser for at sikre at projektet lever op til de internationale konventioner i forbindelse med at bedrive forskning. De anvendte forskningsetiske principper i relation til at bedrive forskning, der involverer menneskelig identificerbar data, følger Helsinki-deklarationens principper (119), bl.a. ved der blev indhentet informeret samtykke forud for selve afholdelsen af interviewet. Med det skriftlige samtykke erklærer informanterne sig indforstået med deres rettigheder i forbindelse med at deltage i specialet, herunder også deres ret til at trække deres samtykke om deltagelse tilbage på et hvilket som helst tidspunkt, jf. bilag 3 *Skriftligt informationsmateriale* samt bilag 4 *Samtykkeerklæring*. Ved rekruttering af informanterne blev hver informant tilsendt en mail med informationsmateriale og samtykkeerklæringen og forud for afholdelsen af interviewet blev hver informant mundtligt informeret om formålet med specialet samt deres rettigheder, jf. bilag 1 *Interviewguide*.

Endvidere blev principperne fra Persondataloven 2018 fulgt i relation til at sikre ansvarlig opbevaring og håndtering af persondata, hvilket ifølge Databeskyttelsesforordningen er defineret som værende information, der kan henføres til en bestemt person (120). Den ansvarlige opbevaring og håndtering af persondata omfatter specialets elektroniske behandling af personoplysninger og indebærer etiske overvejelser i forhold til “indsamling, registrering, systematisering, videregivelse, brug, søgning eller sletning af oplysninger” (120). Som følge heraf blev data fra hver informant behandlet og registreret under et pseudonym for dermed at sikre de enkelte informanternes anonymitet. Ligeledes blev de optagede interviews slettet efter transskribering.

Afslutningsvist blev data, i forbindelse med de særlige omstændigheder som følge af COVID-19-udbruddet, indsamlet gennem telefoninterviews for derved at følge de danske myndigheders anbefalinger og samtidig mindske risiko for potentiel smittespredning af virusinfektionen til informanterne (121).

5.3.4 Transskribering

Den hyppigst anvendte metode til at optage interview er gennem lydoptagelse, idet denne metode sikrer, at alt der bliver sagt i interviewet, er bevaret til den efterfølgende analyse (116). Ifølge Merriam og Tisdell skaber den ordrette transskription af et optaget interview endvidere det bedste udgangspunkt for videre analyse (116). Transskriptionen af de 6 telefoninterviews blev foretaget af alle speciale-gruppens medlemmer og til at sikre at transskriptionerne af interviewene blev foretaget ud fra de samme principper, blev der udarbejdet nogle transskriberingskonventioner, jf. bilag 5.

5.3.5 Analysestrategi

Til at analysere de seks transskriberede interviews blev der anvendt en hermeneutisk analysestrategi udarbejdet af Dahlager og Fredslund. Dahlager og Fredslunds analysestrategi tager udgangspunkt i Gadamer's udlægning af den filosofiske hermeneutiske videnskabsteoretiske position, hvor subjektets forforståelse skal anskues som et aktivt element i forståelsen af det fænomen, der undersøges (122). Således indgår specialegruppens forforståelse som en aktiv del i analysen af empirien, der blev indhentet gennem semistrukturerede interviews. Ved at være sig forforståelsen bevidst i analysen, kunne specialegruppen undervejs reflektere over, hvorvidt gruppens forståelseshorisont var forskellige fra informanternes. For eksempel var der to i specialegruppen som havde én forståelse i forhold til hvordan det konkret opleves at gennemgå et behandlingsforløb, idet de ikke selv havde erfaringer med at være i fertilitetsbehandling. Omvendt var det muligt for et tredje gruppemedlem at dele egne erfaringer og oplevelser med et behandlingsforløb, hvormed dennes forforståelse aktivt blev anvendt i forhold til fortolkningen af de meningsbærende enheder. Ifølge Gadamer handler det om at sætte sin egen forforståelse på prøve, idet forståelse forudsætter at forskeren sætter sig ind i den horisont, der undersøges og dermed forstår denne i sammenhæng med konteksten, hvormed det er muligt at opnå horisontsammensmeltning (109). Således blev der undervejs i interviewet og den

efterfølgende analyse skabt en horisontsammensmeltning, hvilket bevirkede at der kunne opnås en dybere forståelse for informanternes oplevelse af fertilitetsbehandlingens betydning for deres psykiske velbefindende og dermed viden om hvad der skulle til for at øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling.

Analysestrategien af Dahlager og Fredslund består af fire trin, hvor trin 1 til 3 blev foretaget individuelt for hvert af de 6 interviews, mens trin 4 blev foretaget på tværs af alle 6 interviews. De fremanalyserede meningsbærende enheder, kategorier, temaer og undertemaer fremgår af bilag 6 *Kodetræ*.

Første trin i analysen bestod af en gennemlæsning af det transskriberede interview for at danne et helhedsindtryk af teksten (122). Gennemlæsningen af interviewene blev foretaget af alle tre gruppemedlemmer for at sikre at alle gruppemedlemmer var fortrolige med meningsindholdet i samtlige 6 interviews.

Analysens andet trin bestod af en identificering af de meningsbærende enheder i teksten, hvor teksten reduceres og struktureres, hvilket sker gennem meningskategorisering, hvor de dele af teksten, som er relevant for problemstillingen, fremfindes og tildeles en kategori (122). I dette trin er det ifølge Dahlager og Fredslund hensigtsmæssigt, at forskeren efterstræber en vis grad af tilbageholdenhed for på denne måde at lade teksten komme mest muligt til orde (122). Denne tilbageholdenhed bevirker, at der sættes fokus på *hvad* teksten siger uden at forskeren stiller spørgsmål hertil eller forsøger at finde meningen med teksten (122). For at tilstræbe mest mulig tilbageholdenhed i dette trin, blev de meningsbærende enheder og kategorierne kodet ud fra informanternes begrebsverden, hvor der således er foretaget en kodning af hver af de seks interviews. Eksempelvis beskrev én informant behandlingsforløbet som en rutsjebanetur, som dermed blev en meningsbærende enhed i analysens andet trin, idet dette begreb beskrev behandlingsforløbet som informanten havde oplevet det. Identificeringen af de meningsbærende enheder blev foretaget individuelt af gruppens medlemmer og såfremt der var markeret forskellige meningsbærende enheder eller de var kategoriseret forskelligt, blev dette drøftet mellem gruppemedlemmerne og tildelt en kategorisering, som alle gruppemedlemmer var enige om. På denne måde blev gruppens forforståelse inddraget undervejs i analysen hvor der blev fundet en fælles forståelse i specialegruppen for meningen i de analyserede tekster hvilket var med til at højne kvaliteten, fordi det således var en fælles fortolkning af og refleksion over teksten og tekstens mening.

Tredje trin bestod af en operationalisering og ordning af de fremanalyserede kategorier fra trin 2 (122). Her indgik der overvejelser om hvorvidt visse kategorier kunne dække over flere egenskaber og hvorvidt kategorien kunne slås sammen med en anden

kategori, hvilket var tilfældet med enkelte kategorier. Derudover skal det i dette trin overvejes, hvorvidt der er overensstemmelse mellem den enkelte kategori og de meningsbærende enheder (122), hvilket bevirkede at de meningsbærende enheder i hver kategori systematisk blev gennemgået for at sikre at der var overensstemmelse mellem kategorien og de tilhørende meningsbærende enheder. Afslutningsvist er det ifølge Dahlager og Fredslund væsentligt at overveje, hvorvidt der skal arbejdes yderligere på kategorien, såfremt en meningsbærende enhed optræder i flere kategorier (122). Dog var der kun få meningsbærende enheder, der gik igen i to eller tre kategorier, og derfor blev der ikke arbejdet yderligere på disse kategorier før trin 4 i analysestrategien.

Fjerde trin bestod af en rekontekstualisering og i dette trin var der fokus på hvordan analysen af interviewene kunne bidrage til at besvare de tre forskningsspørgsmål samt problemformuleringen. Rekontekstualisering er en proces, hvor de fremanalyserede kategorier knyttes sammen på nye måder og hvor fokus rettes mod kategoriernes indbyrdes relationer og ofte vil der i dette trin ske en samling af en række kategorier til et overordnet tema (122). Eksempelvis bevirkede trin 4 at forskellige kategorier fra trin tre fra de enkelte interviews, såsom *håbløshed*, *oplevelse af forløbet* samt *krop og psyke*, blev samlet til et overordnet tema på tværs af de seks interviews, kaldet *rutsjebaneturen*, som omhandlede informanternes oplevelse af at være i fertilitetsbehandling. I den hermeneutiske analyse sker fortolkningen og rekontekstualiseringen ifølge Dahlager og Fredslund inden for en bred kontekstuel ramme, hvor forskeren forsøger at se “sagen i dens helhed og i dens kontekst” (122). I dette trin går man altså fra det specifikke til det generelle og fra tekst til kontekst (122). Dette bevirkede, at analysens fjerde trin foregik på tværs af de seks interviews og samtidig var en proces, hvor nytilkomne erfaringer fra analysens trin 1 til 3 blev genstand for endnu en analyse og fortolkning. Således ændrede gruppens forståelse sig undervejs til at gå fra at betragte problemstilling ud fra delelementer i de enkelte interviews til at se problemstillingen ud fra dens helhed og ud fra de kontekstuelle betingelser som fertilitetsbehandling udgør. Gennem analysens fire trin bevægede specialegruppen sig op igennem den hermeneutiske cirkel ved at gruppens fordomme blev testet og sat i spil, hvormed specialegruppens forståelseshorisont blev ændret undervejs i analyseprocessen.

5.4 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning bidrog til at besvare forskningsspørgsmål 3 omhandlende hvilke aktiviteter, der kan medvirke til at fremme borgernes psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling. Således var formålet med den systematiske litteratursøgning at kortlægge hvilke forskellige interventioner og aktiviteter, der har betydning for borgere i fertilitetsbehandlingens psykiske velbefindende.

Forud for den systematiske litteratursøgning blev der gennemført en initierende søgning. En initierende søgning er en tilfældig søgning (123) og derfor tog den initierende søgning afsæt i det overordnede emne for specialet: fertilitetsbehandling. Endvidere kan den initierende søgning medvirke til at der kan udarbejdes en søgestrategi for den systematiske litteratursøgning (123), hvilket den gjorde i form af at få identificeret og afprøvet relevante termer til hhv. thesaurus- og fritekstsøgningen i den systematiske litteratursøgning.

En thesaurus-term består af en eller flere kontrollerede emneord, som forskningsstudierne indekseres efter i den pågældende database og dermed er thesaurus-terminen medvirkende til at sikre, at studier om samme emne bliver indekseret ensartet (124). Derudover er der i de fleste databaser en definition af thesaurus-terminen, hvormed eventuelle termer, der ikke er fyldestgørende og stemmer overens med formålet med søgningen, kan revideres eller udtages af søgningen for at mindske “støj” i form af irrelevante søgeresultater. Dog er der forskel på databaserne i forhold til hvor hurtigt det publicerede forskningsstudie bliver indekseret efter thesaurus-termer og derfor er det relevant at supplere en thesaurus-søgning med en fritekstsøgning (125). En fritekstsøgning består af en søgning på “frie” ord, dvs. ord, der ikke er indekserede i databasen (124). Denne søgestrategi vil oftest øge antallet af søgeresultater og kan være medvirkende til at gøre søgningen mere upræcis, eftersom “frie” ord kan være flertydige og indgå i mange forskellige kontekster (124). Kombinationen af både thesaurus-termer og fritekst-søgning bevirkede således, at søgningen var bred og relevant for problemstillingen, men samtidig at nyeste litteratur blev medtaget.

Den systematiske litteratursøgning blev struktureret efter en bloksøgning og bestod af tre blokke, der alle tre blev identificeret ud fra forskningsspørgsmål 3. Ifølge Buus et al er bloksøgning den mest velegnede strategi for søgning i databaser, eftersom bloksøgning skaber mulighed for at søgningen kan udvides eller indsnævres gennem tilføjelse eller fjernelse af blokke (124). Denne fleksibilitet i anvendelsen af færre eller flere blokke i bloksøgningen, er endvidere relevant, når der skal foretages søgninger i forskellige databaser, eftersom hver af søgefunktionerne i databaserne er forskellige og derfor kræver individuelle

søgestrategier, bl.a. i forhold til thesaurus-termer (126). De tre blokke i den systematiske søgning var 1) Infertilitet, 2) Psykisk velbefindende og 3) Intervention og der blev søgt i seks databaser: Cochrane reviews, PubMed, PsycINFO, Cinahl, EMBASE og ProQuest. Fælles for bloksøgningen på tværs af de udvalgte søgedatabaser var det, at der undervejs i den systematiske litteratursøgning blev gjort brug af de boolske operatører “OR” og “AND”, idet de var medvirkende til hhv. at udvide og indsnævre søgeresultaterne (124). For beskrivelse af hvordan den systematiske søgning blev foretaget i de udvalgte databaser jf. bilag 7 *Søgeprotokol*.

5.4.1 In- og eksklusionskriterier

Af nedenstående tabel 1 fremgår in- og eksklusionskriterierne for den systematiske litteratursøgning.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier, hvori målgruppen enten er heteroseksuelle par, lesbiske par eller enlige kvinder før, under og/eller efter fertilitetsbehandling	Pilotstudier og feasibility-studier
Studier der undersøger betydning og effekt af psykosociale interventioner på psykisk velbefindende	Studier omhandlende interventioner målrettet psykiatriske lidelser, f.eks. skizofreni, OCD eller ADHD
Peer-reviewed studier	Studier med fatale udfald, såsom fosterdød eller gentagne aborter
Studier på dansk, svensk, norsk og engelsk	Studier der undersøger specifikke sygdommes indvirkning på fertiliteten, f.eks. kræft eller polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
	Studier, hvor den kulturelle og samfundsmæssige kontekst ikke er sammenlignelig med Danmark

Tabel 1: *Oversigt over in- og eksklusionskriterier, der har dannet baggrund for udvælgelsen af videnskabelige studier fremkommet via den systematiske litteratursøgning*

Som det fremgår af ovenstående tabel 1, blev studier med forskellige målgrupper - heteroseksuelle eller lesbiske par samt enlige kvinder - inkluderet. Dette valg baseres på, at der i problemanalysen ikke blev fundet sufficient viden om, at disse målgrupper differentierer

sig fra hinanden i relation til den indvirkning, som infertilitet og fertilitetsbehandling kan have på deres psykiske velbefindende. Endvidere blev studier, der undersøger betydningen og effekten af psykosociale interventioner på borgere med fertilitetsudfordringers psykiske velbefindende, inkluderet, eftersom den systematiske litteratursøgning havde til formål at bidrage med et solidt vidensgrundlag for hvilke psykosociale interventioner, der i tidligere studier har vist sig at have positiv indvirkning på det psykiske velbefindende. Dette inklusionskriterie bevirkede, at studier, der omhandlede interventioner med fokus på specifikke psykiatriske lidelser, såsom skizofreni, OCD eller ADHD, blev ekskluderet. Dog blev studier, der undersøgte psykosociale interventioners effekt på psykiske tilstande, såsom depression, angst og stress, medtaget, eftersom disse tilstande ikke nødvendigvis er en psykiatrisk lidelse, men derimod kan være en naturlig menneskelig reaktion på en udfordrende livsperiode.

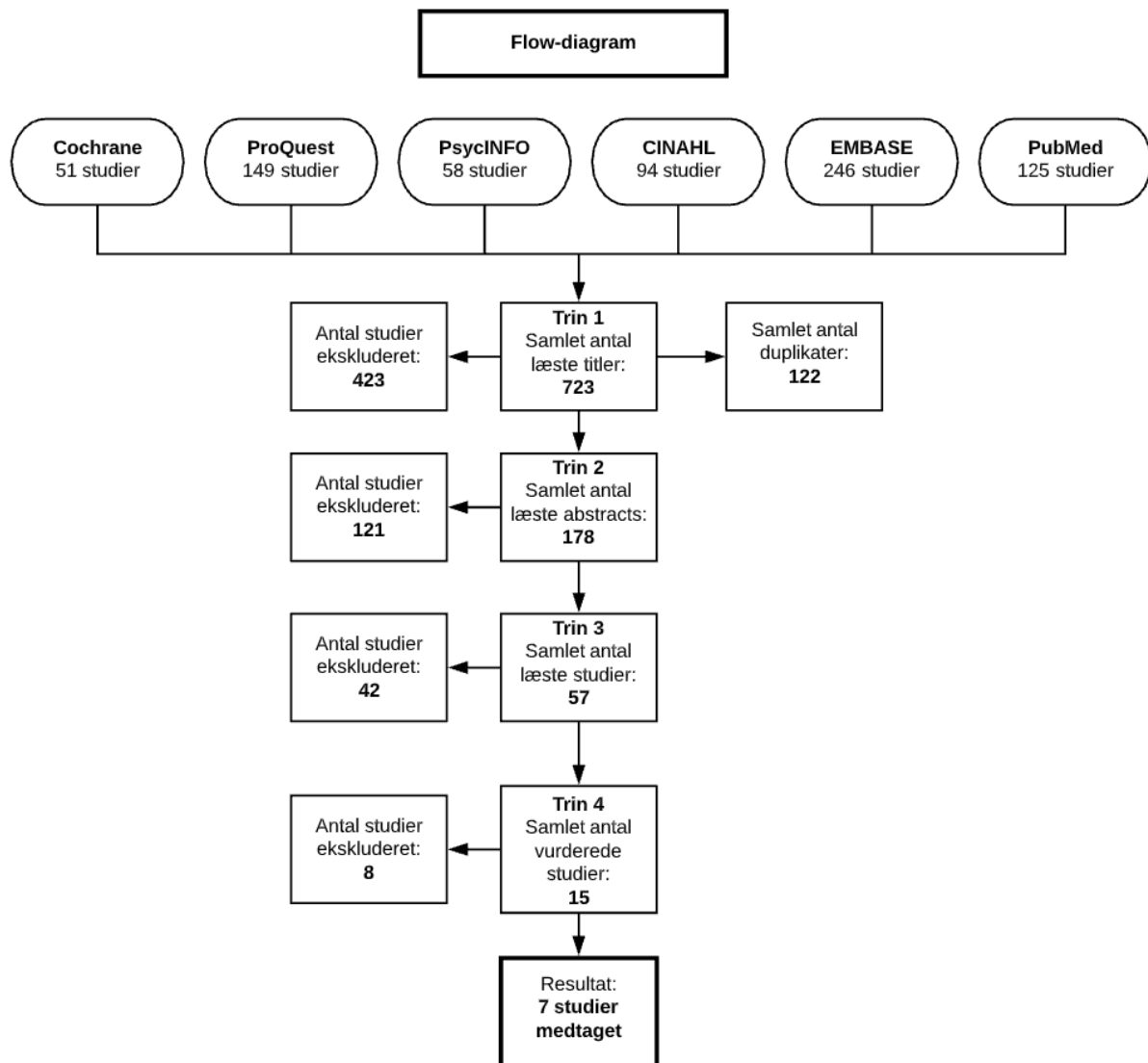
Af tabel 1 fremgår det endvidere, at peer-reviewed studier blev inkluderet. Peer-review foretages af det publicerende tidsskrift og er en intern kvalitetskontrol af studiet (124). Inklusionskriteriet for peer-reviewed studier blev dermed sat for at øge sandsynligheden for, at de inkluderede studier var af høj kvalitet. Derudover blev pilotstudier og feasibility-studier ekskluderet, eftersom disse studiedesigns har fokus på en undersøgelse af de processer og parametre, der er relateret til gennemførelsen af en ikke-færdigudviklet intervention (127). Eftersom formålet med den systematiske litteratursøgning var at fremsøge evidens omkring betydningen og effekten af psykosociale interventioner på borgere i fertilitetsbehandlings psykiske velbefindende, blev disse studier derfor ekskluderet.

Endvidere fremgår det af tabel 1, at studier, der havde til formål at undersøge psykosociale interventioners effekt på det psykiske velbefindende hos borgere, der havde oplevet dødfødsler eller gentagne aborter, blev ekskluderet. Eksklusionen af disse studier skyldes, at formålet med den systematiske litteratursøgning var at opnå viden om psykosociale interventioners indvirkning på det psykiske velbefindende hos borgere med fertilitetsudfordringer, hvorfor der ikke var fokus på at opnå viden om interventionens indvirkning på det psykiske velbefindende hos borgere, hvor problemstillingen i højere grad var relateret til gennemførelsen eller afslutningen på graviditeten. På lignende vis blev studier, der undersøgte specifikke sygdommes indvirkning på fertiliteten, ekskluderet. Eksempelvis fremkom der på baggrund af den systematiske litteratursøgning flere studier, der undersøgte psykosociale interventioners indvirkningen på borgere med fertilitetsudfordringer som følge af kræft og PCOS. Disse studier blev ekskluderet, eftersom formålet med dette speciale ikke var at opnå viden om hvordan enkelte sygdomme influerer på borgere med

fertilitetsudfordringers psykiske velbefindende. Derudover var et inklusionskriterium, at studierne skulle være formidlet på enten dansk, svensk, norsk eller engelsk, idet disse sprog afspejler specialegruppens sproglige kompetencer. Afslutningsvis blev studier, hvor den kulturelle og samfundsmæssige kontekst ikke var sammenlignelig med dansk kontekst, ekskluderet. Dette bevirkede, at studier fra eksempelvis lavindkomstlande som Sri Lanka og Iran, blev ekskluderet, fordi det blev vurderet at den kulturelle og samfundsmæssige kontekst i mindre grad var sammenlignelig med dansk kontekst.

5.4.2 Udvælgelsesprocessen

Udvælgelsesprocessen af de videnskabelige studier, der fremkom på baggrund af den systematiske søgning fremgår af nedenstående flow-diagram, jf. figur 2.



Figur 2: Flow-diagram, der illustrerer udvælgelsesprocessen af videnskabelige studier

Som det fremgår af flow-diagrammet blev den systematiske søgning foretaget i seks videnskabelige databaser, hvoraf det endelige søgeresultat for hver database fremgår øverst i flow-diagrammet. Udvælgelsesprocessen blev foretaget af mindst to personer fra specialegruppen, for på denne måde at sikre overensstemmelse mellem de inkluderede og ekskluderede studier og såfremt der var tvivl om studiets relevans, eksempelvis i form af manglende informationer i studiets titel eller abstract, blev studiet medtaget til vurdering i det følgende trin.

Udvælgelsesprocessen blev inddelt i fire trin, der alle er illustreret i flowdiagrammet. Til hvert trin fremgår det, hvor mange studier, der indgik til vurdering samt hvor mange studier, der blev ekskluderet. I hvert trin har in- og eksklusionskriterierne været vejledende for, hvorvidt studiet blev taget med til næste trin eller ekskluderet. I trin 1 blev der foretaget en relevansvurdering af studiets titel, mens der i trin 2 blev foretaget en relevansvurdering af studiets abstract. Trin 3 bestod af en overordnet gennemlæsning af studiets formål, målgruppe, effektmål, resultater og konklusion og såfremt studiet levede op til alle in- og eksklusionskriterier som angivet i tabel 1, blev den medtaget til fjerde og sidste trin, der bestod af en kritisk læsning og kvalitetsvurdering af hvert enkelt studie.

5.4.3 Tjeklister til kvalitetsvurdering og kritisk læsning

Kvalitetsvurderingen og den kritiske læsning af de 15 inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning blev foretaget på skift af to af specialegruppens 3 gruppemedlemmer med afsæt i tjeklister, der var relevante for den konkrete studietype. De anvendte tjeklister er udarbejdet af Joanna Briggs Institute (JBI), eftersom formålet med disse tjeklister er at vurdere troværdigheden og relevansen af forskningsstudiernes resultater (128). Da de forskellige studiedesigns kræver kvalitetsvurdering ud fra forskellige kvalitetskrav, blev det vurderet relevant at anvende tjeklister udarbejdet inden for det samme institut, for dermed at øge sandsynligheden for at kvalitetsvurderingen af hvert enkelt studie i højere grad var sammenlignelig.

Således inkluderede den systematiske litteratursøgning forskningsstudier med forskellige studiedesigns, hvorved der blev anvendt følgende tjeklister til den kritiske læsning og kvalitetsvurdering:

- 1 metaanalyse blev vurderet med *JBIC Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*
- 5 systematiske reviews blev vurderet med *JBIC Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*
- 2 RCT studier blev vurderet med *JBIC Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*
- 5 non-randomiserede kontrollerede forsøg vurderet med *JBIC Critical appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)*
- 2 kvalitative studier vurderet med *JBIC Critical appraisal Checklist for Qualitative Research*

Hver tjekliste indeholde en række spørgsmål, relevante for den konkrete studietype, hvortil spørgsmålet kan besvares med *Yes, No, Unclear, eller Not Applicable* (128). Til hvert spørgsmål er der en tydelig beskrivelse, i hver tjekliste, som angiver hvad der konkret menes med hvert spørgsmål og hvad der bør fremgå for at spørgsmålet kan besvares med *Yes* (128). I bunden af hver tjekliste er det muligt at skrive en uddybende forklaring til spørgsmålsbesvarelsene (128) og slutteligt blev det angivet om studiet blev inkluderet eller ekskluderet fra litteraturstudiet.

5.5 Teorianvendelse

Overordnet skelnes der mellem en induktiv og deduktiv tilgang til anvendelse af teori i forskning (116). Den induktive tilgang bevirker, at empirien kodes ud fra materialets egen begrebsverden, hvorimod den deduktive tilgang bevirker, at empirien analyseres ud fra et allerede eksisterende begrebsapparat fra teorien (129).

I forbindelse med indsamling og bearbejdning af empiri har der i dette speciale været en veksling mellem en induktiv og deduktiv tilgang. Under indsamling af empirien fra hhv. den systematiske litteratursøgning og interviews, var der en deduktiv tilgang, idet både den systematiske søgning og den udarbejdede interviewguide blev udformet på baggrund af de tre forskningsspørgsmål og dermed ikke havde et rent eksplorativt sigte. De anvendte begreber som dannede grundlag for bloksøgningen i den systematiske søgning var valgt forud for søgningen, hvormed søgningen havde til formål at bidrage med specifik og målrettet viden omkring en konkret situation i en konkret kontekst, nemlig borgers psykiske velbefindende i

forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Ligeledes blev interviewguiden struktureret ud fra tre temaer, som blev udarbejdet ud fra de tre forskningsspørgsmål. Den deduktive tilgang til empirien i hhv. litteratursøgningen og interviewguiden var dermed medvirkende til at sikre, at den indsamlede empiri kunne bidrage til besvarelse af problemformulering.

Tilgangen til analysen var mere empiristytet og dermed mere induktiv, idet der i analysen ikke blev anvendt allerede eksisterende teoretiske begreber til at analysere og fortolke empirien ud fra. Dog blev den deduktive tilgang også anvendt, eftersom analysens resultater havde til formål at besvare de tre forskningsspørgsmål. Ifølge Merriam og Tisdell er bearbejdningen af kvalitativ empiri i begyndelse induktiv, idet forskeren i starten af processen arbejder ud fra empiriens egen begrebsverden og dermed ikke fortolker på empirien, hvorimod forskeren i slutningen af processen arbejder primært deduktivt, fordi teori her anvendes til at skabe belæg for de analytiske fund (116). Eftersom der først blev inddraget teori i diskussionen, var analysen af empirien fra hhv. litteratursøgningen og interviews, derfor en blanding af den induktive og deduktive tilgang, hvorimod diskussionen af de analytiske fund havde en primært deduktiv tilgang, idet teori her blev inddraget med henblik på at skabe belæg for de analytiske fund. Ifølge Dahlager og Fredslund skal valget af teori først og fremmest styres af den enkelte teoris forklaringsværdi, hvilket bevirker, at inddragelse af en teori afhænger af hvorvidt teorien kan være medvirkende til at indfange de fænomener, der undersøges, og samtidig åbne op for nye fortolkninger (122). Derfor blev teori, der blev anvendt i diskussionen, først identificeret efter de analytiske resultater var fremkommet.

6.0 Analyse af interview og litteraturstudie

Den følgende analyse tager afsæt i den kvalitative empiri, der blev indhentet gennem individuelle telefoninterviews med seks kvinder i fertilitetsbehandling, samt de syv videnskabelige studier fra den systematiske litteratursøgning, der efter kritisk læsning og kvalitetsvurdering blev medtaget i analysen. Indledningsvist analyseres de tre temaer, der blev fremanalyseret af den kvalitative empiri på baggrund af trin 1-4 i analysestrategien af Dahlager og Fredslund. I analysen af temaerne inddrages citater fra interviewene og gennem fortolkning af citaterne opnås en ny erkendelse om, hvordan fertilitetsbehandling kan influere på borgerens psykiske velbefindende. Efterfølgende analyseres de videnskabelige studier med henblik på at opnå viden om hvilke aktiviteter, der kan medvirke til at fremme det psykiske velbefindende for borgere i fertilitetsbehandling.

6.1 Analyse af interview

Denne analyse tager afsæt i interviews med seks kvinder, der alle er i fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Formålet med analysen er at besvare forskningsspørgsmål 1, 2 og 3 ved at opnå forståelse for de 1) psykiske udfordringer og behov som kvinderne oplever i forbindelse med fertilitetsbehandling, 2) hvornår den psykiske belastning er størst samt 3) hvilke aktiviteter, som kan imødekomme disse udfordringer og behov. Analysen er struktureret efter tre analytiske temaer, der fremkom på baggrund af anvendelsen af Dahlager og Fredslunds filosofisk-hermeneutiske analysestrategi. Temaerne repræsenterer de oplevelser og erfaringer, som er fremherskende for flere af kvinderne, men samtidig rummer temaerne forskellige nuancer af kvindernes oplevelser, idet der dels var varierende årsager til at kvinderne var i fertilitetsbehandling og dels var forskel på varigheden af deres behandlingsforløb. I nedenstående tabel 2 præsenteres baggrundsinformationer om de seks kvinders behandlingsforløb på offentlige fertilitetsklinikker i Danmark med henblik på at sætte konteksten for de erfaringer og oplevelser, som kvinderne har gjort sig, og som kan have betydning for de oplevelser og behov, der kommer til udtryk gennem analysen af interviewene.

Informant	Alder	Civilstatus	Årsag til behandling	Type af behandling	Varighed af behandling	Antal mislykkede forsøg	Status på forløbet
Ann	25 år	I heteroseksuelt parforhold	Har polycystisk ovariesyndrom (PCOS)	Hjemmeforsøg og IUI	2 år	7 mislykkede forsøg	På venteliste til IVF
Mia	35 år	I heteroseksuelt parhold	Lav æg-reserve + mand med nedsat sædkvalitet	ICSI	4 måneder	2 mislykkede forsøg	Afventer tredje forsøg med ICSI
Eva	32 år	I heteroseksuelt parforhold	Endometriose	IFV	1 år	2 mislykkede forsøg	Afventer næste ægoplægning
Freja	29 år	I homoseksuelt parforhold	Er i et homoseksuelt parforhold	IUI med donorsæd	4 måneder	3 mislykkede forsøg	Gravid i uge 4 efter 3. forsøg med IUI
Ida	33 år	Enlig	Ønske om at være solomor	IUI med donorsæd	1 år og 2 måneder	4 mislykkede forsøg	Afventer næste IUI
Stine	37 år	I heteroseksuelt parforhold	Kronisk sygdom	IUI og IVF	4 år	6 mislykkede forsøg	Afventer næste ægoplægning

Tabel 2: Oversigt over baggrundsinformationer på de seks informanter

6.1.1 Tema 1: Kvindeidentitet

Dette tema centrerer sig omkring hvordan behovet for fertilitetsbehandling kan forandre kvindernes selvopfattelse og selvforståelse. Eva fortæller bl.a. om hvordan behovet for fertilitetsbehandling er psykisk udfordrende og siger:

”... jeg går helt ned, går helt ned, jeg knækker fuldstændig og jeg bliver overbevist om at det er min skyld og at det er min krop og at jeg kan ikke ... altså, jeg er lavet til at kunne producere børn og det kan jeg ikke. Det kan jeg ikke, hvad fanden kan jeg så? (...) Undskyld mit sprog, men det er virkelig den der følelse af magtesløshed og ligegyldighed og ... altså det kan fandme også bare være lige meget det hele så, ikke også? For jeg kan ikke det, jeg er produceret til”

For Eva betyder dét, at hun ikke kan få børn på naturlig vis, at det er hendes skyld og at hendes krop biologisk fejler og at hun også fejler som kvinde. Dette kan tolkes som et udtryk for at Evas forståelse af kvindelighed og kvindeidentitet er forbundet med dét at kunne blive naturligt gravid. Eftersom Eva ikke er i stand til at blive gravid uden fertilitetsbehandling,

påvirker det hendes psykiske velbefindende i form af at hun både føler skyld og skam ved ikke at leve op til sine egne og muligvis omgivelsernes forventninger til hende som kvinde. For Eva udmønter det sig i en følelse af at hun *knækker fuldstændigt* og skaber en følelse af magtesløshed og ligegyldighed. For Stine har behovet for fertilitetsbehandling bevirket at hun befinder sig i en situation, hvor hun er mere sårbar:

*“... jeg har for eksempel fået den der kommentar at ”så det måske bare ikke meningen at du skal have barn” og **det** skal man ikke sige til mig, og det skal man i det hele taget ikke sige til nogen der er i sådan...et forløb [...] man er bare så sårbar i den her situation og når det er noget man har ønsket sig altid, og jeg havde jo aldrig drømt om vi nogen...på noget tidspunkt skulle have noget problem med det”*

I citatet fortæller Stine om hvordan kommentarer såsom *så er det måske bare ikke meningen at du skal have barn* kan gøre særlig ondt, fordi disse kommentarer berører et særligt sårbart emne, som handler om hvorvidt Stine som kvinde er egnet til at få børn. For Stine er drømmen om børn noget hun altid har forestillet sig ville lykkes naturligt, så idet folk stiller spørgsmålstegn ved om det er meningen at hun skal have børn så kan dette indikere at der stilles spørgsmålstegn ved hendes identitet som kvinde. At Stine ikke vil have, at man siger sådan til hende, kan tolkes som et udtryk for, at hun ser sin egen identitet som en kommende mor, og når der bliver stillet spørgsmålstegn ved dette, provokerer det Stines identitetsfølelse og får hende til at føle sig sårbar. Endvidere kan det være tabubelagt at have behov for behandling, hvortil Eva uddyber:

“... det er sådan lidt tabu-agtigt .. igen det der med at jeg er sat til verden for at få børn og det kan jeg ikke. Men hvad kan jeg så? Altså man snakker jo ikke højt om at man er i behandling, de fleste gør i hvert fald ikke [...] Og der er bare ikke nogen skam i det, det er sådan det er...”

I modsætning til Eva og Stine, der oplever at behovet for fertilitetsbehandling skaber følelser af skyld, skam og sårbarhed i situationen i relation til deres kvindelighed og selvforståelse, giver Ida, der har valgt at gå i behandling fordi hun ønsker at være solomor, udtryk for et andet perspektiv:

“... det er mit eget ønske, det er mit eget behov [...] Jeg har jo bare ikke en mand og gøre mig gravid, jeg har jo ikke fået at vide, at der er noget galt med mig eller min kæreste. [...] Jeg kan jo godt måske møde en fyr en dag, og så kan det lykkes helt naturligt”

For Ida har årsagen til fertilitetsbehandlingen betydning for hendes selvforståelse, idet hun - i modsætning til Eva og Stine - ikke tvivler på hendes evne til at blive naturligt gravid og dermed oplever Ida ikke at hun har fejlet som kvinde, og dermed er hun ikke samme omfang som Eva og Stine, påvirket af følelsen af mindreværd. Også Freja, som er i behandling fordi hun er i et homoseksuelt parforhold, oplever at have troen på kroppens evne til at blive gravid, hvortil hun siger: *“... jeg tvivler slet ikke på at det skal nok lykkes”*. Dermed kan årsagen til at kvinderne skal gennemgå fertilitetsbehandling have betydning for deres psykiske velbefindende, hvor Idas drøm om et barn har bevirket, at hun har valgt at gå alene i fertilitetsbehandling. For Ann, der er i et parforhold, oplever hun at der er forskel på hvor stor drømmen om et barn er, og siger:

”... nu er det nok mig der har den største drøm i det, altså i vores forhold, om børn [...] altså jeg har jo haft ekstremt mange tanker om hvad gør vi så, hvis ikke det her virker? [...] Hvor han er sådan lidt: ”Jamen så lever vi da bare videre”. [...] Hvor at jeg, jeg kan ikke lige se nogen vej ud af det”

Ann bekymrer sig for hvorvidt hendes parforhold kan overleve, hvis fertilitetsbehandlingen ikke bevirker at de får et barn sammen som giver hende bekymringer for forholdets fremtid idet hun ikke kan *se nogen vej ud af det*, hvor *det* refererer til livet uden et barn. Hermed ses der en mulig kønsforskel i forhold til måden hvorpå konsekvenserne af infertilitet håndteres, idet Anns kæreste godt kan forestille sig et liv uden børn. For kvinderne i fertilitetsbehandling udfordrer barnløsheden deres tro på selv at kunne opfylde drømmen om at få et barn, fordi de har behov for fertilitetsbehandling og fordi kvinderne samtidig er bevidste om at behandling ikke nødvendigvis kan opfylde deres største ønske: et barn. Idet kvinderne konfronteres med behovet for at være i fertilitetsbehandling, sker der et skifte i deres selvforståelse, hvor de går fra at opfatte sig selv som værende sat i verden til at producere børn til at de fejler som kvinder, hvor de psykiske udfordringer for nogle kvinder

dog kan være mindre, idet et selvvalgt behandlingsforløb ikke skaber følelsen af at fejle som kvinde.

6.1.1.1 Undertema: Jeg står på sidelinjen

Kvindernes selvforståelse bliver udfordret i mødet med den sociale verden, hvor de konfronteres med andre kvinder for hvem det lykkes at opnå graviditet og børn i omgangskredsen, hvilket for flere af kvinderne skaber en følelse af at stå på sidelinjen. I relation til at se andre lykkes med at blive gravide, siger Eva:

*“... det er sgu ikke sjovt... **det** er det ikke...Og jeg drømmer ofte om at vi bare kunne blive gravide på helt naturlig vis, men det kan ... det er næsten også noget af det der er værst, at man kan stå på sidelinjen og kigge på at folk de bare får børn fra en kant af, ikk?”*

Citatet peger på, at Eva føler sig udenfor, og at hun ikke kan deltage socialt på lige fod med andre mennesker, der har børn, fordi hun ikke er som dem og oplever at hun ikke er i stand til at udfylde sit potentiale som kvinde i en social verden. Det at det *næsten er noget af det der er værst, at stå på sidelinjen* kan tolkes som udtryk for, at hun socialt set ikke har et tilhørsforhold hvor hun kan være sig selv uden at være anderledes. På denne måde kan det tolkes som, at det ikke alene er afsavnet i forhold til ikke at kunne få opfyldt sit ønske om at blive mor til et barn, men at der socialt set er store konsekvenser forbundet med at være barnløs. Eva føler således et afsavn i forhold til sit eget ønske om på naturlig vis at skabe en familie med børn, idet hun ser at mange i omgangskredsen lykkes hermed. På samme måde oplever Stine at det er svært at være vidne til at andre har børn og siger:

“... jeg har jo mange nevøer og niecer og sådan noget...og det er ikke fordi jeg ikke...jeg kan godt lide at være sammen med dem og jeg nyder det også og sådan noget men nogle gange så tænker jeg også ... det skulle ha' været mit barn det her eller...jeg ville også gerne have haft at jeg havde haft barn med hvis vi er nogle steder henne hvor det sådan er mere børnevenligt for eksempel.”

I citatet sætter Stine ord på hvad hun oplever som særligt svært i forbindelse med at møde børn i hendes omgangskreds, særligt hendes niecer og nevøer, som hun beskriver ved at sige

det skulle ha' været mit barn det her. Stines påpeger to aspekter i citatet i forhold til at omgås andres børn, hvilket kan tolkes som et udtryk for Stines ambivalente følelser omkring at være sammen med sine nevøer og niecer, og at det kan være forbundet med en stor smerte for hende, at være sammen med børn der aldersmæssigt kunne have været hendes egne. I den sociale hverdag bliver Stine konfronteret med det afsavn det er ikke selv at have et barn med i sociale sammenhænge, hvilket kan pege på en følelse af at være udenfor det sociale fællesskab. En anden oplevelse af at stå på sidelinjen sætter Eva ord på, idet hun siger:

“Det er mega svært og jeg føler mig simpelthen som verdens dårligste menneske, når det er at jeg ikke kan finde en grimasse, der passer, ikke også? Det er det værste folk kan gøre over for mig lige nu og de sidste to år, det at stå overfor mig og fortælle mig at de er gravide, det er frygteligt [...] jeg kan simpelthen ikke stå og kigge folk i øjnene og ligne en der er glad på deres vegne, lige når jeg får kastet bomben. Det kan jeg bare ikke.”

Fordi Eva er i fertilitetsbehandling er det udfordrende for hende at se andre blive gravide. Når Eva føler sig som *verdens dårligste menneske* kan det tolkes som, at hun føler sig skamfuld over, at hun ikke er i stand til at glæde sig over andre menneskers lykke men derimod føler misundelse *når hun får kastet bomben*. Mødet med børn og gravide i omgangskredsen giver kvinderne en oplevelse af, at der er bestemte situationer i deres sociale liv, hvor de oplever nogle socialt forbudte følelser i form af misundelse og jalousi. Disse forbudte følelser kan yderligere resultere i skyld og skamfølelse og mindreværd over at være et dårligt menneske og kan dermed være psykisk belastende for kvinder, der er i fertilitetsbehandling. I modsætning hertil siger Mia:

*“Når jeg kigger inde på de der grupper, der er enormt mange der bliver enormt kede af det når andre bliver gravide... **det** kæmper jeg **ik** med”*

Mia sætter her ord på hvordan hun - i modsætning til mange andre kvinder i fertilitetsbehandling - ikke oplever at hendes humør bliver påvirket negativt, når andre bliver gravide. Dog tilføjer hun lidt senere i interviewet, at hun trods alt også kan blive udfordret og siger:

*“Selvfølgelig kan jeg også godt mærke et stik i hjertet over ååh hvornår bliver det min tur...
altså fordi nogen der knap nok har prøvet dem kan det lykkes for”*

At stå på sidelinjen og se at andre lykkes med graviditet og børn, er således noget som påvirker Stine, Eva og Mias psykiske velbefindende i form af følelser af afsavn, skam og at stå uden for det sociale fællesskab. I kraft heraf pointerer flere af kvinderne hvordan disse følelser skaber et behov for at kunne tale med andre, som forstår hvor svært det er at se andre blive gravide og forældre. I denne forbindelse fortæller Eva om hvordan hun har behov for en at møde andre kvinder, der også er i fertilitetsbehandling og siger:

“Hvis jeg skal nævne én ting, som jeg mener [...] vil kunne gøres bedre i den her fertilitetsverden, så er det det der med at der er én eller anden form for noget støttegruppe, folk, der er på lige linje, ikk? [...] jeg tror at jeg ville kunne få en forståelse for at det ikke kun er mig. Og at det er okay [...] at man synes det er hårdt og at det er svært og ... at man føler sig alene i det.

Il: ja og det ... altså måske er det også dét støttegruppen vil kunne gøre for dig...
E: Lige præcis, lige præcis. Et sted hvor det er tilladt hvad man rent faktisk tænker fordi man ved at højst sandsynligt at der sidder i hvert fald én mere, der tænker præcis det samme og føler præcis det samme som dig.”

Eva fremhæver støttegruppen som en aktivitet, der vil kunne gøre hendes oplevelse af fertilitetsbehandlingen bedre, fordi den vil kunne skabe en følelse af at man ikke at være alene om at stå på sidelinjen og have svært ved at glæde sig på andres vegne, når de lykkes med at blive gravide. Eva fortæller videre:

“... og det er jo, altså, i det her liv der kæmper man med næb og kløer for én selv ... og alt det der lykkes alle andre det er bare skide uretfærdigt, ikke også? [...] det er lige før det er lidt forbudt at sige det, men det er jo sådan det er. Det er dét vi tænker.”

I citatet fremhæver Eva at det både skaber en følelse af uretfærdighed, men også en følelse af skam, idet hun siger at *det er lige før det er lidt forbudt at sige*, hvormed Eva hentyder til

uretfærdigheden i at se andre blive gravide. For nogle kvinder i fertilitetsbehandling kan forbudte følelser omkring misundelse og jalousi over andre kvinders graviditet yderligere resultere i en selvstigmatisering, fordi de i forvejen føler at de har fejlet biologisk som kvinder, idet de ikke kan blive gravide, men nu også samtidig bliver et moralsk dårligt menneske, fordi de ikke kan glæde sig på andres vegne. Disse følelser er ydermere medvirkende til at skabe følelsen af at stå på sidelinjen.

Oplevelsen af at stå på sidelinjen kan fylde mindre, hvis kvinderne indgår i et socialt fællesskab med andre, der befinder sig i samme situation. For Stine betyder dette fællesskab, at der er visse ting, der kan være nemmere at italesætte:

“Jeg tror at der var nogle ting som man godt kunne snakke om i den gruppe som man måske ikke snakker nødvendigvis med sin omgangskreds [...] nogle gange kan det være en hjælp og nogle gange så er det ikke en hjælp at høre om andre folks mislykkede forsøg”

Ligesom Eva mener Stine også at støttegruppen vil være en hjælp, idet det her vil være tilladt at tale om de svære tanker og følelser, som kvinder i fertilitetsbehandling kan have. Støttegruppen kan således give kvinderne i fertilitetsbehandling et tilhørsforhold til et socialt fællesskab, hvor man kan snakke om aspekter af behandlingsforløbet, som kan være for sårbart at dele med personer i omgangskredsen, fordi de har oplevet at omgangskredsen ikke er i stand til at forstå deres situation, fordi de ikke selv har prøvet at være i fertilitetsbehandling. Dog fremhæver Stine også ulemper forbundet med en støttegruppe, idet det kan være belastende at høre, når andre i behandling, mislykkes. I mødet med andre kvinder, som også er i fertilitetsbehandling, kan man dermed risikere at skulle høre om andres slidsomme nederlag, hvilket kan være psykisk belastende, fordi kvinderne opsøger et støttende fællesskab på baggrund af et behov for selv at blive mødt og lyttet til. På lignende vis oplever Ida, at der kan være positive og negative aspekter forbundet med at indgå i et fællesskab med andre kvinder i samme situation:

”... det er både positivt og negativt at vide at alle andre der også får negative svar er i samme båd som en selv, det kan være dejligt at se når der er nogen det lykkes for, men det kan også være pisse irriterende, hvorfor lykkes det for dig og ikke for mig?”

På samme måde som Stine, oplever Ida at det kan være positivt at være en del af et socialt fællesskab, hvor andre kvinder også oplever udfordringer med at blive gravide, mens der også er et negativt aspekt af det sociale fællesskab, da det kan være svært at høre om andres mislykkede forsøg med fertilitetsbehandling. At høre om andre, der lykkes med at opnå graviditet gennem fertilitetsbehandling, kan skabe en følelse af håb, men omvendt kan det også skabe følelsen af håbløshed og uretfærdighed, fordi det at være vidne til at andre i fertilitetsbehandling lykkes med at opnå graviditet, skaber følelsen af *hvorfor lykkes det for dig og ikke for mig*. Dermed kan støttegruppen være et sted, hvor kvinderne på den ene side kan sænke skuldrene og tale åbent om deres følelser og på den anden side være psykisk belastende, fordi kvinderne samtidig skal forholde sig til andres op- og nedture i behandlingsforløbet i en periode af livet, hvor de ikke nødvendigvis har overskud til dette. Dette er præmissen for at være en del af en støttegruppe, hvilket kan være årsagen til at Stine har opsøgt en psykolog i forbindelse med at fertilitetsbehandling. Hertil uddyber hun:

“... altså nu har jeg jo selv opsøgt en psykolog fordi jeg synes at der var mange ting jeg havde brug for at snakke om [...] ikke fordi at han sådan kan hjælpe mig ret meget, men bare det at få snakket om det med en anden som ikke er involveret i det, som ikke er familie eller mand eller veninde eller hvad det nu kan være, han er helt udenforstående for det men han har en forståelse for hvorfor det er at jeg har det hårdt med det”

I citatet fremhæver Stine et behov for at tale med én, som ikke er involveret i hendes behandlingsforløb og som dermed er *helt udenforstående*. Stines behov tolkes som et udtryk for, at både det sociale netværk, såsom familie og venner, men også støttegruppen med andre ligesindede kvinder, kan være for involverede i behandlingsforløbet. Hertil uddyber Stine hvad en psykolog bidrager med:

“... det er primært mig der snakker og siger hvordan jeg har det og nogle gange bare at få læst af på én, som man ikke skal gøre det samme til gengæld”

Stine pointer om at ikke at skulle gøre gengæld over for en psykolog kan tolkes som et udtryk for, at når man er i fertilitetsbehandling kan man have brug for at indgå i en social relation, hvor man kan *læsse af* uden at føle, at man skal give noget tilbage. Dette står i kontrast til præmissen for at indgå i en støttegruppe i forbindelse med fertilitetsbehandling, eftersom samtaler med en psykolog kun centrerer sig omkring den enkelte kvindes følelsesliv og de udfordringer og behov, som den enkelte kvinde kan have.

Opsamlende er det i dette tema omhandlende kvindeidentitet blevet fremanalyseret, at når en kvinde opstarter i fertilitetsbehandling, sker der et skifte i hendes selvforståelse og identitet, eftersom behovet for fertilitetsbehandling kan afføde følelsen af at fejle som kvinde. Skiftet i identitetsforståelsen kan dog være anderledes for enlige kvinder og kvinder i homoseksuelt parforhold, idet denne gruppe af kvinder er i fertilitetsbehandling af andre årsager, og dermed ikke har samme oplevelse af at have fejlet biologisk som kvinde. Ændringen i kvindens selvopfattelse og identitetsfølelse kan skabe et behov hos kvinden for at finde og blive en del af et socialt fællesskab, hvor der er mulighed for at identificere sig med andre kvinder, der også har svært ved at opnå graviditet. Dette sociale fællesskab kan være en støttegruppe for kvinder i fertilitetsbehandling, idet denne gruppe skaber mulighed for at kunne spejle sig i andre, der på godt og ondt forstår hvordan det er at være i fertilitetsbehandling. Dog kan støttegruppen også være forbundet med psykiske belastninger i forhold til at skulle forholde sig til andre kvinders op- og nedture i behandlingsforløbet, hvorfor der kan opstå et behov for at tale med en sundhedsprofessionel, som f.eks. en psykolog, hvor samtalen kan centrere sig om den enkelte kvindes udfordringer og behov i forbindelse med fertilitetsbehandlingen.

6.1.2 Tema 2: På vej mod graviditet

Temaet *På vej på graviditet* handler om den ventetid, der er en præmis i forbindelse med fertilitetsbehandling, særligt ventetiden mellem behandlinger og svar på hvorvidt behandling har været succesfuld. Ventetiden i behandlingsforløbet fremhæves af flere af kvinderne, som et aspekt af behandlingsforløbet, der er psykisk belastende. Hertil fortæller Stine om hvordan hendes hverdag præges af ventetiden:

“... så der er rigtig mange andre dage hvor man måske godt så kan gå lidt i stå fordi jeg kun, man sådan hele tiden venter på at det næste der skal ske øhm ... det synes jeg i hvert fald jeg har lidt svært ved og sådan få fyldt mine dage ud til at jeg ikke tænker ret meget på det...”

I citatet fortæller Stine om hvordan det i hverdagen kan være svært at overkomme ventetiden i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Dette tolkes som, at Stine oplever en følelse af rastløshed i ventetiden i forbindelse med fertilitetsbehandlingen hvor hun kan *gå lidt i stå* i løbet af hendes hverdag. Samtidig har Stine også et behov for at fylde sin dag ud for ikke at tænke på det, hvilket kan tolkes, som at hun konstant tænker på hvorvidt hun er gravid, hvis hun ikke tvinger sig selv til at tænke på noget andet. Også Eva oplever at fertilitetsbehandling fylder i hverdagen og siger:

“... det fylder jo rigtig rigtig meget, så der er ikke helt så meget plads til alt muligt andet [...] Det er jo fordi det fylder og det fylder jo fra jeg står op til jeg går i seng hver dag.”

Lignende oplevelser har Stine:

*“... også selvom du står og skal have nyt job eller der er et eller andet skelsættende i dit liv så fylder det stadigvæk, det er det der fylder mest og det er det **altid** og hele tiden”*

Citaterne af Stine og Eva peger på, at der er noget på spil i forbindelse med ventetiden som yder indflydelse på hverdagen for kvinder i fertilitetsbehandling, hvor en hverdag præget af ventetid kan være psykisk udfordrende. Dét, der gør behandlingsforløbet psykisk udfordrende er, at ventetiden, som er en præmis i fertilitetsbehandlingen, er altopslugende, fordi det fylder fra *jeg står op til jeg går i seng hver dag* og *det er dét, der fylder mest* i livet. I den tid, hvor kvinderne er i fertilitetsbehandling, skubbes det normale hverdagsliv i baggrunden. Dermed bliver fertilitetsbehandlingen et aspekt, der influerer hverdagslivet i så høj en grad at det nærmest rammesætter kvindernes liv. Ida fortæller også om ventetiden i behandlingsforløbet:

“... tankerne er der selvfølgelig, men man prøver jo også bare at begrænse det til at ... ja, det er noget man ikke kan gøre noget ved, så man skal også lade være med at bruge for mange tanker eller energi på det.”

Her viser Ida en anden strategi end Stine, idet hun overgiver sig til, at *det er noget man ikke kan gøre noget ved*, hvilket for Ida betyder, at hun kan bruge mindre energi på at tænke over hvorvidt hun er blevet gravid eller ej. Dermed prøver kvinderne at håndtere den indflydelse, som fertilitetsbehandling har på deres hverdagsliv, gennem forskellige strategier, hvor en strategi kan være, at overgive sig til tankemylderet, mens en anden strategi er at man forsøger at begrænse tankemylderet. Ligeledes fylder ventetiden for Freja:

”Og så at man sådan går og venter og håber på at den menstruation ikke kommer [...] altså kroppen bliver jo også mega meget påvirket af den her psykiske stress eller sådan, du ved, den her overtænkning der hele tiden sker...”

Hvor Ida forsøger at begrænse tankerne i ventetiden, fordi hun ikke oplever at hun kan gøre hverken fra eller til i forhold til at lykkes med at blive gravid, oplever Freja at ventetiden er forbundet med følelser af håb om at lykkes, men samtidig også præget af psykisk stress i form af overtænkning. For både Ida og Freja er det altså karakteristisk, at de oplever, at det kropslige aspekt er ude af deres hænder, hvilket kan tolkes som et udtryk for kontroltab og en følelse af afmagt over ikke selv at kunne gøre noget for at hjælpe graviditeten på vej.

Eva fortæller om hvordan dagene op til testdage, kan påvirke hvor nærværende hun er over for sine omgivelser, hvortil hun siger:

“Jeg synes det gør det svært at være til stede, det gør det svært at være 100 % til stede. Fordi at man jo er andre steder, specielt sådan lige de der dage op til testdage, ikke?”

Eva bruger ord som *fordi at man jo er andre steder* specielt op til testdage hvor Eva får svar på om hun har opnået en graviditet. Disse testdage betyder, at Eva oplever, at hun har svært ved *at være 100% tilstede* i livet omkring hende, hvilket peger på at test og tanken om hvorvidt hun er gravid, fylder i hendes tanker. Tankerne omkring den potentielle graviditet strukturerer dermed både Stines, Evas, Idas og Frejas hverdagsliv. For nogle af kvinderne udmønter dette sig ved, at de anvender forskellige strategier for at håndtere ventetiden og det mentale fokus på en mulig graviditet. I forlængelse af oplevelsen af ventetid i behandlingsforløbet fortæller Eva, hvordan hun oplevede det, da hun fik at vide, at æggene,

der var blevet taget ud til hendes IVF-behandling, skulle fryses ned, før den næste ægoplægning var mulig og siger:

”Og så få sådan en besked, det er bare ikke sjovt. Og det er igen den der håbløshedsfølelse efterfølgende, ikke? Og det der med at det bliver udskudt ... nu har man ventet så længe og så skal man vente to måneder mere og to måneder, det er bare uendeligt lang tid, når man står i det her”

I ovenstående citat tydeliggøres det, hvordan ventetid i særdeleshed kan være psykisk udfordrende, eftersom ventetiden hos Eva skaber en følelse af håbløshed. For både Ida, Stine, Freja og Eva er ventetid mellem behandlinger og ventetid op til dage, hvor de får svar på hvorvidt de er blevet gravid eller ej, medvirkende til at øge den psykiske belastning i behandlingsforløbet, så selv dage hvor de ikke aktivt får foretaget procedurene i relation til fertilitetsbehandlingen, har de stadig oplevelsen af at være i behandling. Dermed dominerer behandlingen kvindernes hverdagsliv, idet de er på vej mod graviditet, men ikke er der endnu.

6.1.2.1 Undertema: At handle i afmagt

Eftersom behandlingen fylder i hverdagslivet, forsøger kvinderne at håndtere den situation de befinder sig i ved at lave ændringer i hverdagen, både i relation til livsstil og arbejdsliv. Eva fortæller om hvordan hverdagen er præget af at være i fertilitetsbehandling:

“Jamen nu har jeg lige haft ægløsning, det kunne jo være at vi var heldige, så skal jeg løfte anderledes og gøre anderledes [...] og skal jeg tage den her test eller skal jeg lade være, skal jeg vente og det skal jeg ikke og [...] nu skal jeg passe på med hvor meget kaffe jeg drikker, nu skal jeg det ene og nu skal jeg det andet og ... kan det her skade og kan det her skade og hvad kan jeg selv gøre for at det her det bliver bedre?”

I citatet sætter Eva ord på de mange overvejelser, der påvirker hendes hverdag, hvor særligt livsstilsmæssige valg fylder for Eva, idet hun konstant gør sig tanker om *hvad kan jeg selv gøre for at det her det bliver bedre*, hvor *det her* hentyder til at opnå succes med fertilitetsbehandlingen og opnå graviditet. Endvidere har behandlingsforløbet bevirket, at

Evas hverdag centrerer sig omkring overvejelser om hvorvidt hun skal handle anderledes i dagene omkring ægløsning, fordi *det kunne jo være at vi var heldige*, som kan referere til *var heldige* at blive *gravide*. Dertil kan det tolkes at Eva prøver at agere som om hun er gravid, selvom om hun ikke er det, fordi hun befinder sig i et “limbo” mellem to tilstande, hvor hun forsøger at tage sine forholdsregler ved at handle som om hun er gravid. Dette kan være et udtryk for, at Eva forsøger at handle i afmagt, fordi hun ikke ved hvad der er det optimale at gøre i det limbo, hun befinder sig i. Ligeledes fortæller Stine hvordan hendes hverdag har ændret sig:

“... så man sådan hele tiden i beredskab [...] og alle de ting man ikke må spise [...] og så hvis man er i den der hvor man har fået sat æg op ik’ så øh...så prøver man bare at bruge sin tid på og tænke på noget andet fordi at hvis du ikke har andet end at gå og tænke på, er jeg nu gravid, er jeg nu gravid, så bliver man i hvert fald mere stresset af det og det hjælper ligesom heller ikke fertiliteten ret meget...men samtidig så skal du jo også tænke hvis jeg så er gravid, hva så, hvad skal der så ske ik?”

I citatet peger Stine på at det særligt er i forbindelse med tiden efter hun har fået sat æg op, at det kan være svært ikke at tænke på hvorvidt hun har opnået graviditet og at denne tanke fylder og kan opleves som stressende. Samtidig forsøger hun at flytte hendes tanker over på andre ting, fordi hendes forståelse er, at stress ikke hjælper fertiliteten. For Stine er det således stressfyldt at vide, at stress kan påvirke hendes chance for at blive gravid, hvilket kan blive en kilde til selvbefredelse, idet Stine kan bebrejde sig selv for at graviditeten er udeblevet. Dette kan ligeledes tolkes som magtesløshed i en situation, som kan opleves umulig at håndtere, idet det stort set ikke er muligt for Stine at handle optimalt. Stine forsøger dog at handle i magtesløsheden ved at overveje *hvis jeg så er gravid, hvad så, hvad skal der så ske*. Disse tanker om “hvad nu hvis” bevirker, at Stine går i beredskab og ændrer på sin hverdag i forhold til hvad hun spiser, hvilket tolkes som et udtryk for at hun forsøger at håndtere den uvished, der er forbundet med fertilitetsbehandlingen. Både Eva og Stine befinder sig i et spændingsfelt mellem endnu ikke at være gravid, men potentielt at kunne blive gravid, hvilket bevirker, at de forsøger at handle som om de er gravide, for dermed at kunne øge chancerne for at opnå graviditet og udvise en ansvarlighed overfor den graviditet, der potentielt er til stede. Dette tolkes som et udtryk for at kvinderne forsøger at skabe kontrol over en situation, hvor de er udfordrede af det kontroltab som fertilitetsbehandlingen medfører. Ydermere er kvindernes hverdagsliv ambivalent i forhold til at de dels forsøger at

begrænse den psykiske belastning i form af stress og overdækning og dels også forsøger at håndtere det rent praktisk i forhold til at ændre på deres livsstil såsom kost og fysiske belastninger i dagligdagen.

Opsummerende fremgår det af dette tema, at idet kvinder opstarter i fertilitetsbehandling, får det indvirkning på deres hverdagsliv, fordi de befinder sig i en overgangsfase mellem ikke at være og potentielt at blive gravid efter hvert behandlingsforsøg. Kvinderne befinder sig dermed i et limbo og de forsøger derfor at handle i afmagten, hvilket kommer til udtryk gennem ændringer i deres hverdag. Ved at foretage disse ændringer og agere i limboet, forsøger kvinderne at skabe bedre betingelser for at opnå succes med fertilitetsbehandlingen og dermed skabe en følelse af genvinde kontrollen over deres liv. Kvindernes strategier for at handle i den afmagt, der opstår som følge af at være i fertilitetsbehandling, er formentligt relateret til at kvinderne befinder sig i en overgangsfase, hvor de orienterer sig mod det forhåbentlige kommende forældreskab.

6.1.3 Tema 3: Rutsjebaneturen

Temaet er kaldt *Rutsjebaneturen*, eftersom temaet favner de kontraster, som var karakteristisk for kvindernes oplevelse af behandlingsforløbet. På den ene side er forløbet medvirkende til at give kvinderne en tro på succes og håb om at lykkes med at få et barn, mens mislykkede forsøg undervejs i forløbet på den anden side er psykisk udfordrende, idet det kan skabe tvivl om hvorvidt de nogensinde vil lykkes med at få et barn. For alle seks kvinder er oplevelsen af at være i fertilitetsbehandling således forbundet med både op- og nedture. Som svar på spørgsmålet om oplevelsen af at være i fertilitetsbehandling, siger Ida:

”... det er jo en stor rutsjebanetur op og ned. Ét – helt fra start af – der var jeg sådan lidt, nå det lykkedes i første, ej skulle det være så nemt ikk? [...] Så mister jeg det og så jo flere gange det så mislykkes, så bliver jeg selvfølgelig mere og mere ramt af det.”

I citatet fortæller Ida om de op- og nedture, hun har oplevet undervejs i sit forløb, og om den følelsesmæssige og psykiske belastning, som gradvist tager til i takt med flere mislykkede forsøg. På lignende måde giver Eva udtryk for, at behandlingsforløbet har overrasket hende:

"... jeg havde en eller anden ide om at nu var jeg i fertilitetsbehandling og det her æg, det var befrugtet, så det eneste det skulle gøre, var at sætte sig fast og selvfølgelig gjorde det det. Selvfølgelig, det var så nemt, easy peasy. Det gjorde det ikke ... Man bliver lige supermand for en periode."

Eva udtrykker her hvordan hun i begyndelsen havde tiltro til sig selv og sin krops formåen, hvorefter hendes krop svigter hende, idet ægget ikke sætter sig fast. For Eva er det en stor følelsesmæssig forandring at gå fra en følelse af at være *supermand* til at blive skuffet og miste troen på kroppen. Supermands-følelsen kan tolkes som et udtryk for, at Eva det ene øjeblik føler sig uovervindelig og stærk, men når realiteten af behandlingsforløbet melder sig og forsøget mislykkes, går Eva fra at føle sig uovervindelig til at føle nederlag. Dét, som er psykisk udfordrende for kvinderne, er dermed kontrasten mellem at håbe på at lykkes og opleve at mislykkes. Denne fysiske og psykiske rutsjebanetur er netop dét, kvinderne bliver *ramt af*, des længere tid de er i forløbet.

Den psykiske belastning, der opstår i behandlingsforløbet kommer også til udtryk gennem en følelse af uvished. Omkring uvisheden i behandlingsforløbet siger Ida:

"Hvis man bare fik at vide, du skal igennem 6 gange, så skal du nok til sidst blive gravid og det lykkes, du står med et barn i hænderne, men det er det der med uvisheden [...] "Okay, hvor mange gange skal jeg det her igennem?" Og så tredje gang, hvor det overhovedet ikke sætter sig fast [...] hvor jeg sådan lidt: "Puha, det kan da godt være at det kommer til at kræve en del". [...] hvor jeg tænkte ved mig selv: "Hele tiden er der nogen ting der gør, at det udvikler processen eller ... gør det mere omfattende"..."

Ida sætter ord på de tanker og bekymringer, der er en del af det at være i fertilitetsbehandling, hvor bl.a. tanker om hvorvidt hun overhovedet vil lykkes med at få et barn eller hvor omfattende behandlingsforløbet bliver, gradvist fylder mere og mere. Den manglende forudsigelighed i behandlingsforløbet er således på spil for Ida og kommer til udtryk gennem en følelse af kontroltab i forhold til uvished om hvad hun skal gennemgå. Uforudsigeligheden påvirker ligeledes Ida psykisk, særligt i tiden omkring første og andet mislykkede behandlingsforsøg, hvortil Ida siger:

*“Jo mere du går igennem og jo længere tid det tager, alt andet lige **må** det jo ramme, psykisk [...] havde det lykkedes efter første gang, så havde jeg ikke været psykisk ramt af det. Men fordi man nu står efter fire gange [...] så **er** det jo tankerne kommer om, jamen om, om det overhovedet lykkedes og det er jo **det** psykiske der påvirker én.”*

Tanker om hvorvidt Ida kommer til at lykkes med behandlingen begynder at fylde mere for hende i takt med at hun oplever flere mislykkede forsøg. For Ida har rutsjebaneturen med håb og nederlag strukket sig over fire behandlingsforsøg og netop varigheden af rutsjebaneturen har for Ida betydning for hendes psykiske velbefindende. Således er det psykiske aspekt i forbindelse med mislykkede forsøg gennemgående for alle seks kvinder og et aspekt som blev fremhævet som særligt betydningsfuldt for de psykiske udfordringer, der er forbundet med at gennemgå et fertilitetsbehandlingsforløb. I relation til disse psykiske udfordringer, siger Stine:

”... hver gang det ikke lykkes så tænker man lige et øjeblik (...) det er også for hårdt og nu gider jeg ikke mere (...), men på den anden side, så når der så er gået noget tid, så har man også mod på det igen (...) så finder man energien til også at gå videre, fordi det bare er noget man så gerne vil (...) det er også derfor vi tænker at nu vil vi altså bare kæmpe til sidste blodsdråbe”

Stines beskrivelse af op- og nedture og dét, at hun igen og igen finder motivationen, på trods af at forløbet opleves som hårdt, kan tolkes som, at hun ikke ser nogen anden udvej, idet hun vil gøre alt hvad der skal til for at blive mor. At Stine - på trods af et hårdt forløb med mislykkede forsøg - gang på gang genfinder motivationen og vil *kæmpe til sidste blodsdråbe*, kan tolkes som et udtryk for, at hun nægter at acceptere, at der efter flere års behandling kan være en risiko for, at hun ikke lykkes med at blive mor. Ligesom Stine, vælger Freja også at fortsætte i fertilitetsbehandlingen på trods af mislykkede forsøg, og siger:

”... jeg tror man som menneske finder sig i ret meget hvis det er at man egentlig gerne vil have børn og det dér var den eneste mulighed ikk?”

Freja fremhæver, hvordan man som menneske kan være villig til at gennemgå et psykisk belastende forløb, eftersom behandlingen opleves som den eneste chance for at få et barn og blive mor. Dette kan formodentligt være grund til, at kvinderne vælger at forblive i behandlingen på trods af de psykiske udfordringer, der kan opstå i forbindelse hermed. Netop fordi behandlingsforløbet er psykisk belastende, fremhæver alle seks kvinder, at de har haft behov for støtte til at takle forløbets op- og nedture. Stine, som har været i fertilitetsbehandling over fire år, fortæller:

”... det psykiske i det [...] dét har de måske ikke har så meget at gøre med på selve klinikken [...] så må man ligesom selv ligge og rode med det ik’ [...] så havde man været gravid og var rigtig glad for det og så... mister man lige pludselig det og så skal man... altså så kunne man godt bruge noget hjælp på en eller anden måde til ligesom at komme videre [...] Altså jeg synes det kunne være rart hvis de måske havde en psykolog eller et eller andet på stedet som man kunne få en samtale med hvis man havde brug for det”

I citatet fremgår det, hvordan Stine opfatter fertilitetsklinikken som et sted, der udelukkende varetager den medicinske behandling, hvortil hun selv må håndtere de psykiske belastninger hun oplever. I forbindelse med at miste en graviditet giver Stine udtryk for, at hun savnede muligheden for at få hjælp til at håndtere disse psykiske udfordringer, hvilket kan tolkes som et udtryk for, at dét at miste kan skabe et større behov for støtte i relation til at kunne komme videre. Senere i interviewet uddyber Stine, hvornår behovet for støtte fra andre i samme situation, opstod:

“...det er først sådan indenfor det sidste års tid eller to jeg måske har haft brug for det hvor jeg sådan tænkte at, okay nu har jeg måske brug for at der er nogle andre som jeg sådan kan række ud til hvis jeg har brug for det [...] altså jo længere tid der går jo mere har man brug for den der støtte og den der gejst til at folk også siger: ”Jamen bliv ved, det skal nok lykkes og du må ikke give op endnu””.

Citatet af Stine kan tolkes som, at varigheden af hendes behandlingsforløb er afgørende for hendes nuværende behov for at blive opmuntret af andre til at fortsætte, idet tiden og de

mislykkede forsøg bliver mere og mere opslidende. Også for Eva har varigheden af forløbet betydning for hendes behov for støtte, hvortil hun siger:

“... jeg tror, havde du spurgt mig i starten af forløbet om det var noget jeg var interesseret i, så havde jeg sagt nej tak. Men nu når jeg sidder her [...] et år inde i det og med vores historie, så er situationen sgu lidt en anden”

I citatet fortæller Eva hvordan behovet for støtte har ændret sig gennem forløbet, hvortil hun peger på, at det ændrede behov skyldes den historie, hun har med sig, som er blevet formet af den rutsjebanetur, som hun og kæresten har været igennem det sidste år i fertilitetsbehandling. Ligesom varigheden af behandlingsforløbet for Stine skaber et behov for støtte, har det på samme måde betydning for Eva. Dette kan tolkes som, at optimismen, som flere af kvinderne oplever i starten af forløbet, gradvist mindskes des længere tid de er i forløbet. Endvidere har antallet af mislykkede forsøg betydning for kvindernes psykiske belastning, hvortil kvinderne giver udtryk for, at det særligt er efter to eller flere mislykkede forsøg, at der opstår behov for at støtte sig til kvinder, der også har erfaring med fertilitetsbehandling, eftersom disse kvinder vil kunne indgyde mod og gejst til at fortsætte behandlingsforløbet trods nedture og psykisk belastning. Således kan støttegruppen have potentiale til at bidrage med et socialt fællesskab, hvor kvinderne kan tale åbent om svære følelser, som fremanalyseret i tema 1, og hvor kvinderne samtidig kan motivere hinanden til at fortsætte behandlingen trods op- og nedture. Stine fremhæver dog hvordan støttegruppen på Facebook kan være demotiverende og siger:

“... hvis folk skriver, nu har jeg aborteret for sjette gang eller sådan et eller andet, så kan man også godt tænke... hold kæft det en lang tur ik, altså hvis man skal igennem det, det tror jeg ikke engang næsten jeg ved om jeg kunne holde til.”

Stine oplever, at det kan være svært og udfordrende at være vidne til andres langvarige forløb i fertilitetsbehandling, eftersom det hos Stine skaber frygt for varigheden af sit eget forløb og dermed tvivl om, hvorvidt hun psykisk kan holde til at gennemgå så lang en rutsjebanetur. At dele erfaringer med andre i fertilitetsbehandling, kan dermed både have positive og negative aspekter, idet fællesskabet kan skabe en følelse af gå-på-mod til at fortsætte behandlingen,

men samtidig være forbundet med at skulle høre om andres mislykkede behandlinger, hvilket kan betyde, at motivationen og modet til at fortsætte - trods nedture - udfordres.

6.1.3.1 Undertema: Sprøjter og tudeture

Dette undertema *Sprøjter og tudeture* omhandler fysiske og psykiske udfordringer, hvor “sprøjter” henviser til den medicinske del af behandlingen og de dertilhørende fysiske udfordringer, mens “tudeture” refererer til de følelsesmæssige og psykiske aspekter af behandlingen. Tilsammen skaber “sprøjter” og “tudeture” udfordringer hos alle seks kvinder. Eva fortæller i forbindelse hermed:

“... jeg har lige brugt 30 dage på at gå og stikke mig selv i maven og det gør pisseondt og det svier og det brænder og man bliver mærkelig i hovedet af det, altså. Og ens krop bliver underlig, ja ... og så lykkes det ikke ... det er også bare tarveligt”

I ovenstående citat forklarer Eva, hvordan fertilitetsbehandling påvirker hende både fysisk og psykisk, idet der både er smerter forbundet med behandlingsprocedurerne og at hormonbehandlingen gør, at *man bliver mærkelig i hovedet*. Når behandlingsforløbet ikke lykkes - på trods af stor indsats og udholdenhed - oplever Eva det som tarveligt, hvilket kan tolkes som en følelse af uretfærdighed, fordi Evas store indsats ikke bliver honoreret med graviditet. Dette kan ydermere være et udtryk for, at Eva synes hun bør opnå graviditet, fordi hun har lagt en stor indsats for det. Det er netop dette aspekt af behandlingsforløbet, der kan opleves som tarveligt og uretfærdigt, fordi kvinderne aldrig er sikret “belønning” på trods af den indsats, de ligger, og alt det de gennemgår, for at få et barn. Også Ida oplever at de fysiske aspekter af forløbet er psykisk belastende:

“... Og så går der lige 14 dage fra du så tager ægløsningssprøjten og bliver insemineret til du har testdag. Det er 14 ulidelige dage fordi ... du mærker samtlige symptomer (...) jeg bliver ramt, får ondt i maven af at de har været oppe og rode og ... ja, man tænker bare hele tiden på det og venter på den der dag der man kan testes. Og så forfra igen...”

Ida fremhæver i citatet hvordan de fysiske og psykiske udfordringer er forbundet med smerter og mange tanker, som gør ventetiden fra insemination til testdag ulidelig. Ida udholder de 14 ulidelige dage, fordi de samtidig er forbundet med et håb om, at hun i sidste ende kan teste positiv for graviditet. Når Ida siger *og så forfra igen* kan det tolkes som, at Ida mentalt skal forberede sig på at gennemgå endnu en periode, hvor hun er fysisk og psykisk belastet. Citatet af Ida illustrerer dermed hvordan særlige perioder i behandlingsforløbet kan have betydning for kvinders psykiske velbefindende. Også Stines psykiske velbefindende påvirkes af den medicinske behandling:

“... alle de her sprøjter man har taget og fyldt sin krop med hormoner og ens humør har også bare svinget fordi man har fået alle de her hormoner [...] så kan man være glad det ene øjeblik og så kan man sidde og tudbrøle det næste øjeblik [...] og tager også øh...sådan ting måske lidt mere personligt end jeg burde gøre en gang imellem øhm... især hvis folk ikke forstår det og det er der jo rigtig mange der ikke har nogen chance for, hvis man ikke har prøvet det, så forstår man det ikke altid”

I citatet fortæller Stine om en hverdag, som er præget af hormoner og humørsvingninger som hun beskriver som *dét at være glad det ene øjeblik og så kan man sidde og tudbrøle det næste*, som også bevirker at hun selv mener at hun tager nogle ting mere personligt, som især er tilfældet, når folk omkring hende ikke forstår det, hun går igennem. Citatet kan være et udtryk for, at Stine oplever at blive misforstået af mennesker, som ikke har erfaringer med at være i fertilitetsbehandling, særligt fordi andre ikke forstår de psykiske reaktioner, hun har på hormonbehandling. Kvinder i fertilitetsbehandling bliver således psykisk belastet som følge af de fysiske og psykiske konsekvenser af den medicinske behandling, og disse udfordringer har dermed betydning for deres psykiske velbefindende.

6.1.3.2 Undertema: Et uklart forløb

For alle seks kvinder har kommunikationen med fertilitetsklinikken haft betydning for deres oplevelse af fertilitetsbehandlingen, hvor der både har været positive og negative aspekter heraf. Derfor fremkom undertemaet *Et uklart forløb*, fordi det kommunikative aspekt af behandlingsforløbet viste sig at have betydning for kvindernes psykiske velbefindende. Eva fortæller i forbindelse med hendes oplevelse af kommunikation med klinikken:

“Der har været rigtig meget af det der... hvor den ene siger noget og den anden siger noget andet [...] men det er jo også fordi, de ved jo ikke noget med sikkerhed og jeg har rigtig svært ved, når jeg ikke kan få at vide hvad der skal ske.”

At Eva har en oplevelse af, at *den ene siger noget og den anden siger noget andet* kan tolkes som, at Eva oplever en utilstrækkelighed i personalets kommunikation, fordi personalet ikke giver hende klare svar på, hvad hun skal forvente af forløbet. Evas oplevelse af disse forskellige udmeldinger fra personalet kan tolkes som årsag til, at hun oplever forløbet som uklart og usikkert. Lignende oplevelse af kommunikationen med klinikken har Ann, der fortæller:

“... deres oplysninger de svingede lidt, alt efter hvem man ringede til [...] altså der var ikke noget klarhed over det, og det var ikke ens, altså det var ikke ens svar, øh, alt efter hvem man talte med.”

I citatet peger Ann på, at kommunikationen med personalet på klinikken ikke formåede at skabe klarhed over behandlingsforløbet. Både for Eva og Ann kan måden, hvorpå klinikken kommunikerer omkring forløbets gang, således skabe en følelse af usikkerhed. Senere i interviewet uddyber Ann hvad hun har manglet konkrete svar på:

”... at få svar på hvor længe hormonerne er i kroppen og hvor man ligesom står henne og hvad der skal ske nu? Det har været meget rettet mod at nu gør vi det her og så ser vi lige om det her virker, hvor... jeg har måske haft brug for lidt mere struktur ... hvor man, hvor man kan sige, okay, når det her ikke virker, så gør vi det her [...] Hvor at jeg har først fået informationen når det ikke har virket.”

Ann italesætter, at hun føler, at hun oplever uklarhed i forhold til hvad hun kan forvente sig af behandlingsforløbet og samtidig oplever, at hun får information om behandlingsforløbet for sent. Således har både Eva og Ann en opfattelse af ikke at være blevet tilstrækkeligt informeret, hvilket tolkes som, at personalet på fertilitetsklinikkerne formodentlig ikke har kommunikeret på en måde, hvor kvinderne følte sig informerede og medinddragede i deres forløb. En konsekvens heraf kan være, at forløbet bliver svært at håndtere psykisk, fordi det

kan være svært for kvinderne mentalt at forberede sig på det næste skridt i forløbet. I kontrast til en kommunikation, der kan gøre forløbet svært at håndtere, fortæller Freja:

“... vi har selvfølgelig også haft én læge, der har været favorit, hvor hun bare har siddet og taget sig rigtig god tid med os og ... bare hyggesnakket [...] jeg tror det handler om, hvordan man sådan formidler tingene [...] altså sådan hvis man sætter sig ned og forklarer person til person i stedet for bare at være sådan ”du skal det og det og det for det siger de her tal” og sådan noget ikk? [...] hun er sådan personlig i sin tilgang til patienterne”

I citatet fortæller Freja, hvordan hun mener den gode kommunikation hænger sammen med lægens måde at formidle på og hendes løsningsforslag er, at en læge bør tage sig tid til at indgå i en personlig samtale, hvor der er god tid til at forklare og samtidig kunne hyggesnakke. Dette kan tolkes således, at Freja efterspørger, at der bliver kommunikeret på en mere uformel og personlig måde og at der i samtalen skal være tid til at den formidlende læge eller sygeplejerske sikrer sig, at det formidlede er blevet modtaget efter hensigten. Fordi kvinder i fertilitetsbehandling befinder sig i en situation, der er forbundet med usikkerhed, bliver klinikkens måde at kommunikere på essentielt for kvindernes oplevelse af forløbet. Hertil kan den personlige og nærværende kommunikation skabe en følelse af et mere håndterbart forløb, hvilket kan have positiv betydning for kvindernes psykiske velbefindende, idet det kan medvirke til at skabe mindre usikkerhed.

Opsummerende for tema 3 er det fremanalyseret hvordan fertilitetsbehandling er en fysisk og psykisk rutsjebanetur, idet den ofte består af psykiske og fysiske op- og nedture, hvor særligt håbet om at få et barn står i kontrast til de mislykkede forsøg. Overordnet er de mislykkede forsøg forbundet med følelser såsom tristhed og tvivl, men samtidig må kvinderne genvinde styrken og troen på og håbet om at lykkes med behandlingen for at kunne fortsætte behandlingen. Behandlingsforløbet er i særdeleshed præget af uvished, hvilket både kommer til udtryk gennem en usikkerhed omkring hvad der kræves af kvinderne, fysisk og psykisk, men også i forhold til oplevelsen af en mangelfuld kommunikation med fertilitetsklinikken, som ligeledes er medvirkende til at give kvinderne en følelse af uhåndterbarhed og uklarhed. Fælles for kvinderne viste varigheden af behandlingsforløbet sig at have betydning for det psykiske overskud, idet et længere forløb betyder at kvinderne oplever flere mislykkede forsøg og dermed flere op- og nedture. Eftersom

behandlingsforløbet opleves som en rutsjebanetur opstår behovet for støtte, hvilket især kommer til udtryk i forbindelse med at kvinderne oplever nedture. Når kvinderne mislykkes i behandlingsforløbet, opstår behovet for at kunne erfaringsdele med andre kvinder, der har gjort sig lignende erfaringer, fordi denne form for støtte kan virke opmuntrende og motiverende. Dog kan denne form for støtte også være demotiverende, idet kvinderne, der i forvejen er psykisk belastede som følge af deres egen rutsjebanetur, skal høre om andres mislykkede behandlinger. Derudover kan der også være behov for en nærværende samtale med sundhedsprofessionelle, hvor samtaler med eksempelvis en psykolog kan bidrage til at gøre det nemmere at komme videre efter at have oplevet et mislykket forsøg, hvorimod tid til nærværende samtale med personalet på klinikken kan skabe mere klarhed over forløbet og dermed gøre det mere håndterbart.

I nedenstående tabel 3 præsenteres en sammenfatning af analysens fund ud fra de tre fremanalyserede temaer og undertemaer, som medvirker til at besvare de tre forskningsspørgsmål.

Temaer og fund fra analyse af interview	Tema 1: Kvindeidentitet Undertema: <i>Jeg står på sidelinjen</i>	Tema 2: På vej mod graviditet Undertema: <i>At handle i afmagt</i>	Tema 3: Rutsjebaneturen Undertema: <i>Sprøjter og udeture & Et uklart forløb</i>
Forskningsspørgsmål 1. Hvilke psykiske udfordringer og behov oplever borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling?	- Barnløsheden udfordrer kvinders tro på selv - Der sker et skifte i deres selvforståelse - Følelse af at fejler som kvinde udfordrer kvindeidentiteten - Følelse af at være udenfor det sociale fælleskab om børn - Følelse af afsavn - Misundelse som skaber skam- og skyldfølelse - Følelse af mindreværd	- Følelse af rastløshed og at gå i stå i hverdagen - Fertilitetsbehandling er altopslugende og fylder alt fra morgen til aften - Fertilitetsbehandlingen rammesætter hverdagen - Tankemylder og psykisk stress ved overtænkning - Kontroltab og afmagt - Følelse af håbløshed - Svært at være nærværende og til stede i livet - Befinder sig i et limbo - Følelse af selvbebrejdelse - Konstant i beredskab	- Fysiske og psykiske op- og nedture - I takt med flere mislykkede forsøg belastes kvinders psyke gradvist - Miste troen på kroppen - Skuffelse og nederlag - Følelse af uvished - Bekymringer ift. hvorvidt det lykkes at få et barn - Følelse af kontroltab, uforudsigelighed og uretfærdighed - Usikker og uklar kommunikation med klinikken
2. Hvornår i behandlingsforløbet oplever borgere med fertilitetsudfordringer at den psykiske belastning er mest fremtrædende?	- Mislykkede behandlingsforsøg	- Ventetid mellem behandling og svar på resultatet af behandlingen - Uforudsete procedurer i behandlingsforløbet - Mislykkede behandlingsforsøg	- To eller flere mislykkede behandlingsforsøg - Mistet graviditet
3. Hvilke aktiviteter kan fremme borgernes psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling?	- Et støttende socialt fælleskab, hvor kvinder kan spejle sig i hinanden og blive mødt med forståelse for det som er svært - Individuelle samtaler med en sundhedsprofessionel, hvor samtalen centrerer sig om den enkelte	- Strategier til håndtering af uvisheden i hverdagen, idet strategien kan skabe en følelse af at genvinde kontrollen	- Et støttende socialt fællesskab med mulighed for at tackle forløbets op- og nedture gennem opmuntring fra kvinder som har erfaring med behandlingen samt tale åbent om svære følelser - Mere tid og nærvær i kommunikationen med personalet på fertilitetsklinikken kan skabe en følelse af et mere håndterbart forløb

Tabel 3: *Analytiske fund fra tema 1, 2 og 3*

6.2 Analyse af litteraturstudie

Den følgende analyse af de 7 videnskabelige studier, der er fremkommet på baggrund af den systematiske litteratursøgning har til formål at bidrage med viden omkring hvilke aktiviteter der har effekt i forhold til at fremme det psykiske velbefindende for borgere i fertilitetsbehandling.

I nedenstående tabel 4 præsenteres de 7 studier, der danner grundlag for analysen af litteratur. Studiernes formål, studiedesign og metode beskrives i tabellen. Endvidere præsenteres interventionstypen i tabellen, herunder en kort beskrivelse af aktiviteter, der er en del af interventionen samt varigheden for disse aktiviteter. Afslutningsvist præsenteres studiets resultater og såfremt studiet har beregnet effektmål for den undersøgte intervention, fremgår disse ligeledes i tabellen.

Titel, forfatter, årstal	Formål	Studiedesign og metode	Intervention og aktivitet	Resultater og konklusion
Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review Chow et al 2016	Undersøger effekten af psykosociale interventioner rettet mod par med infertilitet ift. at opnå en forbedring i parrenes psykosociale trivsel.	Systematisk review med 12 inkluderede studier.	Forskellige psykosociale interventionstyper, herunder "Cognitive Behavioral Therapy"(CBT) ¹ , "Mind/Body intervention" (MBI) ² og psykoterapi til hhv. grupper, par og individer	Konkluderer at psykosociale interventioner forbedrer psykologiske outcomes såsom depression, angst og psykisk pres. Gruppebaserede interventioner havde større effekt på de psykologiske outcomes sammenlignet med par- og individbaserede interventioner
Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis Frederiksen et al. 2015	Undersøger effekten af psykosociale interventioner ift. at reducere angst, depression, infertilitets-relateret psykisk pres, ægteskabelig funktion samt graviditetsraten	Systematisk review og metaanalyse med 39 inkluderede studier.	Forskellige psykosociale interventionstyper, herunder CBT og MBI til grupper, par og individer	Konkluderer at psykosociale interventioner har statistisk signifikant positiv indvirkning på adskillige psykologiske outcomes, såsom depressive symptomer, angst og infertilitets-relateret psykisk pres med $p = 0.001$

¹ CBT: terapiform der har til formål at støtte patienter til at forandre uhensigtsmæssige og negative tanker, følelser og handlinger gennem arbejde med nye metoder og teknikker til at definere sig selv på (130)

² MBI: en intervention, hvori der arbejdes bevidst med sammenhængen mellem krop og psyke, bl.a. gennem aktiviteter såsom åndedræt og meditation (131)

	blandt par der er i fertilitetsbehandling			
Internet-based support for infertile patients: a randomized controlled study Haemmerli et al. 2010	Undersøger effekten af en internetbaseret intervention rettet mod borgere i fertilitetsbehandling, hvor effekten undersøges ift. mentalt helbred og graviditetsrate	Randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) med 11 par i interventionsgruppen og 10 par i kontrolgruppen	8 ugers internetbaseret intervention med inddragelse af bl.a. CBT til par og individer	Interventionen havde ingen signifikant effekt på mentalt helbred, idet alle effektmål efter 5 måneders follow-up havde en p-værdi på over 0.05.
Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients Domar et al. 2015	Undersøger effekten af "cognitive coping and relaxation intervention" (CCRI) målrettet kvinder, der skal opstarte deres første IVF-behandling.	Randomiseret kontrolleret studie med 88 kvinder i interventionsgruppen og 77 kvinder i kontrolgruppen	Selvadministreret intervention til kvinder kaldet CCRI, som består af en kombination af en kognitive copingstrategier og afspændingsteknikker til individer	CCRI har statistisk signifikant effekt efter 12 måneders follow-up ift. reduktionen af angstniveauet (OR = 0.275) og har statistisk signifikant positiv indvirkning på emotionel livskvalitet målt ud fra FertiQoL ³ (OR = 5.95)
Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study Galhardo et al. 2013	Undersøger effekten af "Mindfulness-Based Program for Infertility" (MBPI) for kvinder med fertilitetsudfordringer	Non-randomiseret kontrolleret forsøg med 61 kvinder i interventionsgruppen og 41 kvinder i kontrolgruppen	MBPI-interventionen bestod af 10 ugentlige sessioner af 2 timers varighed, med undtagelse af en session der varer en hel dag. Interventionen er målrettet grupper på op til 15 kvinder. Mandlige partnere inviteres til at deltage i 3 sessioner	Konkluderer at MBPI er en effektiv psykologisk gruppeintervention til kvinder med infertilitetsudfordringer, idet interventionen mindsker negative tanker og følelser Reduktion af angst: p = 0.009 Reduktion af depression: p = 0.001
Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial Anderheim et al. 2007	Undersøger effekten af at deltage i ekstra konsultationer med jordemødre på den tilknyttede fertilitetsklinik.	Non-randomiseret kontrolleret forsøg med 49 par i interventionsgruppen og 117	Interventionen er målrettet par, hvor interventionsgruppen modtog 3 ekstra konsultationer	Ingen statistisk signifikant effekt, ift. psykologisk trivsel sammenlignet med kontrolgruppen med p-værdi over 0.05

³ FertiQoL: et internationalt udviklet instrument, der kan anvendes til at måle på livskvaliteten (FertiQoL) hos mænd og kvinder med fertilitetsudfordringer (132)

		par i kontrolgruppen	med den samme jordemoder á varighed på 30-60 minutter	
From telescope to binoculars. Dyadic outcome resulting from psychological counseling for infertile couples undergoing ART Donarelli et al. 2019	Undersøger effekten af psykosocial rådgivning ift. livskvalitet, ægteskab/samliv, og ønsket om at blive forældre, for par der er i fertilitetsbehandling	Kontrolleret studie med 34 par i interventionsgruppen og 34 par i kontrolgruppen	Interventionen er målrettet par og bestod af 5 parterapi-sessioner varetaget af psykoterapeuter	Parterapi for par i fertilitetsbehandling har positiv effekt i form af forbedret livskvalitet og lavere stressniveau målt på FertiQol Livskvaliteten for kvinderne i interventionsgruppen steg fra mean før: 67.44 til mean efter: 73.23 Livskvaliteten for mændene i interventionsgruppen steg fra mean før: 77.49 til mean efter: 81.81

Tabel 4: Oversigt over de 7 inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning

Den følgende analyse er struktureret efter hvilken type af intervention, der er undersøgt i studierne, og er derfor inddelt i hhv. gruppebaserede interventioner, interventioner til par og individrettede interventioner.

6.2.1 Gruppeinterventioner

I reviewet af Chow et al., hvori det undersøges hvilke typer af psykosociale interventionsformer til par i fertilitetsbehandling, der har størst effekt, konkluderes det, at gruppebaserede interventioner har størst effekt på parrenes psykiske velbefindende sammenlignet med par- og individrettede interventioner (102). Ifølge studiet af Chow et al. havde de gruppebaserede interventioner størst effekt, idet der i denne type interventioner er mulighed for at deltagerne kan dele følelser med andre i samme situation og samtidig se at deres reaktioner er berettigede og normale (102). Endvidere konkluderes det, at varigheden af psykosociale interventioner bør være mellem 6-12 uger for at opnå bedst effekt, eftersom interventioner under seks uger ikke viste signifikant effekt på deltagernes psykiske velbefindende (102). Dertil var der også indikationer på, at interventioner der havde seks eller flere sessioner resulterede i større grad af reduceret angst, depression og mental ubalance sammenlignet med interventioner med færre sessioner end seks (102).

I metaanalysen af Frederiksen et al., der bl.a. undersøgte effekten af psykosociale interventioner i forhold til at reducere angst, depression og infertilitetsrelateret psykisk pres fandt man - ligesom i studiet Chow et al. - statistisk signifikant effekt af gruppeinterventioner, hvorimod der ikke var signifikant effekt af interventioner til par, samt individrettede interventioner og online interventioner (104). Endvidere fremhæves det i studiet af Frederiksen et al., at gruppeinterventioner, der indeholder aktiviteter med fokus på uddannelse og information samt afspændingsøvelser, kan have større effekt på psykisk velbefindende hos par i fertilitetsbehandling (104). Dertil konkluderer af Frederiksen et al. på linje med fund fra studiet af Chow et al., at psykosociale interventioner med "*Cognitive Behavioral Therapy*" (CBT), kan være særligt effektive i forhold til at reducere psykosociale problemer herunder angst, depression og infertilitetsrelateret psykisk pres (104). Endvidere findes der i metaanalysen af Frederiksen et al. også overbevisende effekt af MBI (104). Derudover viste det kontrollerede studie af Galhardo et al. positive resultater hos kvinder, der deltog i den gruppebaserede interventionsform "*Mindfulness-Based Program for Infertility*" (MBPI) (133). Interventionens formål var at støtte kvinderne i bevidst at bevæge sig i en selvvalgt og ønsket retning i livet (133). MBPI er et struktureret psykosocialt interventionsprogram med et gruppeformat på op til 15 kvinder, hvor deltagerne undervises i emner omkring mindfulness og vigtigheden af at være til stede i nuet og acceptere den nuværende livssituation (133). Endvidere blev hver mødegang indledt med en halv times mulighed for at dele følelser og frustrationer med gruppen (133). Studiets interventionsgruppe havde et signifikant fald i hhv. depressionssymptomer, følelser af skam, både interpersonelt og i relation til omverdenen, følelser af at være fastlåst i barnløsheden samt nederlag, hvortil kvinderne også viste statistisk signifikant forbedret self-efficacy og mindfulness-færdigheder i forhold til at håndtere infertilitet, sammenlignet med kontrolgruppen, som ikke viste signifikante forbedringer i nogen af de psykologiske parametre der blev målt på med undtagelse af parameteren: selv-fordømmelse (133). Studiet af Galhardo et al. konkluderer på baggrund heraf, at øgede mindfulness-færdigheder omkring accept samt decentrering i forhold til tanker og følelser, kan hjælpe kvinder til at mindske negative tanker og følelser, på trods af deres psykiske udfordringer (133). Afslutningsvist diskuteres det i studiet af Anderheim et al. at støttegrupper kan have positiv indvirkning på borgernes psykiske velbefindende, eftersom flere af parrene i studiet gav udtryk for, at gavnlige støtte kom fra mennesker i samme situation (134).

Endvidere peges der i studierne af Chow et al., Galhardo et al. og Donarelli et al. entydigt på, at psykosociale interventioner målrettet borgere i fertilitetsbehandling med fordel kan leveres af en psykolog eller psykoterapeut, eftersom disse studier viste statistisk signifikant positiv effekt på borgernes psykiske velbefindende (102)(133)(135). Der fremhæves også fordele ved at anvende sygeplejersker pga. deres viden på området og tætte patientkontakt (102). I forlængelse heraf anfægtes anvendeligheden af medicinsk personale, der ikke er trænet eller uddannet i at varetage psykosociale interventioner, idet interventioner med dette formål, ifølge Anderheim et al., kræver en trænet rådgiver eller terapeut (134).

Opsummerende er den særlige styrke i gruppeinterventioner, at der i denne interventionsform er mulighed for at dele sine følelser med andre i samme situation og samtidig se, at de reaktioner man kan have, når man er i fertilitetsbehandling, er berettigede og almindelige for borgere i fertilitetsbehandling. I studierne af Chow et al., Frederiksen et al. og Galhardo et al., indgår der gruppeinterventioner bestående af aktiviteterne *CBT* eller *MBI/MBPI*, der alle tre er psykoterapiformer, hvori der i *MBI/MBPI* indgår elementer af mindfulnessstræning og afspændingsøvelser. Disse aktiviteter har den største effekt i forhold til at reducere en lang række psykosociale problemer såsom angst, depression og infertilitetsrelateret psykisk pres, følelser af skam både interpersonelt og i relation til omverdenen, følelser af at være fastlåst i barnløsheden, nederlag samt forbedring af self-efficacy. Ved anvendelse af gruppeinterventioner, der har til formål at fremme borgere med fertilitetsudfordrings psykiske velbefindende, kan disse aktiviteter dermed med fordel indgå.

6.2.2 Par-interventioner

Studierne af Anderheim et al., Chow et al. og Donarelli et al. undersøgte effekten af psykosociale interventioner målrettet til par, der er i fertilitetsbehandling.

I studiet af Anderheim et al. konkluderes det, at der ikke er statistisk signifikant effekt for par, der deltog i ekstra konsultationer med en jordemoder, i forhold til at forbedre psykologisk trivsel sammenlignet med kontrolgruppen (134). Jordemødrene var trænet i "*non-direktiv teknik*" med formålet om at guide parret til at tale om deres følelser og oplevelser omkring hvad de syntes var vigtigt for deres specielle situation (134).

I reviewet af Chow et al. indgik der flere studier, der undersøgte effekten af par-interventioner på det psykiske velbefindende, hvortil nogle studier konkluderede, at interventionsformen havde signifikant positiv effekt, mens andre studier ikke fandt effekt af interventionsformen (102). Hertil konkluderede nogle af studierne, der undersøgte psykosociale interventioner indeholdende en kombination af informationsgivning vedr. undersøgelsesmetoder og behandlingsmuligheder, afspænding og kognitiv adfædsrådgivning, at der ingen statistisk signifikant forbedring var af pars psykiske velbefindende i forhold til angst og depression (102). Omvendt konkluderede andre interventionsstudier i reviewet af Chow et al., at interventioner til par medførte en signifikant reduktion i graden af angst, depression og stress ved anvendelse af enten CBT eller støttende psykoterapi (102). Ligeledes konkluderes det i det kontrollerede studie af Donarelli et al., at der er positiv effekt af parinterventioner bestående af parterapi varetaget af en psykoterapeut, idet parrene i interventionsgruppen opnåede en højere livskvalitet og lavere stress sammenlignet med parrene i kontrolgruppen (135). Hovedformålet med parterapien i studiet af Donarelli et al. var, at behandle infertilitet som en tilstand parret var fælles om for således at facilitere en fælles håndtering af parrets situation ved at parrene gennem terapien skulle identificere fælles påvirkninger og forskellige reaktionsmønstre i forhold til infertiliteten og behandlingen deraf samt parrets motivation for at få børn (135). Denne aktivitet understøttes af reviewet af Chow et al. der understreger, at begge partnere i et parforhold bør deltage i par-interventioner for at styrke følelsen af partnerskab blandt par med fertilitetsproblemer og dermed hjælpe dem til at håndtere denne livskrise sammen (102).

Opsummerende viste studierne af Anderheim et al., Chow et al. og Donarelli et al. ikke entydig effekt af par-interventioner til par i fertilitetsbehandling. Her finder studierne ikke effekt af par-interventioner på pars niveau af angst og depression, såfremt der indgår mange forskellige aktiviteter med forskelligt fokus, såsom informationsgivning vedr. undersøgelsesmetoder og behandlingsmuligheder, afspænding og kognitiv adfædsrådgivning. I modsætning hertil findes der effekt af interventioner, der består af få aktiviteter, såsom psykoterapiformen CBT, idet disse studier viste effekt i forhold til at reducere graden af angst, depression og stress. Dette kan skyldes, at CBT er en enkel terapiform uden mange forskelligartede aktiviteter. Dette tyder på, at der kan være effekt af nogle former for par-interventioner, såfremt interventionen ikke består af flere forskellige aktiviteter med forskelligt formål. Endvidere peger studierne på at den særlige styrke i par-interventioner ligger i at understøtte måden, hvorpå parret håndterer de udfordringer de både

oplever sammen og oplever hver for sig i forbindelse med at have fertilitetsudfordringer og være i behandling.

6.2.3 Individrettede interventioner

I studierne af Domar et al. og Haemmerli et al. undersøges effekten af individrettede interventioner på det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling.

RCT-studiet af Domar et al. konkluderer, at en selvadministreret intervention, der består af aktiviteterne kognitive copingstrategier og afspændingsteknikker (CCRI) har statistisk signifikant effekt, idet studiet påviser et fald i deltagernes niveauer af angst og en forbedring af livskvaliteten (136). I interventionen skulle deltagerne, afhængig af om de var i hormonstimuleringsfase eller vente-fase i deres behandlingsforløb, udføre øvelser med fokus på åndedræt, meditation samt muskelafspændende øvelser (136). Effekten af disse øvelser kom til udtryk ved at deltagerne følte sig mere positive (136). CCRI hjalp også deltagerne til at fjerne fokus under ubehagelige situationer i behandlingsforløbet, såsom til ægudtagning (136). Derudover var interventionen nem at anvende i praksis, idet den var overskuelig at inddrage i deltagernes daglige rutiner og øvelserne var lette at huske (136). I modsætning til studiet af Domar et al. konkluderes det i RCT-studiet af Haemmerli et al., at der ikke blev fundet positive resultater i evalueringen af den individrettede og internetbaserede intervention rettet mod borgere i fertilitetsbehandling (137). Interventionen havde bl.a. til formål at forbedre den mentale sundhed for deltagerne, der enten kunne deltage i interventionen som enkeltindivider eller som par (137). Interventionen tog udgangspunkt i principperne fra CBT og bestod af 13 sessioner med hvert deres individuelle fokus i hvert enkelt sessionen (137). Dertil indeholdt interventionen også aktiviteter i form af skriftlig kontakt med en terapeut samt et forum hvor deltagerne kunne dele deres erfaringer med andre deltagere (137). Studiet konkluderer, at deltagerne ikke opnåede statistisk signifikante forbedringer i det psykiske velbefindende sammenlignet med kontrolgruppen (137). På trods af den manglende effekt, konkluderes det, at 80% af deltagerne i interventionen vurderede interventionen "positivt" eller "meget positivt", hvilket ifølge Haemmerli et al. kan skyldes, at denne interventionstype dels kan opfattes mindre stigmatiserende for deltagerne og dels er lettere tilgængelig end interventioner med fysisk fremmøde (137). Resultaterne fra studiet af Haemmerli et al. tyder således på, at det kan være relevant at overveje interventioner, hvor borgerne ikke skal møde fysisk op, idet denne interventionstype kan være lettere tilgængelig for borgere i

fertilitetsbehandling, der i forvejen har et travlt skema i forhold til deres fertilitetsbehandlingsforløb.

Opsummerende viser studiet af Domar et al., at der kan være positiv effekt af individrettede intervention, såfremt interventionen er simpel og er baseret på CCRI med aktiviteter som kognitive copingstrategier og afspændingsteknikker, idet disse aktiviteter har effekt i forhold til at reducere angst og forbedre livskvalitet. Derimod findes der i studiet af Haemmerli et al. ikke effekt af individrettede online interventioner indeholdende en lang række forskellige aktiviteter. På baggrund af ovenstående analyse fremgår det, at individrettede interventioner har størst effekt såfremt der anvendes aktiviteterne *CBT*, *MBI/MBPI* eller *CCRI*. Resultaterne af studierne indikerer endvidere, at en individrettet intervention, hvor det ikke er nødvendigt at møde fysisk op, kan have fordele, idet denne interventionstype kan virke mindre stigmatiserende for deltagerne og lettere tilgængeligt.

6.2.4 Chance for at opnå graviditet

Flere af de inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning undersøgte også et andet perspektiv på effekten af psykosociale interventioner for borgere i fertilitetsbehandling, nemlig interventionens effekt på graviditetsraten og kvindernes chance for at opnå graviditet. På trods af at dette perspektiv ikke er medvirkende til at besvare forskningsspørgsmål 3, er disse resultater medtaget, eftersom det repræsenterer et andet centralt aspekt af effekten af psykosociale interventioner.

I metaanalysen af Frederiksen et al. er der inkluderet 10 studier, der undersøger effekten af psykosociale interventioners effekt i forhold til graviditetsrate, hvor det konkluderes, at chancen for at opnå graviditet fordobles ($RR = 2.01$) i interventionsgrupperne sammenlignet med kontrolgrupperne (104). Ydermere finder metaanalysen af Frederiksen et al. en association mellem niveauet af angst og graviditetsrate, hvilket indikerer at et større fald i angstniveauet medfører større sandsynlighed for at opnå succes med fertilitetsbehandlingen (104). Ligeledes er der i reviewet af Chow et al. inkluderet to studier, der viste statistisk signifikant effekt af psykosociale interventioner i forhold til at opnå graviditet (102). I disse to studier undersøges effekten af psykosociale interventioner, der indeholder aktiviteterne *CBT* og støttende psykoterapi, og det konkluderes, at såfremt interventionen medfører en reduktion i graden af stress- og angstniveau, ses der en signifikant

stigning i chancerne for at opnå graviditet (102). Dog var der også få studier inkluderet i reviewet af Chow et al. der nævnte at psykosociale interventioner ikke kunne påvirke graviditetsraten (102)

Således viser litteraturen evidens for at chancen for at opnå graviditet for borgere der deltager i fertilitetsbehandling kan forbedres når borgerne deltager i psykosociale interventioner i forbindelse med behandlingen. Hertil fremgår det, at reduktion af stress og angst har særlig betydning herfor og at CBT og støttende psykoterapi er effektive i forhold til at forbedre chancen for at opnå graviditet.

6.2.5 Opsummering på analysen af litteraturstudiet

Af litteraturstudiet fremgår det, at der er effekt af både gruppe, par og individrettede interventioner. De mest effektfulde interventioner er baseret på: CBT eller MBI/MBPI og CCRI, idet disse aktiviteter kan reducere en lang række psykosociale problemer, såsom infertilitetsrelateret psykisk pres, angst, depression, følelser af skam både interpersonelt og i relation til omverdenen, følelser af at være fastlåst i barnløsheden, nederlag samt forbedring af self-efficacy og mindful levevis, højere livskvalitet og lavere stresspåvirkning. Endvidere kan en kombination af aktiviteterne mindfulnessstræning, kognitive copingstrategier og afspændingsteknikker, der er enkle og nemt anvendelige, have positiv effekt på borgernes psykiske velbefindende. Gruppeinterventionen er særligt anvendelig i forhold til at give deltagerne mulighed for at spejle sig i andre med samme type udfordringer, hvorimod par-interventionen er anvendelig i forhold til at styrke parrets interne håndtering af deres udfordringer med infertilitet og fertilitetsbehandling. Slutteligt kan en fordel ved aktiviteter uden fysisk fremmøde være, at de kan være mindre stigmatisering og lettere tilgængelige. Endvidere er det blevet fremanalyseret, at psykosociale interventioner målrettet borgere i fertilitetsbehandling, bør have en varighed af mindst 6-12 uger, eftersom interventioner under seks uger ikke viste signifikant effekt på deltagernes psykiske velbefindende. Endvidere var der indikationer på, at interventioner, der bestod af seks eller flere sessioner resulterede i en større grad af reduceret angst, depression og mental ubalance sammenlignet med interventioner der havde fem eller færre sessioner. Afslutningsvist blev det fremanalyseret, at psykosociale interventioner endvidere har potentiale til at forbedre chancen for at opnå graviditet i forbindelse med fertilitetsbehandling. Dette fund er inkluderet i analysen og diskuteres i afsnit 7.1.2, idet denne viden anses som et centralt aspekt i forhold til at kunne

øge kvaliteten af det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud i Danmark, idet flere borgere med fertilitetsudfordringer vil opleve forbedret psykisk velbefindende undervejs i behandling og som følge heraf opnå større chance for succes med behandlingen.

I nedenstående tabel 5 præsenteres en sammenfatning af de aktiviteter, der kan fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling. Endvidere fremgår det af tabellen hvilke psykiske outcomes, som den enkelte aktivitet har signifikant effekt på, samt hvilken betydning aktiviteten har for hhv. individer, par eller grupper. Afslutningsvist fremgår formatet for aktiviteten i forhold til hvordan aktiviteten kan udformes og hvad aktiviteten bør have fokus på. Studierne af Haemmerli et al. (137) og Anderheim et al. (134) fremgår ikke af nedenstående tabel, idet aktiviteterne i disse studier ikke havde signifikant effekt på psykisk velbefindende.

Aktiviteter	CBT <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>	MBI <i>Mind/Body Intervention</i>	MBPI <i>Mindfulness-Based Program for Infertility</i>	CCRI <i>Cognitive Coping and Relaxation Intervention</i>
Fra studie:	Chow et al. (102), Frederiksen et al. (104), Donarelli et al. (135)	Chow et al. (102), Frederiksen et al. (104)	Galhardo et al. (133)	Domar et al. (136)
Anvendes til:	Individ, par og gruppe	Par og gruppe	Gruppe	Individ
Positiv signifikant effekt på:	Depression, depressive symptomer, angst, infertilitets-relateret psykisk pres, psykisk pres, stress og livskvalitet	Depression, depressive symptomer, angst, infertilitets-relateret psykisk pres og psykisk pres	Depression, angst, skam, self-efficacy, følelse af nederlag	Angst, emotionel livskvalitet målt på FertiQoL
Særlig betydning for:	- Par og individet i relation til at facilitere en fælles håndtering af situationen - Par i relation til at styrke parforholdet - Grupper i relation til at dele følelser med andre og normalisere den enkeltes reaktioner på behandlingen	- Par og individet i relation at facilitere en fælles håndtering af situationen - Par i relation til at styrke parforholdet	- Kvinder i relation til at mindske negative følelser og tanker, såsom følelser af at være låst fast i barnløsheden samt nederlag - Kvinders evne til at acceptere sig selv	- Individet i relation til at understøtte et positivt livssyn - Individets evne til at fjerne fokus fra den svære situation - Individets mulighed for at inkorporere øvelser i hverdagen - Individets mulighed for at huske øvelserne
Format og fokus:	- Aktiviteten bør være enkel - Aktiviteten bør være nem at inkorporere i hverdagens rutiner - Minimum 6 sessioner - Varighed 6-12 uger	- Fokus på bl.a. afspændingsøvelser - Aktiviteten bør være enkel - Aktiviteten bør være nem at inkorporere i hverdagens rutiner - Minimum 6 sessioner - Varighed 6-12 uger	- Støtte kvinder i en selvvalgt retning i livet - Fokus på mindfulness og tilstedevær - Varighed 10 uger	- Kan bestå af en selvadministreret aktivitet - Fokus på kognitive copingstrategier - Fokus på afspændingsteknikker - Varighed 12 måneder

Tabel 5: *Aktiviteter, der kan fremme borgeres psykiske velbefindende*

7.0 Diskussion

Den følgende diskussion har til formål at nuancere de analytiske fund, der er fremkommet på baggrund af seks individuelle interviews med kvinder i fertilitetsbehandling i Danmark og syv videnskabelige studier omhandlende effekten af psykosociale interventioner på det psykiske velbefindende. Diskussionen af de analytiske fund afsluttes med en samlet præsentation over de udarbejdede anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling. Efterfølgende diskuteres styrker og svagheder ved anvendelsen af 6SQuID-modellen samt de anvendte metoder, der har ligget til grund for udarbejdelsen af anbefalingerne.

7.1. Diskussion af analytiske fund

Diskussionen er struktureret efter problemformuleringen der består af to led, dels hvilken betydning fertilitetsbehandling har for borgerens psykiske velbefindende og dels hvordan kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling kan øges med henblik på at fremme borgernes psykiske velbefindende i behandlingsforløbet. Diskussionen har til formål at fremkomme med anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling således at kvaliteten af behandlingen kan øges i relation til at fremme borgere med fertilitetsudfordrings psykiske velbefindende. Til at fremkomme med anbefalingerne til den offentlige fertilitetsbehandling anvendes diskussionen til at forstå og nuancere de analytiske fund gennem en teoretisk kontekstualisering samt inddragelse af forskningslitteratur, som dermed kan supplere og vise andre perspektiver end fundene gjort i analyserne. Derfor centrerer diskussionens første del om fundene fra interviews gennem inddragelse af Birthe Bech-Jørgensens teori om hverdagsliv, forskningsresultater af Tine Tjørnhøj-Thomsen samt anden forskningslitteratur. I anden del diskuteres fundene fra hhv. interviews og litteraturstudiet gennem inddragelse af anden forskningslitteratur.

7.1.1 Betydningen af fertilitetsbehandling for det psykiske velbefindende

Fundene, der diskuteres i det følgende, er fremanalyseret på baggrund af interviews med 6 kvinder i fertilitetsbehandling. Diskussionen af fund fra interviewene har til formål at skabe forståelse for hvordan fertilitetsbehandling kan have betydning for kvinders psykiske velbefindende og belyses ud fra en teoretisk kontekst med afsæt i Birthe Bech-Jørgensens teori om hverdagslivet (138). Endvidere inddrages der forskningslitteratur af bl.a. Tine

Tjørnhøj-Thomsen, som også belyser det mandlige perspektiv i relation til fertilitetsbehandlings betydning for det psykiske velbefindende (139)(140)(74), idet dette perspektiv ikke var muligt at belyse ud fra den indhentede empiri. I analysen af interview fremkom temaerne *kvindeidentitet* med undertemaet: *jeg står på sidelinjen*, temaet *på vej mod graviditet* med undertemaet: *at handle i afmagt* samt temaet *rutsjebaneturen*, med undertemaerne: *sprøjter og tudeture* samt *et uklart forløb*, jf. afsnit 6.1. Fælles for disse temaer og undertemaer er, at de alle bidrager til at skabe forståelse for, at kvinder i fertilitetsbehandling kan opleve store ændringer i deres hverdagsliv, som i særdeleshed er influeret af både det at have behov for fertilitetsbehandling, men ligeledes det at gennemgå et fertilitetsbehandlingsforløb.

Bech-Jørgensens teori om hverdagslivet inddrages, idet denne teori kan anvendes til at forstå hvordan brud i hverdagen kan have betydning for menneskers overskud og hverdagsliv (138). Ifølge Bech-Jørgensen er hverdagslivet den altoverskyggende virkelighed, som mennesker lever deres liv i, og består af nogle grundlæggende betingelser, som betegnes *selvfølgeligheder*, der kan forstås som de upåagtede aktiviteter, som mennesket udfører i dagligdagen (138). Disse selvfølgeligheder skaber rammen for hverdagslivet og *“til daglig er vi ikke bare omgivet af selvfølgeligheder, men også opslugt af dem, så vi ikke kan se ud over dem, ikke kan mærke dem og ikke ved om dem - i det mindste ikke før de brydes op eller skrider sammen”* (138, s. 142). Når hverdagslivet ændres, sker der således skred i disse selvfølgeligheder og dermed skred i den struktur og orden, som skaber de grundlæggende betingelser for en overskuelig hverdag (138). At kvinder i fertilitetsbehandling oplever mindsket psykisk velbefindende kan indikere, at de oplever skred i deres *selvfølgeligheder*, hvor de analytiske fund er med til at pege på, hvordan kvindernes rutiner og rytmer, som før prægede dagligdagen og skabte orden og struktur, nu brydes op. I temaet *på vej mod graviditet* fremkom det, at kvindernes hverdag påvirkes, idet de foretager ændringer i hverdagen med henblik på at øge deres chance for at blive gravide. Når mennesker forsøger at genetablere orden og struktur i deres hverdags foregår det ifølge Bech-Jørgensen gennem *justeringer* (138). Disse *justeringer* har til formål at korrigere de skred, der er sket i hverdagslivets *selvfølgeligheder* ved at forsøge at genoprette den tabte orden og struktur og dermed skabe en mere overskuelig hverdag (138). Som fremanalyseret befinder kvinder i fertilitetsbehandling sig i en konstant overgangsfase, idet de er på vej mod at blive gravide, men ikke nødvendigvis er fysisk gravide endnu. Som det fremkom af undertemaet *at handle i afmagt* forsøger kvinderne at håndtere denne uvisse fase ved at løfte anderledes og ikke drikke kaffe, fordi de er af den overbevisning, at disse ændringer i hverdagen kan øge deres

chance for at blive gravide og dermed lede dem ud af overgangsfasen mellem ikke gravid og potentielt gravid. Ud fra hverdagslivsteorien kan det faktum, at kvinderne foretager bevidste *justeringer* i hverdagen, således forstås som, at kvinderne på den ene side forsøger at håndtere overgangsfasen gennem *justeringer*, som kan medvirke til at genetablere strukturen på hverdagslivet og genvinde kontrollen. På den anden side kan kvindernes handlinger påvirke deres psykiske velbefindende negativt, idet disse mange nye *justeringer* kan gøre hverdagslivet uoverskueligt og understreger det vilkår, som kvinderne befinder sig i ved at håbe på - men dog kun måske - at være gravide. Når kvinderne i fertilitetsbehandling forsøger at foretage *justeringer*, kan det dermed forstås som en strategi til at håndtere de forandringer, som fertilitetsbehandlingen har medført i hverdagslivet. Dette er i tråd med Greil et al. som i et review finder, at når kvinder starter i fertilitetsbehandling kan de opleve forløbet som dominerende og altoverskyggende for hverdagslivets rutiner, hvor de aspekter der dominerer hverdagen bl.a. er følelsen af kontroltab som følge af fertilitetsbehandlingen (7). Med afsæt i Greil et al.'s pointe, kan kvindernes strategier således være et udtryk for, at de forsøger at mindske kontroltabet ved at foretage justering i hverdagen.

I tråd med Geil et al.'s fund blev det i temaet *rutsjebaneturen* fremanalyseret, at fertilitetsbehandling kan have negativ indvirkning på det psykiske velbefindende, idet behandlingen ofte består af fysiske og psykiske op- og nedture, hvor særligt håbet om at få et barn står i kontrast til de mislykkede behandlingsforsøg. I undertemaet *sprøjter og tudeture* blev det fremanalyseret, hvordan den medicinske behandling opleves som smertefuld og uretfærdig, når behandlingen ikke resulterer i en graviditet, og samtidig at behandling med hormoner og sprøjter kan være psykisk belastende i form af humørsvingninger og fysiske smerter. At Greil et al. konkluderer, at fertilitetsbehandling bl.a. kan skabe en oplevelse af at kroppen invaderes, kan således være med til at understøtte hvordan fertilitetsbehandlingen påvirker kvindernes hverdagsliv - også udenfor behandlingskonteksten på klinikken - idet fertilitetsbehandling for kvinderne ikke blot omhandler de få gange, de reelt modtager behandling på klinikken, men derimod i lige så høj grad invaderer og dominerer kvindernes hverdagsliv. Dertil blev det i temaet *rutsjebaneturen* fremanalyseret, at desto længere tid kvinderne befinder sig i behandlingsforløbet, desto mere påvirker det deres psykiske overskud, hvor særligt de mislykkede forsøg i forbindelse med behandlingen har negativ indvirkning herpå. Resultater fra et systematisk review af Verhaak et al. understøtter, at mislykkede forsøg har betydning for det psykiske velbefindende, idet studiet konkluderer, at gentagne mislykkede behandlingsforsøg gradvist mindsker det psykiske velbefindende i form af depression, angst og stress (141). Således kan det indikere, at jo længere tid kvinder skal

være i behandling - hvor uvisheden mellem ikke at være gravid men potentielt kunne være gravid belaster deres psykiske overskud - jo større belastning bliver behandlingen for deres psykiske velbefindende. Idet kvinderne skal håndtere en hverdag med færre *selvfølgeligheder* og mange *justeringer* over en længere periode, udfordrer behandlingen derfor kvindernes hverdag med uvished, idet de ikke ved hvornår behandlingen ophører. Dog finder et studie af Maroufizadeh et al., at varigheden af fertilitetsbehandling ikke har signifikant betydning for kvinders psykiske velbefindende, idet der ikke blev fundet nogen association mellem varighed og graden af angst og depression (14). Samtidig konkluderer studiet af Maroufizadeh et al. dog også, at mislykkede forsøg i behandlingsforløbet har betydning for kvinders psykiske velbefindende i forhold til angst og depression (14). Det er værd at bemærke, at studiet af Maroufizadeh et al. netop peger på, at de mislykkede forsøg har betydning for det psykiske velbefindende, og som fremanalyseret i temaet *rutsjebaneturen*, så bevirker antallet af mislykkede forsøg, at varigheden af behandlingsforløbet forlænges og dermed en længere varighed af den fysiske og psykiske belastning i kvindernes hverdag. At skelne mellem betydningen af varigheden og antal af mislykkede forsøg i relation til det psykiske velbefindende kan derfor synes vanskelig. Med afsæt i Bech-Jørgensens pointe om hvordan skred i menneskets *selvfølgeligheder* skaber en mindre overskuelig hverdag, kan det således pege på, at kvinder i fertilitetsbehandling befinder sig i en hverdag med færre *selvfølgeligheder* og derfor oplever en mindre psykisk overskuelig hverdag og at desto længere tid kvinderne befinder sig i denne rutsjebanetur, desto længere tid vil deres hverdag være uoverskuelig. Et andet undertema, der fremkom i forbindelse med temaet *rutsjebaneturen*, var *et uklart forløb* hvor kommunikationen med klinikken viste sig at have betydning for kvindernes psykiske velbefindende, idet uklar kommunikation kunne skabe følelser af usikkerhed. At *et uklart forløb* skaber følelsen af usikkerhed er i tråd med reviewet af Greil et al. som finder, at kvinder i fertilitetsbehandling oplever usikkerhed (7). Som Bech-Jørgensen pointerer, er det livets *selvfølgeligheder*, der skaber orden og struktur i hverdagen og skaber overskud. Fordi kvinderne befinder sig i en hverdag, hvor strukturen og ordenen er konstant udfordret, og hvor intet er givet i relation til at lykkes eller mislykkes med behandlingen, er det således psykisk udfordrende for kvinderne når kommunikationen med personalet ligeledes kan opleves som uklar

Således kan Bech-Jørgensens teori om hverdagslivet medvirke til at skabe forståelse for hvordan ændringer i kvindernes hverdagsliv - som følge af fertilitetsbehandling - har betydning for deres psykiske velbefindende. Et nærliggende spørgsmål kan således være, hvorfor kvinderne vælger at forblive i behandlingen? Ifølge Pinborg et al. kan belastninger i

hverdagslivet som følge af fertilitetsbehandling have den konsekvens, at behandlingsforløbet afsluttes inden graviditeten er opnået (81). På den ene side kan kvinder i fertilitetsbehandling altid vælge at stoppe behandlingen, såfremt forløbet opleves som psykiske belastende, men på den anden side er det et spørgsmål om, hvorvidt kvinderne reelt oplever at have muligheden for at stoppe behandlingen, inden de har fået et barn? For flere af de interviewede kvinder var det karakteristisk, at det at stoppe behandlingsforløbet ikke var en mulighed, fordi ønsket om at få et barn er så stærkt, at det udmønter sig i et ønske om at kæmpe til sidste blodsdråbe. Som det fremkom i temaet *kvindeidentitet* har flere af de interviewede kvinder en opfattelse af, at de er lavet til at producere børn og eftersom de ikke har formået at lykkes med at blive gravide på naturlig vis, afføder behovet for fertilitetsbehandling at kvinderne stiller spørgsmålstejn ved, hvad de egner sig til. Dermed bliver det vigtigt for kvinderne at lykkes med fertilitetsbehandlingen, idet barnet kan konstituere kvindernes identitet. Dette understøttes af Tjørnhøj-Thomsen, som bl.a. har forsket i barnløshed, idet hun peger på, at *“den kropslige uformåenhed anfægter kønsidentiteten og følelsen af at være en “rigtig” mand eller kvinde”*, hvortil det at lykkes med at få egne biologiske børn er medvirkende til at skabe følelsen af at være kompetent, både som mand og som kvinde (139, s. 9). For kvinderne kan fertilitetsbehandling på den ene side opleves som deres eneste mulighed for at komme ud af barnløsheden, men på den anden side også som den eneste mulighed for at rekonstruere deres identitet som kvinde, hvilket kan være årsagen til, at de vælger at fortsætte behandlingen trods omfattende negative psykiske konsekvenser. Kvinder med fertilitetsudfordringer kan derfor befinde sig i en situation forbundet med negative psykiske konsekvenser, uanset om de vælger at forblive i fertilitetsbehandling eller vælger at ophøre med behandlingsforløbet. Dette understøttes af studiet af Johansson og Berg som finder, at ufrivillig barnløshed kan være en livssorg for både mænd og kvinder såfremt fertilitetsbehandlingen ophøres før tid (82). Tilsammen skaber Tjørnhøj-Thomsen og studierne af Johansson og Berg forståelse for, hvordan det psykiske velbefindende influeres negativt af behovet for fertilitetsbehandling som følge af at være infertil, eftersom det udfordrer borgernes identitet og selvforståelse. Kvinders behov for fertilitetsbehandling kan medvirke til at de stiller spørgsmålstejn ved deres identitet som kvinde, hvor det at fejle undervejs i behandlingsforløbet ydermere kan medvirke til at de tvivler på deres kvindeidentitet. Dog finder studiet af Johnson og Fledderjohann, at udfordringer omhandlende selvidentitet ikke berører alle borgere i fertilitetsbehandling, idet studiet konkluderer, at kvinder, der ikke har fået en diagnose som årsag til infertiliteten, ikke i samme grad oplever at deres selvidentitet udfordres (88). Studiet af Johnson og

Fledderjohann understøtter således fundene fra temaet *kvindeidentitet*, hvori det blev fremanalyseret, at enlige kvinder og kvinder i lesbiske forhold ikke på samme måde har oplevelsen af at være udfordret på deres kvindeidentitet, eftersom deres behov for fertilitetsbehandling ikke nødvendigvis skyldes en diagnose eller deres nedsatte evne til at blive spontant gravid, men derimod kontekstuelle faktorer såsom valg eller fravalg af partner. Således kan kvindeidentiteten udfordres, hvis kvinder har en oplevelse af at fejle i at være en *rigtig* kvinde, hvor både behovet for behandling og mislykkede forsøg tilsammen kan give kvinder en oplevelse af at fejle. Dog er det ikke gældende for alle kvinder, idet nogle kvinder ikke oplever at fertilitetsbehandlingen får dem til at tvivle på at være en *rigtig* kvinde.

Tjørnhøj-Thomsen peger ydermere på, at barnløshed kan have negative sociale konsekvenser for identiteten og følelsen af ikke at høre til i de sociale fællesskaber, eftersom barnløsheden skaber følelsen af at være bagud i livet sammenlignet med den omgangskreds, som borgeren spejler sig i, hvilket betyder, at borgeren kan blive udelukket fra sociale fællesskaber og ritualer, som børn skaber adgang til (140)(74). Dette er i overensstemmelse med temaet *jeg står på sidelinjen*, hvor kvindernes selvforståelse udfordres i mødet med den sociale verden, idet de oplever afsavn i form af ikke at kunne deltage socialt på lige fod med andre, der har børn. Ifølge Bech-Jørgensen kan konsekvensen af, at hverdagslivets *selvfølgeligheder* forsvinder være, at det bliver uvist hvordan mennesket skal agere i verden og indgå i relationer til andre mennesker (138). Kvindernes oplevelse af at stå på sidelinjen til deres sociale liv, kan med afsæt i Bech-Jørgensen forstås som en konsekvens af et skred i hverdagslivets *selvfølgeligheder*, idet udfordringer med at få egne biologiske børn, kan skabe en usikkerhed hos kvinden om hvordan hun skal indgå i en relation til mennesker, der har opnået dét, hun så brændende ønsker - at få et barn. Dette kan ydermere få den konsekvens, at den sociale position udfordres, idet kvinderne kan opleve at være bagud i deres liv sammenlignet med deres omverden. Det, der udfordrer kvinderne, er således at det ikke er muligt for kvinderne at foretage justeringer, som kan ændre på det faktum, at de ikke har børn og dermed ikke er en del af det sociale fællesskab med børn, hvortil behovet for fertilitetsbehandling yderligere skaber tvivl om hvorvidt kvinden på noget tidspunkt bliver en del af det sociale fællesskab med børn. Dermed har barnløshed konsekvenser på flere forskellige niveauer, idet barnløsheden kan have konsekvenser intrapersonelt i form af følelsen af at fejle som kvinde, hvilket udfordrer kvindeidentiteten og selvforståelsen, men også interpersonelt i form af en følelse af at stå på sidelinjen til de sociale fællesskaber, hvor børn indgår.

Med afsæt i Bech-Jørgensen og forskningslitteraturen er det i ovenstående diskuteret, hvordan hverdagslivet udfordres af at være i fertilitetsbehandling. Eftersom det psykiske velbefindende er betinget af hverdagslivet - og hverdagslivet i udpræget grad er udfordret i et fertilitetsbehandlingsforløb - er der således grundlag for at indtænke hverdagslivet i den offentlige praksis på fertilitetsområdet. Dét, der kan have betydning for det psykiske velbefindende, er at genoprette orden og struktur i en hverdag, der er præget af mange skred i borgernes selvfølgeligheder.

7.1.2 Kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling: Hvordan og hvorfor?

Diskussionen af de analytiske resultater i dette afsnit sker på baggrund af resultaterne fra hhv. interview og litteraturstudiet med fokus på hvordan kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling kan øges i relation til at fremme psykisk velbefindende for borgere i fertilitetsbehandling. I analysen af litteraturstudiet fremkom det, at aktiviteter til borgere i fertilitetsbehandling både kan være på individ-, par- eller gruppeniveau. Som diskuteret i afsnit 7.1.1 sker der et skred i hverdagslivets selvfølgeligheder, når en borger opstarter i fertilitetsbehandling, hvilket har negativ indvirkning på borgerens psykiske velbefindende, hvorfor det er væsentligt at tage højde for den hverdagslivskontekst, som den enkelte borger i fertilitetsbehandling befinder sig i. Til at supplere denne viden og anbefaling, bidrager fundene fra litteraturstudiet med viden om hvilke aktiviteter, der har positiv indvirkning på det psykiske velbefindende. Ydermere er resultaterne fra litteraturstudiet baseret på forskningsstudier med hhv. kvinder og par som målgruppe, hvormed litteraturstudiet bidrager med mere generel viden om borgeres psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling.

I litteraturstudiet blev det fremanalyseret, at en aktivitet er effektiv i forhold til at fremme borgerens psykiske velbefindende, såfremt aktiviteten enten indebærer kognitiv adfærdsterapi eller har fokus på forbindelsen mellem krop og psyke. Endvidere kan borgeres psykiske velbefindende fremmes af en aktivitet som er enkel, hvilket vil sige, at den ikke består af flere forskellige fokusområder, såsom kombinationen af information, rådgivning og kropslige øvelser, samt er nem at inkorporere i hverdagen. Disse fund understøttes af studiet af Jensen et al. (142) og to systematiske reviews af hhv. D'Silva et al. (143) og Luberto et al. (144) som konkluderer, at krop-psyke interventioner har positiv effekt på angst og

depression. I analysen af studierne af hhv. Domar et al. (136), Chow et al. (102), Frederiksen et al. (104) og Galhardo et al. (133) blev det fremanalyseret, at de undersøgte interventioner var medvirkende til at fremme psykisk velbefindende for borgere med fertilitetsudfordringer i form af en øget grad af emotionel livskvalitet samt en reduktion af graden af angst, depression og psykisk stress. Karakteristisk for de undersøgte interventioner i disse studier var det, at aktiviteterne i interventionerne gjorde brug af enten CBT eller aktiviteter med et samlet fokus på krop og psyke, såsom MBI/MBPI eller CCRI, hvor det fælles for interventionerne gælder, at de indeholder variationer af kognitiv terapi og/eller afspændingsteknikker. Endvidere var et fællestræk for de effektfulde interventioner at de tog afsæt i enkle aktiviteter, hvor der var fokus på kognitiv adfærdsterapi og/eller forbindelsen mellem krop og psyke ved at arbejde både kognitivt og kropsligt gennem øvelser, der var lette at inkorporere i hverdagen. Aktiviteter med fokus på krop og psyke kan medvirke til at genoprette orden og struktur på borgerens hverdagsliv, eftersom aktiviteten kan medvirke til at støtte borgeren i at håndtere nogle af udfordringer, der kan opstå som følge af fertilitetsbehandlingen. I et studie af Jensen et al. konkluderes det, at fokus på forbindelsen mellem krop og psyke har positiv effekt på bl.a. stress, søvnkvalitet og livskvalitet hos borgere som oplever psykiske belastninger (142). Ifølge Jensen et al. handler krop-psyke arbejde om at erstatte kamp/flugt reaktionen med en mere rolig tilgang og opmærksomhed på dét, der opleves stressende, hvilket giver borgeren handlekompetence til at danne overblik over situationen og afgøre, hvad der er muligt at ændre og hvad der ikke kan ændres (142). I relation til borgere i fertilitetsbehandling fremkom det i analysen af interview, at der er flere aspekter af behandlingsforløbet, som borgeren ikke har kontrol over, hvilket bl.a. kunne give en følelse af kontroltab. Ved at borgere indgår i aktiviteter med fokus på krop-psyke, kan det ud fra resultaterne fra studiet af Jensen et al. potentielt hjælpe borgeren til at danne mere overblik over situationen og give borgeren handlekompetence til at håndtere de forskellige udfordringer i forbindelse med fertilitetsbehandlingen. Endvidere konkluderes det i studiet af Chow et al. at såfremt aktiviteten skal have signifikant positiv indvirkning på det psykiske velbefindende, skal aktiviteten have en varighed mellem 6-12 uger og minimum bestå af 6 sessioner (102). Dermed understøtter Chow et al. antagelsen om, at førend en aktivitet bliver en integreret del af borgerens hverdagsliv, skal der afsættes tid hertil. Eftersom hverdagslivet hos borgere i fertilitetsbehandling i forvejen er udfordret som følge af skred i hverdagens selvfølgeligheder, jf. afsnit 7.1.1, kan der med afsæt i fundene fra litteraturstudiet argumenteres for, at såfremt en aktivitet skal have positiv indvirkning på borgerens psykiske velbefindende er det essentielt, at aktiviteten ikke bidrager til at skabe en yderligere belastning for borgeren samt

bliver en integreret del af hverdagen. Dette understøttes af Gugglberger der pointerer, at såfremt en intervention ikke skal fravælges af borgeren, bør interventionen ikke stille for store krav til borgeren (145). I modsætning til resultaterne af Chow et al., Domar et al., Frederiksen et al. og Galhardo et al. konkluderer studiet af Haemmerli et al., at der ingen effekt var af CBT i den 8-ugers internetbaserede intervention (137). En mulig forklaring herpå kan være, at interventionen var mere kompleks, idet den bestod af 13 sessioner, der alle havde et forskelligt fokusområde. Med afsæt i Gugglbergers pointe kan en anden forklaring på, hvorfor interventionen ikke havde effekt være, at aktiviteterne stillede for store krav til borgeren. Dermed var aktiviteten i studiet af Haemmerli et al. ikke i lige så høj grad som aktiviteterne i studierne af Domar et al., Chow et al., Frederiksen et al. og Galhardo et al. nem at inkorporere i hverdagen. Vigtigheden af at tilbyde aktiviteter med fokus på forbindelsen mellem krop og psyke til borgere i fertilitetsbehandling, udfordres af studiet af Ying et al, der på baggrund af en metaanalyse af 20 RCT-studier konkluderer, at interventioner, hvori der enten indgik aktivitetsformerne CBT, MBI eller CCRI, ikke var effektfulde i forhold til at mindske graden af depression eller stress hos individer eller par i fertilitetsbehandling (146). Endvidere blev der ikke fundet effekt på niveauet af angst og depression i tiden mellem behandling og svar på behandlingens effekt (146). Dette aspekt på aktivitetens manglende effekt på angst og depression er særligt interessant, eftersom det i interviewene blev fremanalyseret, at netop ventetiden mellem behandling og testdag for graviditet var af betydning for det psykiske velbefindende. Tiden mellem behandling og testdag er præget af bekymringer om at mislykkes og håb om at lykkes, men samtidig også nervøsitet over hvad disse mange tanker og bekymringer kan have af betydning for chancen for at opnå graviditet. Dette fund omkring ventetidens indvirkning på det psykiske velbefindende, understøttes af studiet af Yong et al. der konkluderer, at kvinder i fertilitetsbehandling har et statistisk signifikant højere niveau af angst og depression i ventetiden mellem behandling og testdag sammenlignet med tiden op til behandling ($p = 0.001$) (147). På baggrund heraf konkluderes det i studiet, at psykiske aktiviteter med fordel kan tilbydes i ventetiden mellem behandling og testdag (147). Eftersom ventetiden er en stor del af dét at være i fertilitetsbehandling, peger litteraturen overvejende på, at der bør tilbydes aktiviteter, der kan mindske graden af den psykiske belastning i ventetiden mellem behandling og testsvar. Hertil kan resultaterne fra studiet af Ying et al. indikere, at aktivitetsformer med fokus på sammenhængen mellem krop og psyke ikke har positiv indvirkning på det psykiske velbefindende i ventetiden. Imidlertid understreges det i studiet af Ying et al, at aktiviteter med fokus på kognitiv terapi kan medvirke til at fremme borgernes psykiske velbefindende i ventetiden, idet denne

aktivitet viste positiv effekt på niveauet af angst (146). Dette fund understøttes i et systematisk review af Jorm et al. hvori det konkluderes, at krop-psyke terapi havde signifikant effekt på depression sammenlignet med ingen eller minimal behandling af depression, men samtidig at psykologisk behandling har større effekt (148). Således foreligger der ikke entydig evidens omkring effekten af aktiviteter med fokus på forbindelse mellem krop og psyke. Dog bidrager fund fra interviewene til at skabe forståelse for, at det fysiske og psykiske aspekt af fertilitetsbehandlingen er svært at adskille, eftersom disse to aspekter influerer på hinanden. Hertil supplerer studiet af Ying et al. og Jorm et al. med en forståelse af, at aktiviteter med kognitiv terapi kan medvirke til at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling. Eftersom kognitiv adfærdsterapi indgik i de aktiviteter, der i analysen af litteraturstudiet blev fundet effektfulde, kan den samtidige integration af det kropslige perspektiv i form af afspændingsteknikker, dermed også have potentiale for at fremme det psykiske velbefindende. På baggrund heraf anbefales det, at borgere i fertilitetsbehandling tilbydes aktiviteter, der enten består af CBT eller har fokus på forbindelsen mellem krop og psyke, såsom i MBI/MBPI eller CCRI, og at aktiviteten er nem at integrere i en hverdag, der i forvejen er belastet som følge af fertilitetsbehandlingen.

Et andet centralt fund fra litteraturanalysen i relation til at øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling, omhandler potentialet af psykosociale interventioners effekt på fertilitetsraten hos kvinder i fertilitetsbehandling. I studiet af Chow et al. (102) og Frederiksen et al. (104) konkluderes det, at en forbedring af det psykiske velbefindende hos kvinden har positiv indvirkning på chancen for at opnå graviditet med behandlingen. At det psykiske velbefindende kan have indvirkning på fertiliteten, understøttes af studierne af hhv. Boivin et al. (48), De Klerk et al. (149) og Pal et al. (150), der konkluderer, at kvinder med en negativ psykisk reaktion over for fertilitetsbehandlingen har lav succesrate for ægløsning, sammenlignet med kvinder, der ikke har samme negative psykiske reaktion undervejs i fertilitetsbehandlingen. Årsagen hertil kan ifølge studierne af Petraglia et al. (38) og Nakamura et al. (151) være, at et øget niveau af stresshormoner kan influere negativt på ægløsning og chancen for at et eventuelt befrugtet æg implanterer sig i livmoderslimhinden mindskes. Dog fremhæves det i studiet af Minucci, at der ikke foreligger entydig evidens omkring effekten af psykosociale interventioner på succesraten med fertilitetsbehandling (15). Eksempelvis konkluderes det i en metaanalyse af Haemmerli et al., at der ingen effekt er af psykologiske interventioner på fertilitetsraten hos par i fertilitetsbehandling (152). Således foreligger der på nuværende tidspunkt ikke entydig evidens omkring psykosociale interventioners effekt på borgerens chance for at opnå succes med fertilitetsbehandlingen. Dog indikerer

forskningslitteraturen, at psykosociale interventioner til borgere i fertilitetsbehandling kan have potentiale til ikke blot at fremme borgerens psykiske velbefindende, men også forbedre fertiliteten hos borgere med fertilitetsudfordringer. En øget chance for at opnå succes med fertilitetsbehandlingen kan formentlig mindske risikoen for mislykkede forsøg undervejs i forløbet og dermed have positiv indvirkning på borgerens psykiske velbefindende i form af færre op- og nedture undervejs i behandlingsforløbet og en overordnet kortere varighed af behandlingsforløbet. Dermed kan der være potentiale i at tilbyde aktiviteter til borgere i fertilitetsbehandling, der kan medvirke til at fremme deres psykiske velbefindende, idet en utilsigtet positiv konsekvens af en forbedring af borgere med fertilitetsudfordrings psykiske velbefindende kan være en samtidig forbedring af succesraten for den offentlige fertilitetsbehandling.

7.1.2.1 Behovet for støtte

I analysen af interviews var det fremtrædende, at borgere i fertilitetsbehandling har behov for støtte til at tackle de følelsesmæssige udfordringer, der kan være forbundet med at gennemgå fertilitetsbehandling. Denne støtte kan enten være en støttegruppe, bestående af andre borgere i fertilitetsbehandling, eller individuelle samtaler med en sundhedsprofessionel, såsom en psykolog. Hertil bidrager fund fra litteraturstudiet med viden om, at forskellige former for støtte kan medvirke til at fremme borgerens psykiske velbefindende, hvor effekten af støttegrupper undersøges i studierne af Chow et al. (102), Frederiksen et al. (104) og Galhardo et al. (133), mens effekten af samtaler med sundhedsprofessionelle undersøges i studierne af Donarelli et al. (135), Chow et al. (102) og Anderheim et al. (134).

I interviewene blev det fremanalyseret, at ændringer i kvindens selvopfattelse og identitetsfølelse kan skabe et behov for at deltage i en støttegruppe, hvor gruppen giver kvinderne mulighed for at spejle sig i andre, der forstår hvordan det er at være i fertilitetsbehandling og skaber rum for erfaringsdeling i forhold til behandlingsforløbets op- og nedture. Støttegruppen kan skabe muligheden for at borgere i fertilitetsbehandling kan dele deres oplevelser med andre i lignende situationer, give borgeren muligheden for at arbejde med emotionelle påvirkninger, som behandlingen afføder, og samtidig normalisere borgerens emotionelle reaktioner på behandling (13). Fund fra interviewene omkring betydningen af at indgå i en støttegruppe understøttes af resultater fra litteraturstudiet, eftersom studierne af Chow et al., Frederiksen et al. og Galhardo et al. konkluderer, at aktiviteter, hvor deltagerne kan dele deres erfaringer og følelser med andre i samme situation,

har effekt i forhold til det psykiske velbefindende i form af signifikant mindsket niveau af angst, depression og infertilitetrelateret psykisk pres (102)(104)(133). Også i studiet af Anderheim et al. peges der på anvendeligheden af støttegrupper til borgere i fertilitetsbehandling, idet studiet konkluderer, at par i fertilitetsbehandling oplever at gavnlig støtte kommer fra mennesker i samme situation (134). Resultaterne fra hhv. interview- og litteraturanalsen medvirker således til at pege på betydningen af, at der tilbydes en støttegruppe til borgere i fertilitetsbehandling, idet denne type aktivitet kan imødekomme nogle af de behov og udfordringer, som den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark kan medføre. Støttegrupper kan have positiv indvirkning på bl.a. stress, angst og depression samt øge borgerens generelle velbefindende og trivsel i hverdagen samt skabe håb (153)(154). Dog kan der omvendt også være negative konsekvenser af en støttegruppe, hvilket bl.a. kan komme til udtryk gennem en følelse af kontroltab, som følge af behovet for støtte til at håndtere hverdagslivets udfordringer (153). I forlængelse heraf blev det i analysen af interview fremanalyseret, at støttegrupper også kan have negative konsekvenser. Dog var det ikke følelsen af kontroltab, men snarere det forhold, at kvinderne belastes af at skulle høre om andre kvinders mislykkede forsøg eller succes med fertilitetsbehandlingen. Med afsæt i fund fra interviewene og forskningslitteraturen er styrken ved støttegruppen således, at den bidrager med et socialt fællesskab, hvor borgere i fertilitetsbehandling kan dele følelser og tanker. Dog kan denne styrke ved støttegruppen samtidigt være en svaghed, idet det kan være psykisk belastende at skulle lytte til andres op- og nedture i fertilitetsbehandlingen.

Et andet aspekt fra interviewene i relation til behovet for støtte, var behovet for individuelle samtaler med en psykolog. Denne form for støtte er - i modsætning til støttegruppen - centreret omkring den enkelte borgers behov og udfordringer. Individuelle samtaler kræver ikke, at borgeren skal lytte og forholde sig til andre borgeres op- og nedture i behandlingsforløbet. Dette fund fra analysen af interviews understøttes af fund fra litteraturstudiet, hvor studierne af Chow et al. (102) og Frederiksen et al. (104) konkluderer, at aktiviteter, der består af CBT, hvor borgeren gennem samtale med en terapeut understøttes i at håndtere udfordringer i forbindelse med fertilitetsforløbet, har positiv indvirkning på det psykiske velbefindende. Ifølge et studie af Van den Broeck et al. er det væsentligt, at borgere i fertilitetsbehandling tilbydes samtaler med sundhedsprofessionelle, hvor der er mulighed for at de kan få afløb for og udforske deres følelser omkring infertilitet og behandlingsforløbet (13). Hertil konkluderer studiet af Van den Broeck et al., at individuelle samtaler skaber mulighed for at kunne gå i dybden med nogle af de svære følelser, der kan være relateret til infertilitet og fertilitetsbehandling, såsom tristhed, skyld, angst, mindsket selvværd og sociale

konsekvenser (13). Fund fra studiet af Van den Broeck et al. understøtter således behovet for individuelle samtaler med en psykolog eller en sundhedsprofessionel, idet de analytiske fund fra interviewene netop peger på, at kvinder i fertilitetsbehandling oplever skyld, skam og mindre selvværd.

Således er der både styrker og begrænsninger ved de to typer af aktiviteter. På den ene side er styrken ved støttegruppen, at den skaber mulighed for at indgå i et socialt fællesskab med andre i lignende situation, mens styrken ved den individuelle samtale med en sundhedsprofessionel er, at samtalen kan centrere sig om den enkelte borgers udfordringer og behov. På den anden side er begrænsningen ved støttegruppen, at den kan medføre en yderligere psykisk belastning hos en gruppe af borgere, der i forvejen kan være psykisk belastede som følge af at være i fertilitetsbehandling, hvorimod begrænsningen ved den individuelle samtale er, at det ikke er muligt at dele erfaringer med andre. På baggrund af ovenstående anbefales det, at borgere i fertilitetsbehandling tilbydes muligheden for individuelle samtaler med en sundhedsprofessionel, såsom en psykolog, eller muligheden for at deltage i en støttegruppe med andre borgere i fertilitetsbehandling, idet begge aktiviteter kan øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling ved at fremme borgerens psykiske velbefindende. Endvidere kan der være potentiale ved at tilbyde en vekselvirkning mellem støttegruppen og individuelle samtaler for dermed at kunne imødekomme borgerens individuelle behov undervejs i behandlingsforløbet. Ydermere anbefales det, at der er fokus på bestemte tidspunkter i behandlingsforløbet, der kan være særligt belastende, såsom tiden efter et mislykket forsøg på at opnå graviditet, hvorfor behovet for støttegruppe eller individuelle samtaler kan være større i denne periode.

7.1.2.2 Samtaler med personale på fertilitetsklinikken

Som diskuteret i afsnit 7.1.1 var oplevelsen af en mangelfuld kommunikation med klinikken en medvirkende faktor til at kvinderne oplevede fertilitetsbehandlingen som psykisk belastende, hvilket ud fra Bech-Jørgensens teori om hverdagslivet kan skyldes, at kvindernes hverdagsliv er udfordret som følge af en manglende orden og struktur.

I interviewene blev det fremanalyseret, at tid til samtale og en nærværende kommunikation fra personalet på klinikken har betydning for oplevelsen af behandlingsforløbet, idet tid og nærvær understøtter følelsen af at være i et forløb, hvor der tages afsæt i det enkelte menneske. At sundhedspersonalets kommunikation har betydning for

borgerens oplevelse og tilfredshed med behandlingsforløbet understøttes af adskillige studier, der konkluderer, at respektfuld, empatisk og personlig kommunikation med sundhedspersonale på fertilitetsklinikker bidrager til en positiv oplevelse af behandlingsforløbet (155)(156)(157)(158), hvorimod en negativ oplevelse af kommunikationen kan være en medvirkende faktor til at øge den psykiske stress hos borgere i fertilitetsbehandling (159)(156)(155). Endvidere konkluderes det i et studie af Shandley et al. at faktorer, der har betydning for patientens tilfredshed med kommunikationen, dels er følelsen af at blive behandlet som et menneske frem for ”et nummer i rækken” og dels at have en læge med gode kommunikative evner, der kan støtte patienten i at skabe rimelige forventninger til behandlingsforløbet (160). Dette fund omkring betydningen af at skabe realistiske forventninger til behandlingsforløbet understøtter, at der i temaet *et uklart forløb* blev fremanalyseret, at såfremt kommunikationen fra klinikken ikke formåede at skabe klarhed over forløbet på grund af enten mangelfulde eller inkonsistent svar, var dette en medvirkende faktor til at øge den psykiske belastning. Dette perspektiv omkring en manglende forventningsafstemning mellem borgeren og sundhedspersonalet rejser spørgsmålet om, hvorvidt uvisheden omkring behandlingsforløbet skyldes en mangelfuld og inkonsistent kommunikation fra sundhedspersonalet? Eller hvorvidt borgere i fertilitetsbehandling befinder sig i en situation, hvor de kan have svært ved at huske og modtage informationer fra klinikken, der kunne have bidraget til at skabe realistiske forventninger til behandlingsforløbet? Ifølge et studie af Boivin et al. er kommunikationen mellem borgere i fertilitetsbehandling og sundhedspersonalet på fertilitetsklinikken udfordret af borgernes urealistiske forventninger til behandlingsforløbet (161). Disse udfordringer i kommunikationen skyldes bl.a. uoverensstemmelser mellem det kommunikerede og det opfattede, idet patienter har tendens til at have høje forventninger til succesen med behandlingen på trods af at være blevet informeret om den reelle sandsynlighed for at opnå graviditet med de forskellige behandlingsmetoder (161). Disse uoverensstemmelser i kommunikationen kan på den ene side skyldes, at borgeren ikke forstår informationen og på den anden side, at de sundhedsprofessionelle ikke er dygtige nok til at give forståelige informationer (161). Dermed bidrager studiet af Boivin et al. til at pege på, at borgerens oplevelse af kommunikationen omkring behandlingsforløbet ikke nødvendigvis skyldes manglende kommunikative evner hos personalet, men at det også kan skyldes omstændigheder omkring borgeren, hvor bl.a. høje forventninger til behandlingsforløbet kan være en medvirkende faktor til at borgeren kan have oplevelsen af ikke at være blevet grundigt informeret omkring de negative aspekter af behandlingsforløbet, såsom risikoen for

at mislykkes med behandlingen. Dog understreges det i et studie af García et al., at de sundhedsprofessionelles måde at kommunikere på også har betydning for borgerens oplevelse af behandlingsforløbet, idet en empatisk kommunikation med fokus på at øge patientens følelse af at blive imødekommet, forstået og accepteret, medvirker til at øge patientens tilfredshed i relation til 1) kvaliteten af informationen og 2) varigheden af konsultationen (162). Således bidrager forskningslitteraturen med viden om at empatisk og nærværende kommunikation mellem patienten og personalet på fertilitetsklinikken ikke blot kan være medvirkende til at understøtte en positiv oplevelse af behandlingsforløbet, men også kan bidrage til at skabe klarhed over behandlingsforløbet i form af at få skabt realistiske forventninger til behandlingsforløbet. Omvendt kan negative oplevelser af kommunikationen, såsom en mangelfuld og inkonsistent kommunikation, have negativ indvirkning på borgerens psykiske velbefindende, hvorfor det er vigtigt at skabe tid til en nærværende samtale med personalet på klinikken, idet en sådan positiv oplevelse af kommunikationen kan medvirke til at fremme patienternes psykiske velbefindende undervejs i behandlingsforløbet. Fund fra interviewene omkring vigtigheden af tid til samtale med sundhedspersonalet på fertilitetsklinikken, står dog i kontrast til fund fra litteraturanalysen. I studiet af Anderheim et al. konkluderes det, at par i fertilitetsbehandling ikke oplevede en forbedring af deres psykiske velbefindende efter at have modtaget 3 ekstra konsultationer med en jordemoder på fertilitetsklinikken sammenlignet med kontrolgruppen (134). Således bidrager studiet af Anderheim et al. til at skabe tvivl om hvorvidt mere tid i samtalen med sundhedspersonalet på fertilitetsklinikken har effekt i forhold til at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling. Dette fund kan således indikere, at såfremt kommunikationen med de sundhedsprofessionelle på fertilitetsklinikken skal medvirke til at fremme borgerens psykiske velbefindende undervejs i behandlingsforløbet, er det væsentligt at have fokus på kvalitet i samtalen frem for kvantitet i forhold til antallet og varigheden af samtalen. Samtidig påpeger Anderheim et al., at sundhedspersonalet, som skal varetage samtalen, bør have modtaget undervisning i at håndtere denne type samtaler og fremhæver, at en uddannet psykoterapeut eller psykolog måske kunne være mere velegnet. Årsagen til at der i studiet af Anderheim et al. ikke blev fundet positiv effekt af 3 ekstra konsultationer, kan være antallet af konsultationer, idet studiet af Chow et al. konkluderer, at såfremt en aktivitet skal have positiv indvirkning på det psykiske velbefindende, bør der tilbydes 6 eller flere sessioner (102). Således kan ekstra konsultationer med en jordemoder muligvis medvirke til at fremme borgernes psykiske velbefindende, såfremt der tilbydes minimum seks konsultationer og såfremt personalet, der varetager samtalen, er efteruddannet til at håndtere psykiske

udfordringer gennem terapeutisk samtale. Ligeledes bør de sundhedsprofessionelles kommunikation med borgeren i fertilitetsbehandling tage afsæt i en empatisk, nærværende kommunikation, der centrerer sig omkring den enkelte borgers situation og formår at understøtte borgerens oplevelse af at blive imødekommet og accepteret, idet denne måde at kommunikere på, ikke blot har potentiale til at øge borgerens tilfredshed med behandlingsforløbet, men også understøtte borgerens oplevelse af at der er tid nok. På baggrund heraf anbefales det, at de offentlige fertilitetsklinikker fremadrettet sætter fokus på rammerne for kommunikationen med patienterne, dels i forhold til mængden af tid, der afsættes til den enkelte samtale, og dels måden, hvorpå der kommunikeres med patienterne. Tid til en nærværende, empatisk kommunikation kan skabe fundamentet for en realistisk forventningsafstemning mellem borgeren og sundhedspersonalet og dermed medvirke til at skabe klarhed over behandlingsforløbet og øge håndterbarheden. Således kan tid og nærvær i samtalen bidrage til at fremme borgere i fertilitetsbehandlings psykiske velbefindende i form af at skabe et grundlag for orden og struktur på borgernes hverdagsliv.

7.1.2.3 Utilsigtede konsekvenser

Hensigten med det følgende afsnit er at diskutere hvilke potentielle negative utilsigtede konsekvenser, der kan opstå som følge af at implementere aktiviteter, der har til formål at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling med henblik på at gøre praksis opmærksom på disse og dermed skabe bedre forudsætninger for at forebygge dem. Formålet med at fremme sundheden eller forebygge sygdomsrisici er overordnet at hjælpe og gøre godt, men der kan opstå utilsigtede negative konsekvenser i forbindelse med sundhedsinterventioner i form af effekter, som ikke nødvendigvis er mulige at forudse eller observere før implementering af interventionen (145). På trods af at der potentielt kan være flere negative effekter ved de fremkomne anbefalinger til praksis, vil den følgende diskussion centrere sig om to potentielle konsekvenser hhv. *sygelliggørelse* og *stigmatisering*.

En utilsigtet konsekvens, der kan opstå som følge af anbefalingerne om at fremme det psykiske velbefindende hos borgere med fertilitetsudfordringer, kan være *sygelliggørelse*. Ifølge Hvass er sygdomsgørelse en proces, hvor en person, der føler sig rask, af en udenforstående person, bliver gjort opmærksom på at vedkommende er syg eller er i risiko for at blive syg, hvorved følelsen af at være syg bevirker at vedkommende påtager sig en patientrolle (163). Når borgere skal i fertilitetsbehandling kan konsekvensen være, at

borgernes selvforståelse påvirkes negativt, idet selvforståelsen ændres fra at være rask til at være syg som følge af behovet for behandling. Sygeliggørelse kan således forstås som en proces, der sker intrapersonelt, idet den sygeliggjorte person internaliserer sig med patientrollen og som konsekvens heraf ikke længere forstår sig selv som rask. Ved at anbefale at der i den offentlige fertilitetsbehandling bør indgå aktiviteter, som har til formål at fremme borgernes psykiske velbefindende, kan det potentielt medføre en yderligere sygeliggørelse af borgeren, som ellers kan have haft en følelse af at være raske og uden for risiko for mentale sundhedsproblemer. I et studie af Philips, Elander & Montague konkluderes det, at par i fertilitetsbehandling kan have modstand mod at skulle modtage psykisk støtte undervejs i behandlingsforløbet, eksempelvis fra en psykolog, eftersom parrene anså behovet for at modtage denne form for rådgivning som dels et tegn på mental sygdom eller svaghed og dels som et aspekt, der var medvirkende til yderligere sygeliggørelse af parret (107). Omvendt konkluderes det i et studie af Read et al., at nogle par kan have behov for psykosocial støtte undervejs i fertilitetsbehandlingsforløbet (5). Studierne af Philips, Elander & Montague og Read et al. peger således på en problematik om, at fertilitetsbehandling kan skabe forskellige behov og ønsker, hvor det for nogle vil være gavnligt at få hjælp til at tackle de psykiske belastninger undervejs i forløbet, mens dette behov for andre kan opleves som et nederlag og tegn på manglende psykiske ressourcer. Greil et al. peger på, at det er paradoksalt at kvinder i fertilitetsbehandling oplever tab af kropslig integritet, som følge af infertilitet, hvilket leder dem til et behandlingsforløb, hvor integriteten yderligere udfordres, idet behandlingen kan skabe en følelse af at kroppen invaderes (7). Med afsæt i Greil et al.'s pointer befinder borgere i fertilitetsbehandling sig således i en kontekst, hvor de - som følge af infertiliteten - kan føle sig "ikke raske", hvormed fertilitetsbehandling kan opleves som en sygeliggørelse af borgeren, idet behandlingens fokus er på de biologiske parametre, der er årsag til infertiliteten. Ved at der på fertilitetsklinikken også fokuseres på det psykiske velbefindende, kan det potentielt medvirke til en yderligere sygeliggørelse af borgeren, idet dette fokus kan skabe opmærksomhed på, at borgeren også kan være i risiko for psykiske belastninger som følge af fertilitetsbehandlingen.

En anden potentiel utilsigtet konsekvens ved de udarbejdede anbefalinger, kan være risikoen for *stigmatisering*. Behovet for fertilitetsbehandling kan lede til identitetsmæssige udfordringer, idet både mænd og kvinder kan opleve, at de fejler og ikke er "rigtige", idet de har behov for hjælp til at blive forældre, jf. afsnit 7.1.1. I de fleste samfund er ønsket om børn typisk anset som normen (164), hvilket er i overensstemmelse med Tjørnhøj-Thomsen der pointerer, at børn er en nødvendighed for at det enkelte menneske betragtes som at lykkes

som person i samfundet (74). Dette kan være en forklarende årsag til, at studiet af Whitford & Gonzales finder, at borgere som er ufrivilligt barnløse og derfor ikke har børn, fra samfundets side kan blive betragtet som ”unormale” (165). Stigmatisering er ifølge Erving Goffman defineret som en følelse af at være socialt anderledes fra samfundets definition af “normal”, hvilket både diskrediterer og devaluerer mennesket (166). Når borgere har fertilitetsudfordringer og har behov for hjælp til at blive forældre, er det således udenfor samfundets norm, idet de fleste par opnår spontan graviditet. Når borgere er i fertilitetsbehandling kan det således have betydning for samfundets syn på borgerne som mindre fuldkomne mennesker, hvormed risikoen for stigmatisering kan opstå. Risikoen for at føle sig yderligere stigmatiseret kan tilmed opstå ved at fokusere på det psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling, fordi mentale sundhedsproblemer ligger uden for samfundets normidealer. Hertil pointerer studierne af Read et al. og Slade et al., at nogle borgere i fertilitetsbehandling ikke søger professionel hjælp til at håndtere deres mentale udfordringer, idet de kan have frygt for at blive stigmatiseret som et menneske med et problem (5)(167). At nogle borgere derfor ikke opsøger hjælp eller ønsker hjælp til at takle psykiske udfordringer i forbindelse med fertilitetsbehandling, kan således være et spørgsmål om, at borgere med fertilitetsudfordringer kan frygte at blive stigmatiseret, idet borgerne på den ene side kan føle sig stigmatiserede på baggrund af deres behov for fertilitetsbehandling og på den anden side have en frygt for at blive yderligere stigmatiseret såfremt de også har psykiske udfordringer.

7.1.3 Anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling

Formålet med specialet har været at opnå forståelse for de psykiske udfordringer og behov der kan være forbundet med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark med henblik på at udarbejde anbefalinger til praksis, der kan bidrage til at øge kvaliteten af det eksisterende behandlingstilbud. Med afsæt i de analytiske fund fra hhv. interviews med seks kvinder i fertilitetsbehandling og international forskningslitteratur, har ovenstående diskussion bidraget til at fremkomme med anbefalinger til de offentlige fertilitetsklinikker i Danmark. Udgangspunktet for anbefalingerne er, at de tilpasses borgerens individuelle behov og udfordringer, hvormed det ikke nødvendigvis vil være samtlige af de udarbejdede anbefalinger, der tilbydes alle borgere i fertilitetsbehandling. De udarbejdede anbefalinger til den offentlige fertilitetsbehandling er:

Hverdagslivets kontekstuelle betingelser bør integreres i behandlingsforløbet

Det anbefales, at de offentlige fertilitetsklinikker tager højde for borgerens hverdagsliv med særligt fokus på de forandringer og ændringer, der sker i hverdagslivets betingelser, som følge af behandlingsforløbet. Ved at understøtte borgeren til at genoprette orden og struktur på hverdagslivet gennem aktiviteter med fokus på krop og psyke, kan borgerens psykiske velbefindende fremmes.

Fokus på udfordrende tidspunkter i behandlingsforløbet, såsom ventetid og mislykkede forsøg

Mislykkede forsøg undervejs i behandlingsforløbet samt ventetiden mellem behandling og svar på behandlingens resultat er tidspunkter, der kan være særligt belastende for borgerens psykiske velbefindende. Derfor anbefales det, at personalet på fertilitetsklinikken retter opmærksomhed mod disse tidspunkter i behandlingsforløbet, eftersom borgeren kan have behov for støtte i form af støttegruppe eller individuelle samtaler med en sundhedsprofessionel til at håndtere psykiske belastninger i relation til mislykkede forsøg og/eller ventetid.

Tilbud om aktivitet med fokus på forbindelsen mellem krop og psyke

Aktiviteten kan med fordel indeholde elementer af kognitiv terapi og afspændingsteknikker, idet denne type aktivitet kan give borgeren handlekompetence til at håndtere de fysiske og psykiske udfordringer, som fertilitetsbehandlingen kan medføre. Endvidere er det essentielt at aktiviteten er enkel og nem at inkorporere i borgerens hverdag. Aktiviteten kan med fordel have en varighed på 6-12 uger med minimum 6 mødegange, idet varigheden af aktiviteten kan have betydning for i hvor høj grad aktiviteten formår at blive en integreret del af borgerens hverdagsliv.

Tilbud om støttegruppe og individuelle samtaler med sundhedsprofessionelle

Støttegruppe kan skabe mulighed for at dele oplevelser og erfaringer med andre borgere i fertilitetsbehandling. Den individuelle samtale med en sundhedsprofessionel kan give mulighed for en samtale, der centrerer sig om den enkelte borgeres udfordringer og behov hvortil anvendelsen af kognitiv adfærdsterapi i den individuelle samtale kan være gavnlig for borgere i fertilitetsbehandling. Det anbefales, at borgeren tilbydes mulighed for deltagelse i begge former for støttetilbud, eftersom vekselvirkningen mellem støttegruppen og de

individuelle samtaler med en sundhedsprofessionel kan øge muligheden for at kunne imødekomme de individuelle behov, som borgere i fertilitetsbehandling kan have, undervejs i behandlingsforløbet.

Fokus på kommunikation på fertilitetsklinikken

Der kan med fordel afsættes tid til empatisk og nærværende kommunikation i samtalen mellem borgere og personale på klinikken eftersom disse elementer kan skabe fundament for en realistisk forventningsafstemning omkring behandlingsforløbet. En forventningsafstemning kan skabe klarhed over behandlingsforløbet hos borgeren, hvilket kan medvirke til at genoprette orden og struktur i borgerens hverdagsliv.

Opmærksomhed på potentielle utilsigtede konsekvenser

Fokus på at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling kan potentielt have utilsigtede konsekvenser i form af sygeliggørelse og stigmatisering. Som følge heraf kan borgere i fertilitetsbehandling have modstand mod at modtage hjælp til at håndtere psykiske udfordringer undervejs i behandlingsforløbet og derfor anbefales det, at fertilitetsklinikken er opmærksom herpå.

Ovenstående anbefalinger til de offentlige fertilitetsklinikker i Danmark har potentiale til at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling og dermed øge kvaliteten af det eksisterende offentlige fertilitetsbehandlingstilbud. Endvidere kan et forbedret psykisk velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling potentielt øge borgerens chance for succes i behandlingsforløbet, eftersom det psykiske velbefindende kan have betydning for fertiliteten og chancen for at opnå graviditet.

Anbefalingerne er funderet i evidens fra international forskningslitteratur samt kvalitative interviews med borgere i fertilitetsbehandling i Danmark. En begrænsning ved anbefalingerne kan være, at de er fremkommet på baggrund af evidens fra international litteratur, hvormed kontekstuelle betingelser for de undersøgte interventioner i studierne har betydning for studiernes overførbarehed til dansk kontekst. En anden potentiel begrænsning kan være, at der kun blev foretaget interview med danske kvinder, hvormed det mandlige perspektiv i mindre grad er belyst. Dog er styrken ved de udarbejdede anbefalinger, at de er funderet i evidens fra både international forskningslitteratur samt empiri fra dansk kontekst, som ydermere er diskuteret ud fra teori og forskningslitteratur.

7.2 Metodediskussion

Den følgende metodediskussion har til formål at diskutere styrker og begrænsninger ved anvendelsen af hhv. 6SQuID samt metoderne, der ligger til grund for resultaterne fra analysen af interview og litteraturstudiet.

7.2.1 6SQuID til kvalitetsudvikling

6SQuID blev ikke anvendt til at udvikle en intervention, men derimod til at skabe metodisk stringens og begrundede metodiske valg i forbindelse med kvalitetsudvikling af det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud. Det er derfor kun tre ud af de seks trin i modellen, der blev anvendt. Dette skyldes, at der i problemanalysen fremkom et behov for dels at opnå viden om de udfordringer og behov, som borgere i fertilitetsbehandling i Danmark, kan opleve og dels hvilke aktiviteter, der kan øge kvaliteten af det eksisterende behandlingstilbud. Dermed var en egentlig interventionsudvikling og anvendelsen af trin fire til seks i 6SQuID ikke relevant. Således er modellen tilpasset til specialet og anvendt fleksibelt, idet modellen ikke kan appliceres fuldstændigt til specialets kontekst og problemstilling, eftersom der i 6SQuID er fokus på kausalitet og virksomme mekanismer. At specialet har sit ontologiske ståsted i den filosofiske hermeneutik bevirkede dermed, at modellens trin blev fortolket ud fra et andet ontologisk ståsted end modellen oprindeligt var tiltænkt, hvilket derfor har betydet, at der ikke blev udarbejdet en programteori på trods af at dette element indgår i 6SQuID. Endvidere var der ikke fokus på virksomme mekanismer, hvilket i 6SQuID defineres som den proces, der igangsætter forandring for individet (111). Således var der i trin 2 ikke et eksplicit fokus på, at fremanalysere hvilke underliggende mekanismer, der har indvirkning på et givent outcome ud fra anvendelsen af en programteori. Dog havde forskningsspørgsmål 3 til formål at bidrage med viden om hvilke aktiviteter, der kunne fremme borgerens psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling, og således var der - på trods af specialets ontologiske ståsted - fokus på at indhente viden om hvilke elementer, der gør en aktivitet virksom for borgerens psykiske velbefindende. Dermed kan det anfægtes hvorvidt specialet har været tro mod det oprindelige videnskabsteoretiske ståsted, idet der indgår elementer af virksomme mekanismer i besvarelsen af tredje forskningsspørgsmål.

7.2.2 Kvalitative interviews

Til indsamling af kvalitativ empiri omkring de udfordringer og behov, som danske borgere i fertilitetsbehandling, oplever, blev der foretaget semistrukturerede individuelle telefoninterviews med seks kvinder. Styrken ved det individuelle interview sammenlignet med gruppeinterviewet er, at det skaber mulighed for at forskeren kan opnå en dybdegående og detaljeret forståelse for den undersøgte problemstilling gennem en udforskning af de meninger, som individet har dannet sig på baggrund af dets oplevelser, idet den individuelle samtale - modsat gruppeinterviewet - centrerer om den enkelte (168)(169). Endvidere kan det individuelle interview i højere grad end gruppeinterviewet skabe et fortroligt rum, hvor sårbare emner og personlige ting kan deles (168). Dog er det individuelle interview også blevet kritiseret for at være individualistisk, idet interviewformen har fokus på individet og dermed ignorerer hvordan individets oplevelser er indlejret i et socialt samspil med andre mennesker (168). I modsætning til det individuelle interview har gruppeinterviewet potentiale til at skabe en interpersonal dynamik, der kan bidrage til at fremkalde de sociale samspil, der har betydning for de udsagn, som informanterne kommer med (168)(170). Var der valgt at foretage gruppeinterview frem for individuelle interviews, havde det således været muligt at indsamle viden om f.eks. sociale dynamikker mellem par, der gennemgår fertilitetsbehandling. Endvidere kunne gruppeinterviewet eksempelvis skabe mulighed for at lave en *struktureret brainstorm*, idet denne metode skaber mulighed for at indhente mange informationer og ideer fra målgruppen i løbet af kort tid (113). Eftersom formålet var, at fremkomme med anbefalinger til en kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling, kunne den strukturerede brainstorm i gruppeinterviewet dermed have bidraget til, at informanterne i fællesskab kunne idegenerere og komme med forslag til kvalitetsudvikling. Med afsæt i disse ovenstående pointer, kan det således anfægtes hvorvidt det individuelle interview var den mest oplagte metode til indsamling af empiri, eftersom gruppeinterviewet kunne have bidraget med et andet perspektiv på problemstillingen og andre metoder i forhold til indsamling af viden, der kunne have været relevante i forhold til at fremkomme med anbefalinger til en kvalitetsudvikling af den offentlige fertilitetsbehandling. Dog har gruppeinterviewet også svagheder, hvor én eller flere personer i gruppen kan blive dominerende i forhold til mængden af taletid og at informanterne kan komme til at påvirke hinanden på en sådan måde, at holdninger og oplevelser, der skiller sig ud, bliver tilpasset flertallet og dermed ikke italesat (168)(170). Endvidere pointerer Bente Halkier, at såfremt formålet er at undersøge, hvordan individet forholder sig til sin egen livsverden i forhold en

bestemt problemstilling, er det individuelle interview mere egnet end fokusgruppeinterviewet (170). Med afsæt i disse pointer vurderes anvendelsen af individuelle interviews således som en styrke for den indsamlede empiri, idet det primære formål med indsamlingen af den kvalitative empiri netop var at opnå indsigt i borgernes oplevelser af den offentlige fertilitetsbehandling.

De individuelle interviews blev afholdt som telefoninterviews, eftersom særlige omstændigheder omkring COVID-19 ikke gjorde det muligt at afholde ansigt til ansigt-interviews. Dette metodiske valg har ligeledes styrker og begrænsninger, hvor en svaghed ved telefoninterviewet i modsætning til ansigt til ansigt-interviewet er, at det skaber begrænsede muligheder for både interviewer og informant i relation til at kunne aflæse hinandens kropssprog og dermed opfange flere nuancer i samtalen (114)(115). En konsekvens heraf kan være, at den manglende mulighed for at fortolke den andens nonverbale signaler og kropssprog, kan have betydning for fortolkningen og forståelsen af det, der tales om (114)(115). Dog understreger Tanggaard og Brinkmann, at ansigt til ansigt-interaktion ikke altid udgør det bedste udgangspunkt for et interview, idet der kan være særligt følsomme eller tabubelagte emner, hvor andre interviewformer, der ikke fordrer ansigt til ansigt-interaktion, kan give mulighed for, at informanterne har nemmere ved fortælle om deres livssituation og dermed producere mere frie svar (112). Eftersom telefoninterviewet ikke kræver ansigt til ansigt-interaktion, kan denne interviewform således have en styrke i form af den anonymitet, der kan opstå ved at informant og interviewer ikke kan se hinanden. Informanterne fik valgmuligheden mellem at blive ringet op via et almindeligt telefonopkald eller via et facetime-opkald, hvor facetime-opkaldet gav mulighed for at interviewer og informant kunne se hinanden. Alle seks informanter valgte at blive ringet op via almindeligt telefonopkald, hvilket kan indikere, at informanterne har følt sig mere trygge ved denne interviewform. Endvidere kan behovet for fertilitetsbehandling for nogle mennesker være tabubelagt, og dermed kan telefoninterviewet uden ansigt til ansigt-interaktion have bevirket, at det var nemmere for informanterne at åbne op omkring deres oplevelser og udfordringer, idet de kan have oplevet telefoninterviewet som mindre grænseoverskridende og intimiderende. Styrken ved telefoninterviewet kan således have været, at det skabte en mere tryk interviewsituation, der kan have medført mere righoldige besvarelser end de besvarelser der kunne have været opnået gennem ansigt til ansigt-interviews.

7.2.2.1 Rekruttering af informanter

Der blev anvendt formålsbestemt og kriteriebaseret udvælgelse, som ifølge Merriam og Tisdell betyder, at der i rekrutteringen af informanter søges efter informationsrige personer, som har stor indsigt i problemstillingen og hvorfra der kan opnås dybdegående viden om den problemstilling, der undersøges (171). Ved at opstille kriterier for informanterne forud for rekrutteringen, jf. afsnit 5.3.2, øgede det således muligheden for at få rekrutteret informanter, der var informationsrige i relation til at have erfaringer med hvilke udfordringer og behov, der kan opstå i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling. Rekrutteringen af informanter til interviews resulterede i seks kvinder, der boede forskellige steder i Danmark og havde forskellige erfaringer med den offentlige fertilitetsbehandling, både i forhold til årsagen til at de var i behandling, type af behandling modtaget f.eks. IVF samt varighed af behandlingsforløbet. Blandt andet adskilte de seks informanter sig på årsagen til at de var i fertilitetsbehandling, hvor to af informanterne var i behandling fordi de var hhv. enlige og homoseksuelle, mens de fire øvrige informanter var i behandling grundet biologiske fertilitetsudfordringer, enten hos dem selv eller deres partner. Variationen i de rekrutterede informanter kan være tilfældig, men kan også være et udtryk for, at borgere, der benytter fertilitetsbehandling i Danmark, kan være en bred sociodemografisk gruppe. Således havde de seks rekrutterede informanter forskellige oplevelser og erfaringer, hvilket ifølge Merriam og Tisdell karakteriserer strategien "*maximum variation*", hvor der netop er fokus på at rekruttere informanter med størst mulig variation inden for problemstillingen (171). Den brede variation i informanternes oplevelser og erfaringer med den offentlige fertilitetsbehandling vurderes således som en styrke for de analytiske resultater, idet informanterne repræsenterede forskellige perspektiver på de oplevelser, udfordringer og behov, der kan være i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling. Disse nuancer på problemstillingen hvilket gjorde det muligt at skabe en mere nuanceret analyse i forhold til forskelle og ligheder på de udfordringer og behov, der kan opstå i forbindelse med at være bruger af fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen. Omvendt kan en begrænsning ved maksimum variation ifølge Maxwell være, at det kan blive sværere at komme i dybden i forhold til målgruppens oplevelser og erfaringer (172).

Rekrutteringen af informanterne foregik pga. COVID-19 via en lukket gruppe på det sociale medie Facebook og dermed ikke via den etablerede praksiskontakt på Aalborg Universitetshospitals Fertilitetsklinik. Rekrutteringsstrategien over Facebook resulterede i rekrutteringen af seks kvinder på trods af, at der indledningsvist var et ønske om at få kontakt til par i fertilitetsbehandling. Dette havde afgørende betydning for den indhentede empiri,

eftersom empirien således udelukkende har bidraget til at afdække kvinders perspektiv i forhold til problemstillingen i dansk kontekst, hvilket har betydet, at mandens perspektiv ikke er blevet afdækket og at det fælles perspektiv for parret sparsomt er blevet repræsenteret i analysen. At der kun blev indsamlet empiri fra kvinder er således en begrænsning for nuancerne i forhold til de udfordringer og behov, der kan være hos borgere i den offentlige fertilitetsbehandling.

Ydermere var de interviewede kvinder alle medlem af én eller flere grupper på sociale medier for borgere i fertilitetsbehandling, hvilket kan indikere, at disse informanter har haft et behov for at indgå i et støttende fællesskab med andre i samme situation. En begrænsning i rekrutteringen er således, at der ikke blev rekrutteret kvinder, som potentielt ikke har haft behov for at opsøge et socialt fællesskab med ligesindede. Såfremt resultaterne fra interviewene er baseret på kvinder, der i højere grad end andre borgere i fertilitetsbehandling har haft behov for støtte og dermed potentielt kan være mere psykisk udfordret af at være i fertilitetsbehandling, kan dette være en begrænsning for de analytiske fund, idet empirien kan mangle nuancer på kvindernes oplevelse af at være i fertilitetsbehandling. Omvendt var der en bred variation i de rekrutterede informanter, hvilket også kom til udtryk ved, at der på tværs af informanterne var forskellige opfattelser og oplevelser af hvor udfordrende det kan være at være i fertilitetsbehandling. Dette kan indikere, at de seks kvinder - på trods af at have været i et online fællesskab på Facebook - ikke nødvendigvis repræsenterer en særligt sårbar gruppe af borgere i fertilitetsbehandling.

7.2.2.2 Kvalitetskriterier i kvalitativ forskning

Ifølge Kitto et al. omfatter de metodologiske kriterier til kvalitativ forskning begreberne *rigour* (stringens), *credibility* (troværdighed) og *relevance* (relevans) (173). Stringens omhandler relevansen af de anvendte metoder i studiet og højnes ved at forskeren er transparent og eksplicit omkring måden forskningen blev udført på, herunder bl.a. hvilke metoder, der blev anvendt samt hvordan data blev indsamlet, kodet og analyseret (173). Troværdigheden af studiets resultater omhandler i hvor høj grad de analytiske fund er repræsenteret i tilstrækkelig grad og graden af meningsfuldhed af resultaterne, mens relevans, der også refererer til overførbareheden af studiets resultater, omhandler i hvor høj grad forskningsresultaterne er anvendelige for konteksten og fænomenet, der blev undersøgt (173). I forlængelse af kvalitetskriteriet *troværdighed*, fremhæver Dahlager og Fredslund, at vurderingen af troværdigheden af studiets resultater i den filosofisk-hermeneutiske

videnskabsteoretiske position sker på baggrund af forskernes eksplicitering af egne forforståelser, hvilket betyder, at der skal redegøres og argumenteres for hvert enkelt trin i forskningsprocessen (122). For at skabe troværdighed for de analytiske fund, der er fremkommet på baggrund af Dahlager og Fredslunds fire analyse trin, er der vedlagt kodetræ som giver læseren indblik i hvordan temaer og undertemaer er fremkommet. Endvidere er der i metodeafsnittet, jf. afsnit 5.1.1 og 5.3.5, redegjort for hvordan forforståelse har haft betydning for fundene.

Ifølge Dahlager & Fredslund og Juul er det ikke muligt at reproducere forskningsresultater fremkommet på baggrund af hermeneutisk analyse, idet forskeren anvender sin forforståelse i fortolkningen og således er medproducent af de resultater der fremlægges (122)(108). Med afsæt i ovenstående pointer er det således et grundvilkår i den filosofiske hermeneutik, at en gentagelse af specialets undersøgelse, vil kunne give andre nuancer på problemstillingen, idet resultaterne er fremkommet på baggrund af forskernes forforståelser og fordomme. Dette er i overensstemmelse med den filosofisk-hermeneutiske position, hvortil Gadamer netop understreger, at forskeren aldrig kan lægge sin forforståelse væk og at dette heller ikke er formålet med forskning indenfor denne videnskabsteoretiske position. Dermed er reproducerbarhed, som er et kvalitetskrav inden for den positivistiske forskningstradition, ikke et kvalitetskrav inden for den filosofiske hermeneutik, der kan stilles til kvalitative analyser, hvilket bevirker, at troværdigheden af resultaterne må vurderes ud fra et andet grundlag og andre strategier.

En strategi til at øge troværdigheden af undersøgelsens resultater er triangulering, eftersom triangulering medvirker til at mindske sandsynligheden for at resultaterne udelukkende er fremkommet på baggrund af anvendelsen af en enkelt metode, kilde eller forsker (174)(173). Der kan gøres brug af fire typer af triangulering: metode-, data-, forsker- og teoritriangulering (171)(172). Forskertriangulering forekommer, når flere forskere er med til at indsamle og analysere data (171) og eftersom indsamlingen af data fra de seks interviews blev gennemført af to af specialegruppens medlemmer og den efterfølgende analyse foregik på tværs af alle gruppemedlemmer, vurderes anvendelsen af forskertriangulering derfor som en styrke for troværdigheden af de analytiske resultater fra interviewene. Eksempelvis blev kodningen af de meningsbærende enheder og kategorier i trin 2 og 3 i analysen af interviewene foretaget individuelt af gruppemedlemmerne med en efterfølgende dialog, hvor der blev søgt en fælles forståelseshorisont på tværs af gruppen i forhold til fortolkning og forståelse af de meningsbærende enheder og kategorier. Denne tilgang til forskertrianguleringen bevirkede, at uoverensstemmelser omkring fortolkningen af

empirien mellem gruppemedlemmerne blev drøftet, hvilket var medvirkende til at højne troværdigheden.

Til at højne troværdigheden af analysens resultater, kunne der have været anvendt metodetriangulering. Denne strategi indebærer ifølge Merriam og Tisdell anvendelsen af forskellige metoder til dataindsamling, såsom kombinationen af interviews og observationer, hvor observationer i feltet kan bidrage til at supplere eller følge op på udtalelser fra interviewpersoner (171). At der ikke blev anvendt metodetriangulering kan således være en begrænsning for interviewanalysens resultater. Eksempelvis gav flere af informanterne udtryk for, at de havde oplevet kommunikationen med klinikken som utilstrækkelig og utilfredsstillende. Hertil kunne observationer fra en offentlig fertilitetsklinik have suppleret denne viden fra interviewene i forhold til de fortolkninger, der blev gjort på baggrund af informanternes udsagn om kommunikationen med klinikken.

En tredje strategi til at højne troværdigheden af forskningsresultaterne er anvendelsen af *member checks*, hvor fortolkningen af informantens udsagn sendes tilbage til informanten, hvormed forskeren kan sikre sig, at fortolkningerne af fundene fra interviewene kan genkendes af informanten (172). At *member checks* kan højne troværdigheden af forskningsresultaterne, underbygges af Lincoln og Guba, der fremhæver *member checks* som den vigtigste strategi til at sikre troværdighed (175). *Member checks* blev dog ikke anvendt, hvilket derfor kan være en begrænsning for troværdigheden af interviewresultaterne. Dog hersker der uenighed blandt forskere omkring relevansen af *member checks*, hvor bl.a. Buchbinder argumenterer for, at *member checks* ikke altid er medvirkende til at højne troværdigheden, eftersom forskelle i magtrelationen mellem forsker og informant kan bevirke, at informanten blot giver forskeren ret i fortolkningerne, idet de kan betragte forskeren som en person med mere magt og dermed ikke ønsker at være uenige i resultaterne (176). Med afsæt i Buchbinders pointe er *member checks* således ikke nødvendigvis en strategi, der kan medvirke til at højne troværdigheden af forskningsresultaterne og eftersom borgere i fertilitetsbehandling kan befinde sig i en sårbar situation, kan der potentielt have været en forskel i magtforholdet mellem interviewer og informanten, hvormed den manglende brug af *member checks* ikke nødvendigvis kan betragtes som en begrænsning for troværdigheden af resultater fra interviewene. Hertil er det endvidere relevant at fremhæve, at der i diskussionen af resultaterne blev inddraget forskellige teoretiske perspektiver og anden forskningslitteratur til at skabe empirisk belæg for analysens resultater og fortolkninger, hvilket således var medvirkende til at højne troværdigheden af resultaterne.

7.2.3 Systematisk litteratursøgning

I den systematiske litteratursøgning blev thesaurus-termer og fritekstord kombineret i hver af de 3 søgeblokke. Styrken ved anvendelsen af thesaurus-termer at de øger præcisionen af søgeresultatet, idet nye forskningsartikler indekseres efter thesaurus-termer, der er vurderet som mest præcise for artiklens indhold og dermed kan søgninger ud fra thesaurus-termer mindske mængden af irrelevante hits i søgeresultatet (124). Omvendt er styrken ved brugen af fritekst-søgninger at de kan udvide søgeresultatet og inkludere ny forskningslitteratur, der endnu ikke er blevet indekseret efter thesaurus-termer, mens svagheden ved fritekst er, at søgningen kan føre til mere upræcise søgeresultater, idet der her søges på tekst, som ikke er indekseret, og som dermed kan være flertydigt (124). Med afsæt heri vurderes det således som en styrke for den gennemførte litteratursøgning, at den bestod af en kombination af thesaurus-termer og fritekstord, idet kombinationen af flere søgestrategier dels har bidraget til præcision af søgeresultaterne og dels har bidraget til at sikre at ny relevant forskningslitteratur medtages i søgningens resultat.

En anden styrke ved den systematiske litteratursøgning var, at der blev foretaget en bloksøgning, hvormed søgningen blev mere fleksibel på tværs af databaserne, idet det var muligt at tilføje eller fjerne blokke ud fra databasens søgeresultater og dermed tilpasse søgningen den enkelte database. Eksempelvis blev en søgning indledningsvist afprøvet ved kun at kombinere søgeblok 1) *Infertilitet* og 2) *Psykisk velbefindende*, hvilket ved en gennemgang af søgeresultaterne resulterede i mange irrelevante referencer, idet det blev vurderet, at forskningsstudierne ikke var præcise i forhold til at besvare forskningsspørgsmål 3. Således blev den endelige søgning en kombination af 3 blokke, idet blok 3) *Intervention* bevirkede, at søgningen resulterede i mere præcis og relevant forskningslitteratur. Dog kan tilføjelsen af en tredje blok til bloksøgningen også være en begrænsning idet der muligvis kan være blevet frasorteret relevante forskningsstudier. For at mindske mængden af støj i form af irrelevante forskningsstudier i det endelige søgeresultat blev det derfor vurderet nødvendigt at inkludere blok 3 i alle de afsøgte databaser.

På tværs af søgningen i alle seks databaser, blev der i fritekstsøgningen foretaget søgninger på "*Title*" og "*Abstract*", med undtagelse af søgningen i Cochrane Library. Årsagen til at der i Cochrane Library ikke blev foretaget søgninger i "*Title*" og "*Abstract*" skyldes, at der i de initierende søgninger i databasen fremkom søgeresultater på omkring 300 hits. Valget om at anvende "*Title*" og "*Abstract*" i de resterende databaser, blev truffet på

baggrund af initierende søgninger i databaserne, hvor de endelige søgeresultater på tværs af alle tre blokke resulterede i for mange søgeresultater. Eksempelvis resulterede søgningen i PsycInfo i et søgeresultat på 39.549 hits, når fritext-søgningen i alle tre blokke blev foretaget i “*All fields*”, hvorimod det endelige søgeresultat var på 227 hits, når fritext-søgningen blev foretaget i “*Title*” og “*Abstract*”. At antallet af hits på søgeresultaterne var så markant forskellige kan være en begrænsning for kvaliteten af den systematiske litteratursøgning, eftersom der kan være risiko for at søgningen i “*Title*” og “*Abstract*” har bevirket, at der er blevet frasorteret relevant forskningslitteratur. Omvendt var det ikke muligt at gennemlæse 39.549 hits og dermed var det en nødvendighed at mindske mængden af forskningslitteratur.

7.2.3.1 Udvalgelsesprocessen

En styrke i udvalgelsesprocessen af studier har været at strategien *forskertrianglering* blev anvendt til at højne den interne validitet af de medtagne studier til analysen. Vurderingen af studiernes relevans til hvert af de fire udvælgelsestrin blev foretaget af mindst to ud af specialegruppens tre medlemmer, hvilket bidrog til, at de endelige inkluderede studier blev udvalgt på baggrund af enighed fra flere i gruppen i forhold studiets relevans for problemstillingen. Omvendt kan det have været en begrænsning, at alle i specialegruppen ikke indgik i denne proces, idet flere forskellige perspektiver i udvalgelsesprocessen kunne have bidraget til yderligere refleksioner omkring det enkelte studies relevans for problemstillingen. Dog vurderes det som en styrke for udvalgelsesprocessen, at der forud herfor var opstillet tydelige in- og eksklusionskriterier. Ifølge Buus et al. er specifikke in- og eksklusionskriterier en styrke i udvalgelsesprocessen af den fremsøgte litteratur, idet disse kriterier medvirker til at sikre, at frasortering af relevant litteratur sker med afsæt i den problemstilling, der undersøges (124). Således har de opstillede kriterier for in- og eksklusion af den fremsøgte litteratur bidraget til at sikre, at de studier, der dels blev frasorteret og dels blev medtaget videre til kritisk læsning og kvalitetsvurdering, blev frasorteret og medtaget på et begrundet grundlag.

7.2.3.2 Kvalitetsvurdering og kritisk læsning af studierne

Til kritisk læsning og kvalitetsvurdering af de forskningsstudier, der blev medtaget til trin 4 i udvalgelsesprocessen, jf. figur 2 blev tjeklisterne fra Joanna Briggs Institute (JBI) anvendt (128). Styrken ved anvendelsen af tjeklister er, at de kan medvirke til at sikre, at vurderingen

af hver enkelt forskningsstudies formål, studiedesign, metoder og resultater, sker på et systematisk og ensartet grundlag (177). Endvidere er anvendelsen af tjeklister med til at øge sammenligneligheden af kvaliteten af forskningsstudierne, især hvis studierne har forskellige modsatrettede resultater, idet et resultat kan være misvisende, såfremt det er fremkommet på baggrund af et fejlbehæftet metodisk grundlag (177). Eksempelvis blev der ekskluderet 8 studier ud af de 15, der var medtaget til den kritiske gennemlæsning. Disse studier levede ikke op til tjeklistens krav til indholdet af afrapportering i forhold til studiedesign og metode, hvorfor de blev ekskluderet på baggrund af manglende gennemsigtighed i metoden, eftersom denne insufficiante afrapportering ikke gjorde det muligt at foretage en kritisk vurdering af studiets resultater. I modsætning hertil havde de øvrige 7 studier, der blev inkluderet til videre analyse, afrapporteret den metodiske tilgang sufficient, hvilket dermed gjorde det muligt at vurdere grundlaget for studiets resultater og konklusioner. En styrke ved at anvende JBI til kritisk læsning og kvalitetsvurdering af studierne var dermed, at tjeklisten har medvirket til at øge sandsynligheden for, at vurderingen af studiernes kvalitet skete ud fra et ensartet grundlag. Hertil vurderes det yderligere som en styrke, at tjeklisterne, der blev anvendt til kvalitetsvurderingen, kom fra samme institut, idet det bidrog til at øge muligheden for at sammenligne kvalitetsvurderingen på tværs af de forskellige studiedesigns.

8.0 Konklusion

Fertilitetsbehandling kan have indflydelse på det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling og kan medføre følelser som skyld, skam, afmagt, kontroltab, ændret identitetsfølelse samt en følelse af ikke at høre til i sociale fællesskaber. Det psykiske velbefindende kan være særligt belastet i tiden efter et mislykket forsøg på at opnå graviditet samt i ventetiden mellem behandling og svar på, hvorvidt der er opnået graviditet. Det psykiske velbefindende er betinget af hverdagslivet og eftersom hverdagslivet ofte kan være udfordret i et fertilitetsbehandlingsforløb, er der således grundlag for at tage højde for borgerens hverdagsliv i den offentlige praksis på fertilitetsområdet. Følgende anbefalinger kan tilbydes til borgere i fertilitetsbehandling og tilpasses borgerens individuelle behov:

- **Hverdagslivets kontekstuelle betingelser bør integreres i behandlingsforløbet**
- **Fokus på udfordrende tidspunkter i behandlingsforløbet, såsom ventetid og mislykkede forsøg**
- **Tilbud om aktivitet med fokus på forbindelsen mellem krop og psyke**
- **Tilbud om støttegruppe og individuelle samtaler med sundhedsprofessionelle**
- **Fokus på kommunikation på fertilitetsklinikken**
- **Opmærksomhed på potentielle utilsigtede konsekvenser**

Specialet er positioneret i Gadammers udlægning af den filosofiske hermeneutik. Til at foretage et begrundet valg af metoder med henblik på at udvikle anbefalinger og øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling, blev der anvendt elementer af interventionsudviklingsmodellen 6SQuID. Anbefalingerne er fremkommet på baggrund af hhv. seks individuelle semistrukturerede telefoninterviews med kvinder i fertilitetsbehandling i Danmark, som blev analyseret ved brug af Dahlager & Fredslunds filosofisk-hermeneutiske analysestrategi samt en systematisk litteratursøgning med syv inkluderede videnskabelige studier vurderet ud fra JBI's kritiske tjeklister.

De udarbejdede anbefalinger kan potentielt øge kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling, idet anbefalingerne supplerer det eksisterende behandlingstilbud med psykosociale aktiviteter, der kan medvirke til at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i fertilitetsbehandling. Hertil kan fremme af det psykiske velbefindende også have potentiale til at øge graviditetsraten og således forbedre succesraten af den medicinske fertilitetsbehandling. Fremtidig forskning kan med fordel undersøge anbefalingernes

potentiale til i praksis at fremme det psykiske velbefindende hos borgere i den offentlige fertilitetsbehandling.

9.0 Referenceliste

1. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. 2006;53(4):390–417.
2. Nielsen HS, Schmidt L, Nyboe Andersen A, Birch Petersen K, D. Gyrd-Hansen, Jensen TK, m.fl. Forebyggelse af nedsat frugtbarhed. København: Vidensråd for forebyggelse; 2016 s. 1–153.
3. Dansk Fertilitetsselskab. Samlede danske ART og IUI behandlinger - en opgørelse fra Dansk Fertilitetsselskab [Internet]. Dansk Fertilitetsselskab. 2020. Tilgængelig hos: https://fertilitetsselskab.dk/wp-content/uploads/2020/01/dfs1997-2018-oversigt-til-hjemmesiden_revideret-jan-2020-2.pdf
4. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci.* marts 2018;20(1):41–7.
5. Read SC, Carrier M-E, Boucher M-E, Whitley R, Bond S, Zelkowitz P. Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Educ Couns.* 1. marts 2014;94(3):390–5.
6. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45(11):1679–704.
7. Greil A, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;32(1):140–62.
8. Péloquin K, Brassard A, Arpin V, Sabourin S, Wright J. Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2. januar 2018;39(1):64–72.
9. HaCohen N, Amir D, Wiseman H. Women's narratives of crisis and change: Transitioning from infertility to pregnancy. *J Health Psychol.* 2016;1–11.
10. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson PO, m.fl. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(5):683–91.
11. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson PO, m.fl. Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(3):291–300.
12. Cuijllits I, van de Wetering AP, Endendijk JJ, van Baar AL, Potharst ES, Pop VMJ. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Ment Health J.* 2019;40(6):768–85.

13. Van Den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):422–8.
14. Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;130(3):253–256.
15. Minucci D. Psychological and ethical implications related to infertility. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(S2):S36–8.
16. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, m.fl. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 3. september 2014;74(08):759–63.
17. ReproUnion. About ReproUnion [Internet]. ReproUnion - Reproductive Medicine Across Borders. [hentet 11. marts 2020]. Tilgængelig hos: https://www.researchgate.net/publication/330939090_The_Psychosocial_Aspect_of_Infertility
18. Sandager T. Hvornår bliver det vores tur? - Hjælp til barnløse i fertilitetsbehandling. 1. Udgave. København: Muusmann; 2017.
19. Ólafsdóttir E, Järvholm S, Schmidt L. Clinical Guideline: Psychosocial aspects of infertility and treatment. *Nordic Fertility Society*; 2013 s. 1–20.
20. Verkuijen J, Verhaak C, Nelen WL, Wilkinson J, Farquhar C. Psychological and educational interventions for subfertile men and women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [hentet 6. marts 2020];(3). Tilgængelig hos: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011034.pub2/full>
21. Corley-Newman A, Trimble AT. The relationship between infertility, infertility treatment, psychological intervention, and post-traumatic stress disorder. *Fertil Steril*. 1. september 2017;108(3, Supplement):e303–4.
22. McLeroy, Kenneth R, Bibeau, Daniel, Steckler, Allan, Glanz, Karen. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*. 15/1988(4):351–77.
23. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 1. juni 2007;22(6):1506–12.
24. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum Reprod Update*. 1. maj 2007;13(3):209–23.

25. Skakkebæk N, Meyts E, Louis GMB, Toppari J, Andersson A-M, Eisenberg M, m.fl. Male reproductive disorders and fertility trends: Influences of environment and genetic susceptibility. *Physiol Rev.* 2015;96:55–97.
26. Grant J, Hoorens S, Sivadasan S, Loo MVH, Davanzo J, Hale L, m.fl. Trends in European fertility: should Europe try to increase its fertility rate...or just manage the consequences?1. *Int J Androl.* 2006;29(1):17–24.
27. The World Bank. Fertility rate, total - Denmark, Sweden, Norway [Internet]. The World Bank. 2019. Tilgængelig hos: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=DK-SE-NO>
28. Christiansen T, Erb K, Rizvanovic A, Ziebe S, Englund ALM, Hald F, m.fl. Costs of medically assisted reproduction treatment at specialized fertility clinics in the Danish public health care system: results from a 5-year follow-up cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(1):64–72.
29. Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod.* 1. juli 2004;19(7):1548–53.
30. Thomsen S. Flere gravide kæmper med psyken. *Politiken.* Forår 2020;
31. Vallentin AJ. Hver sjette kvinde i fertilitetsbehandling får depression [Internet]. Etik.dk. 2014 [henvist 5. februar 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.etik.dk/2014-06-06/hver-sjette-kvinde-i-fertilitetsbehandling-far-depression>
32. Vejledning om sundhedspersoners og vævscentres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med assisteret reproduktion [Internet]. Vævsbekendtgørelsen 05, 2015. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=172755>
33. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry.* 2015;14(2):231–3.
34. McCarthy MP, Sheau-Huey Chiu. Differences in Women's Psychological Well-being Based on Infertility Treatment Choice and Outcome. *J Midwifery Womens Health.* 2011;56(5):475–80.
35. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, m.fl. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Hum Reprod.* 2017;32(9):1786–801.
36. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–136.
37. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century. *J Psychosom Res.* 2015;79(5):362–363.

38. Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The changing prevalence of infertility. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(S2):S4–8.
39. Quaas A, Dokras A. Diagnosis and Treatment of Unexplained Infertility. *Rev Obstet Gynecol*. 2008;1(2):69–76.
40. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Effectiveness and treatment for unexplained infertility. *Fertil Steril*. 2006;86(5):111–4.
41. Carmina E. Reproductive System Outcome Among Patients with Polycystic Ovarian Syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am*. december 2015;44(4):787–97.
42. Sylvest R, Christensen U, Hammarberg K, Schmidt L. Desire for Parenthood, Beliefs about Masculinity, and Fertility Awareness among Young Danish Men. *Reprod Syst Sex Disord*. 2014;3(1):1–5.
43. Sharma R, Biedenheim KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2013;66(11):1–15.
44. Dunson DB, Baird DD, Colombo B. Increased Infertility With Age in Men and Women: *Obstet Gynecol*. januar 2004;103(1):51–6.
45. Stewart AF, Kim ED. Fertility Concerns for the Aging Male. *Urology*. 1. september 2011;78(3):496–9.
46. Liu K, Case A, Cheung AP, Sierra S, AlAsiri S, Carranza-Mamane B, m.fl. Advanced Reproductive Age and Fertility. *J Obstet Gynaecol Can*. 1. november 2011;33(11):1165–75.
47. Varshini J, Srinag BS, Kalthur G, Krishnamurthy H, Kumar P, Rao SB-S, m.fl. Poor sperm quality and advancing age are associated with increased sperm DNA damage in infertile men. *Andrologia*. 2012;44(s1):642–9.
48. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*. 2011;342(7795):481.
49. Rooney KL, Domar AD. The impact of stress on fertility treatment: *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(3):198–201.
50. Danmarks Statistik. Gennemsnitsalder for fødende kvinder og nybagte fædre, Danmarks statistik [Internet]. Danmarks Statistik; 2017. Tilgængelig hos: <https://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=FOD111&P Language=0>
51. Schmidt L, Sandal Sejbæk C. Nedsat frugtbarhed. I: *Fertilitet og sundhed*. 1. udgave. København: Munksgaard; 2012. s. 101–22.

52. Vassard D, Lallemand C, Andersen AN, Macklon N, Schmidt L. A population-based survey on family intentions and fertility awareness in women and men in the United Kingdom and Denmark. *Ups J Med Sci*. 2016;121(4):244–51.
53. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tyden T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod*. 2006;21(2):558–64.
54. Mortensen LL, Heegaard HK, Andersen AN, Bentzen JG. Attitudes towards motherhood and fertility awareness among 20-40-year-old female healthcare professionals. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(6):468–81.
55. Eriksson C, Larsson M, Tydén. Reflections on having children in the future--interviews with highly educated women and men without children. *Ups J Med Sci*. 2012;117(3):328–35.
56. Rasmussen SH, Brunbech PY. Familieliv og kvindefrigørelse [Internet]. Danmarkshistorien.dk. 2009 [henvist 16. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://danmarkshistorien.dk/perioder/kold-krig-og-velfaerdsstat-1945-1973/familieliv-og-kvindefrigoerelse/>
57. Danmarks Statistik. Uddannelse og viden [Internet]. Danmarks Statistik. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/uddannelse-og-viden;> Statistikbanken, <https://www.statistikbanken.dk/STATUS40>
58. Cohen JE, Kravdal Ø, Keilman N. Childbearing impeded education more than education impeded childbearing among Norwegian women. *PNAS*. 2011;108(29):11830–5.
59. Bhrolcháin N, Beaujouan É. Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment. *Popul Stud*. 2012;66(33):311–27.
60. Berrington A, Stone J, Beaujouan É. Educational differences in timing and quantum of childbearing in Britain: a study of cohorts born 1940–1969. *Demogr Res*. 2015;33:733–64.
61. Barzilai-Pesach V, Sheiner EK, Sheiner E, Potashnik G, Shoham-Vardi I. The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments. *J Occup Environ Med*. 2006;48(1):56–62.
62. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. [Internet]. 2019 [henvist 5. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=208785>
63. WHO Regional Office for Europe. Low-fertility - the future of Europe? *Entre Nous - Eur Mag Sex Reprod Health*. 2006(63):10–1.

64. Region Hovedstaden. Øresundsregion som Europas kraftcenter inden for reproduktion [Internet]. 2015 [henvist 16. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Oeresundsregion-som-Europas-kraftcenter-inden-for-reproduktion.aspx>
65. Danmark Sygeforsikring. Fertilitetsbehandling – sådan er reglerne.
66. Svenstrup L, Pedersen DE, Lemmen F, Boujida VH. Homolog intrauterin insemination [Internet]. 2016 [henvist 10. marts 2020]. Tilgængelig hos: https://fertilitetsselskab.dk/wp-content/uploads/2018/10/iui-h_290316.pdf
67. Bungum L, Nørgaard Skaugen CT, Hartvig Boujida VH, Petri Lauritsen M, Wissing ML, Toftager M, m.fl. Klinisk guideline: Kontrolleret ovariel stimulation hos IVF/ICSI-patienter [Internet]. [henvist 10. marts 2020]. Tilgængelig hos: https://fertilitetsselskab.dk/wp-content/uploads/2018/10/gnrh-analog_adjusted-final-220217.pdf
68. Grøndahl ML, Hindkjær J, Laursen S, Rønn Petersen M. Klinisk Guideline: IVF/ICSI Laboratoriedelen. [Internet]. 2017 [henvist 10. marts 2020]. Tilgængelig hos: https://fertilitetsselskab.dk/wp-content/uploads/2018/10/guideline-lab-ivf-27-feb_cleann.pdf
69. Sundhedsdatastyrelsen. Assisteret reproduktion årsrapporter [Internet]. [henvist 5. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/andre-analyser-og-rapporter/assisteret-reproduktion>
70. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*. 2012;18(6):652–669.
71. Dansk fertilitetsselskab. Årsrapport 2018 [Internet]. [henvist 10. marts 2020]. Tilgængelig hos: https://fertilitetsselskab.dk/wp-content/uploads/2020/01/dfs2018-til-hjemmesiden_revideret-jan-2020.pdf
72. Morley LC, Tang T, Yasmin E, Norman RJ, Balen AH. Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11(11):CD003053–CD003053.
73. Ottosen MH, Andersen D, Nielsen LP, Lausten M, Stage S. Børn og unge i Danmark - velfærd og trivsel 2010. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd; 2010 s. 1–255.
74. Tjørnhøj-Thomsen T. Naturlige familier, naturlige ønsker og andre naturaliseringer. *Stud Informanten*. 2010;Efterår:16–9.

75. Zurlo M, Cattaneo Della Volta M, Vallone F. Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Qual Life Res.* 2018;27(4):945–954.
76. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies.* 2011;20:224–8.
77. Williams S. Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociol Health Illn.* 1995;17(5):577–604.
78. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns.* 2005;59(3):244–51.
79. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004;63(1):126–30.
80. Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australas Med J.* 2011;4(11):620–7.
81. Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe Andersen A, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Hum Reprod.* 2009;24(4):991–999.
82. Johansson M, Berg M. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(1):58–63.
83. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod.* 2007;22(2):598–604.
84. Ross LE, McQueen K, Vigod S, Dennis CL. Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2011;17(1):96–106.
85. Bornstein M. Human Infancy ... and the Rest of the Lifespan. *Annu Rev Psychol.* 65:121–58.
86. Williams ME. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychother Priv Pract.* 1997;16(3):7–26.
87. Martin-Matthews A, Matthews R. Living in time: multiple timetables in couples' experiences of infertility and its treatment. *Contemp Perspect Fam Res.* 3:111–34.
88. Johnson K, Fledderjohann J. Revisiting “her” infertility: Medicalized embodiment, self-identification and distress. *Soc Sci Med.* 2012;75:883–91.

89. Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Hum Reprod.* 2013;28(4):1100–1109.
90. van Balen F, Inhorn MC, Greil A. *Infertile Bodies:: Medicalization, Metaphor, and Agency* [Internet]. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press; 30 [henvist 16. marts 2020]. s. 101. Tilgængelig hos: <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1ppfk5>
91. Redshaw M, Hockley C, Davidson LL. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Hum Reprod.* 2007;22(1):295–304.
92. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol.* 1992;18:209–32.
93. Thompson C. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies.* Bd. 43. Taylor & Francis Group; 2007. 360 s.
94. Harf-Kashdaei, M.A., and Marsha Kaitz, E. Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 87/2007(6):1306–13.
95. Dornelles LMN, MacCallum F, Lopes R de CS, Piccinini CA, Passos EP. ‘Living each week as unique’: Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery.* 2014;30(3):115–20.
96. Klusek Ł, Grzegorz J. Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;12(1):51–57.
97. Perez AL. *Masculine reproduction: A phenomenological qualitative study of the impact of male infertility on masculinity.* [USA, Chicago]: The Chicago School of Professional Psychology; 2018.
98. Hanna E, Gough B. *Experiencing Male Infertility: A Review of the Qualitative Research Literature.* SAGE Open. 2015;1–9.
99. Arya ST, Dibb B. The experience of infertility treatment: the male perspective. *Hum Fertil.* 2016;19(4):242–248.
100. Smith JF, Walsh TJ, Shindel AW, Turek PJ, Wing H, Pasch L. Sexual, marital, and social impact of a man’s perceived infertility diagnosis. *J Sex Med.* 2009;2505–15.
101. Sylvest R, Fürbringer JK, Pinborg A, Koert E, Bogstad J, Loessl K, m.fl. Low semen quality and experiences of masculinity and family building. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(6):727–733.

102. Chow KM, Cheung MC, Cheung IK. Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *J Clin Nurs*. 2016;25:2101–12.
103. Hashemi S, Simbar M, Ramezani-Tehrani F, Shams J, Majd HA. Anxiety and success of in vitro fertilization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;164:60–4.
104. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård N, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(1):1–18.
105. Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L, Sieber W. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*. 1. oktober 2001;76(4):675–87.
106. Hocaoglu C. The psychosocial aspects of infertility. I: Sheriff DS, redaktør. *Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays*. 1.udgave. Intech Open; 2019. s. 1–14.
107. Phillips E, Elander J, Montague J. Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol*. 2014;19(4):531–43.
108. Juul S. *Hermeneutik. I: Samfundvidenskabernes videnskabsteori - En indføring*. 1.udgave, 5.oplag. Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 107–48.
109. Gadamer H-G. *Truth and Method*. 2. London: Continuum; 2004. 1–623 s.
110. Dahlager L, Fredslund H. *Hermeneutisk analyse. I: Vallgård S, Koch L, redaktører. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4.udgave, 5.oplag. Munksgaard; 2016. s. 157–81.
111. Wight D, Wimbush E, Jepson R, Doi L. Six steps in quality intervention development (6SQuID). *J Epidemiol Community Health*. 2015;70(5):520–5.
112. Brinkmann S, Tanggaard L f 1973, redaktører. *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Kvalitative metoder : en grundbog*. 2. udg. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. s. 29–53.
113. Gut R, Fuglsang M, Rimdal B. *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. Region Hovedstaden - Enheden for Brugerundersøgelser; 2011.
114. Carr ECJ, Worth A. The use of the telephone interview for research. *Nurs Times Res*. 2001;6(1):511–524.
115. Erskine L, Block ES. Interviewing by Telephone: Specific Considerations, Opportunities, and Challenges. *Int J Qual Methods*. 2012;11(4):428–45.

116. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative research : a guide to design and implementation. 4. udg. San Francisco, CA: Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints, Wiley; 2015. 346 s. (The Jossey-Bass higher and adult education series).
117. Maxwell JA. A Model for Qualitative Research Design. I: Qualitative Research Design - An interactive Approach. 2.udgave. London: Sage Publications; 2005.
118. Carter SM, Little M. Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. Qual Health Res. 2007;17/10:1316–28.
119. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. WMA - World Medical Association. 2018 [henvist 22. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
120. Justitsministeriet, Datatilsynet, erhvervsministeiret, Digitiseringsstyrelsen. Databeskyttelsesforordningen [Internet]. 2017 [henvist 30. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/media/6559/generel-informationspjece-om-databeskyttelsesforordningen.pdf>
121. Rigspolitiet. Coronavirus/COVID-19 i Danmark [Internet]. 2020 [henvist 30. marts 2020]. Tilgængelig hos: <https://politi.dk/corona/>
122. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. I: Jensen AMB, Vallgård S, redaktører. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4.udgave. Munksgaard; 2015. s. 157–81.
123. Rienecker L, Stray Jørgensen P, Skov S, Sonne-Ragans V, Thing Rasmussen L, Wien C, m.fl. Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5. udg. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2017.
124. Buus N, Munch Kristiansen H, Boldrup Tingleff E, Blach Rossen C. Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken. 2008;108(10):1–8.
125. Brandt Eriksen M, Buck Christensen J, Faber Frandsen T. Embase er et centralt værktøj til medicinsk litteratursøgning. geskr Læger 2016;178:V03160219. 2016;17/2016:2–6.
126. Kristensen F, Sigmund H. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen; 2007.
127. Østergaard LG, Maindahl HT. Komplekse interventioner og rehabilitering. I: Maribo T, Nielsen CV, redaktører. Rehabilitering - en grundbog. 2.udgave. Gads Forlag; 2016. s. 199–208.

128. Joanna Briggs Institute. CRITICAL APPRAISAL TOOLS [Internet]. [henvist 22. maj 2020]. Tilgængelig hos: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools
129. Kristiansen S. 23. Kvalitative Analyseredskaber. I: Brinkmann S, Tanggård L, redaktører. Kvalitative metoder: en grundbog. 2. Kbh: Hans Reitzel; 2015. s. 481–96.
130. Arendt M, Rosenberg NK, Mørch MM. Kognitiv adfærdsterapi - teori og metoder. I: Arendt M, Rosenberg NK, redaktører. Kognitiv adfærdsterapi - nyeste udvikling. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2012. s. 23–52.
131. Wahbeh S, Elsas S, Oken S. Mind–body interventions: Applications in neurology. *Neurology*. 2008;70(24):2321–2328.
132. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertil Steril*. 2011;96(2):409–415.e3.
133. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril*. 2013;100(4):1059–1067.
134. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial. *Reprod Biomed Online*. 2007;14(3):279–287.
135. Donarelli Z, Salerno L, Lo Coco G, Allegra A, Marino A, Kivlighan DM. From telescope to binoculars. Dyadic outcome resulting from psychological counselling for infertile couples undergoing ART. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(1):13–25.
136. Domar AD, Gross J, Rooney K, Boivin J. Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertil Steril*. 2015;104(2):440–451.
137. Haemmerli K, Znoj H, Berger T. Internet-based support for infertile patients: a randomized controlled study. *J Behav Med*. 2010;33(2):135–146.
138. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. Kbh.: Akademisk Forlag; 1993. 309 sider, illustreret.
139. Tjørnhøj-Thomsen T. Fra barnløshed til forældreskab. *Kvind Køn Og Forsk*. 2002;11:5–18.
140. Tjørnhøj-Thomsen T. Tilblivelseshistorier: barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark. [København]: KøbenhavInstitut for Antropologi, Københavns Universitet; 1998.
141. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaijmaat FW, Braat DDM. Womens emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):27–36.

142. Jensen C, Lansner J, Petersen A, Vangkilde S, Ringkøbing S, Frokjaer V, m.fl. Open and Calm – A randomized controlled trial evaluating a public stress reduction program in Denmark [Internet]. Figshare; 2015 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.c.3645896>
143. D'Silva S, Poscablo C, Habousha R, Kogan M, Kligler B. Mind-Body Medicine Therapies for a Range of Depression Severity: A Systematic Review. *Psychosomatics*. 2012;53(5):407–423.
144. Luberto C, White C, Sears R, Cotton S. Integrative Medicine for Treating Depression: An Update on the Latest Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(9):1–9.
145. Gugglberger L. Can health promotion also do harm? *Health Promot Int*. 2018;33(4):557–60.
146. Ying L, Wu L, Loke A. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *J Assist Reprod Genet*. 2016;33(6):689–701.
147. Yong P, Martin C, Thong J. A Comparison of Psychological Functioning in Women at Different Stages of In Vitro Fertilization Treatment Using the Mean Affect Adjective Check List. *J Assist Reprod Genet*. 2000;17(10):553–556.
148. Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD007142–CD007142.
149. De Klerk C, Hunfeld JAM, Heijnen EMEW, Eijkemans MJC, Fauser BCJM, Passchier J, m.fl. Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Hum Reprod*. 2008;23(1):112–116.
150. Pal L, Bevilacqua K, Santoro NF. Chronic psychosocial stressors are detrimental to ovarian reserve: a study of infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(3):130–139.
151. Nakamura K, Sheps S, Clara Arck P. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *J Assist Reprod Genet*. 2008;25(2–3):47–62.
152. Haemmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*. 2009;15(3):279–295.
153. Worrall H, Schweizer R, Marks E, Yuan L, Lloyd C, Ramjan R. The effectiveness of support groups: a literature review. *Ment Health Soc Incl*. 2018;22(2):85–93.
154. Croezen S, Picavet H, Haveman-Nies A, Verschuren W, de Groot L, van'T Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):65–65.

155. Malin M, Hemminki E, Räikkönen O, Sihvo S, Perälä M-L. What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Soc Sci Med*. 2001;53(1):123–133.
156. Verberg MFG, Eijkemans MJC, Heijnen EMEW, Broekmans FJ, De Klerk C, Fauser BCJM, m.fl. Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Hum Reprod*. 2008;23(9):2050–2055.
157. Aarts JWM, Huppelschoten AG, Van Empel IWH, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JAM, m.fl. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod*. 2012;27(2):488–495.
158. Van Empel IWH, Nelen WLDM, Tepe ET, Van Laarhoven EAP, Verhaak CM, Kremer JAM. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Hum Reprod*. 2010;25(1):142–149.
159. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? a cohort study. *Fertil Steril*. 2004;81(2):258–261.
160. Shandley LM, Hipp HS, Anderson-Bialis J, Anderson-Bialis D, Boulet SL, McKenzie LJ, m.fl. Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertil Steril*. 2020;113(4):797–810.
161. Boivin J, Bunting L, Koert E, Ieng U C, Verhaak C. Perceived challenges of working in a fertility clinic: a qualitative analysis of work stressors and difficulties working with patients. *Hum Reprod*. 2017;32(2):403–408.
162. García D, Bautista O, Venereo L, Coll O, Vassena R, Vernaev V. Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertil Steril*. 2013;99(5):1413–1418.e1.
163. Hvas AC. Sygeliggørelse og »medikalisering« Forsøg på begrebsafklaring på baggrund af et litteraturstudie. *Vidensk OG PRAKSIS*. 1999;5783–5.
164. Rosenblatt PC, Peterson P, Portner J, Cleveland M, Mykkanen A, Foster R, m.fl. A Cross-Cultural Study of Responses to Childlessness. *Cross-Cult Res*. 1973;8(3):221–231.
165. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: The hidden burden of infertility. *Soc Sci Med*. 1995;40(1):27–36.
166. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. 1. USA: Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1963.
167. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2309–2317.

168. Kvale S, Brinkmann S. InterView: introduktion til et håndværk. 2. udg. Kbh: Hans Reitzel; 2009. 376 s.
169. Launsø L, Rieper O, Olsen L f 1963. Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 7. udg. Kbh.: Munksgaard; 2017. 89–89 s.
170. Halkier B. Fokusgrupper. I: Brinkmann S, Tanggaard L, redaktører. Kvalitative metoder: en grundbog. 2. udgave. København: Hans Reitzel; 2015. s. 137–51.
171. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation. 4. USA: Jossey-Bass; 2016. (The Jossey-Bass higher and adult education series.).
172. Maxwell JA. Qualitative Research Design - An Interactive Approach. 2.udgave. Sage Publications, Inc.kv; 2005. 175 s.
173. Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research. Med J Aust. 18. februar 2008;188(4):243–6.
174. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice /. Fourth edition. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 2015.
175. Lincoln YS, Guba EG. Judging interpretations: But is it rigorous? trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New Dir Eval. 1986;(30):73–84.
176. Buchbinder E. Beyond Checking: Experiences of the Validation Interview. Qual Soc Work. 2011;10(1):106–122.
177. Mays N, Popay J, Pope C. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. J Health Serv Res Policy. 2005;10:6–20.

10.0 Bilagsoversigt

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Opslag til rekruttering af informanter

Bilag 3: Skriftligt informationsmateriale

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Bilag 5: Transskriberingskonventioner

Bilag 6: Kodetræ

Bilag 7: Søgeprotokol

Bilag 1: Interviewguide

Interviewguide

Briefing:

Tak for at du har sagt ja til at ville deltage i et telefoninterview i forbindelse med vores speciale.

Som beskrevet i informationsmaterialet, handler vores speciale om hvordan det offentlige fertilitetsbehandlingsforløb kan forbedres med særligt fokus på at forbedre den psykiske trivsel i behandlingsforløbet. Derfor vil dette interview overvejende dreje sig om hvordan du har oplevet behandlingsforløbet og hvordan du tænker at praksis kan forbedres.

Praktisk vil interviewet foregå ved at vi vil være to, der deltager i interviewet, hvor jeg (navn) primært vil være den, der stiller spørgsmålene, mens (navn) vil supplere undervejs i interviewet. Vi har på forhånd forberedt nogle spørgsmål, men der er samtidig plads til, at vi kan komme ind på emner, som du synes er relevante.

- Vi optager interviewet for at sikre os, at vi ikke går glip af nogle vigtige pointer efterfølgende.
- Interviewet vil maksimalt vare en time og hvis du har brug for pauser undervejs, må du endelig sige til.
- De citater, vi anvender fra interviewet, vil blive anonymiseret, sådan at det ikke vil være muligt at identificere dig for andre end os i specialegruppen.
- Dit samtykke til deltagelse kan altid trækkes tilbage.

Før vi går i gang med selve interviewet, vil jeg høre til, om du har modtaget det skriftlige informationsmateriale?

- Har du nogle spørgsmål hertil?
- Har du fået underskrevet samtykkeerklæringen?

Har du flere spørgsmål inden vi går i gang?

Så begynder vi interviewet nu.

Tema	Interviewspørgsmål	Hjælpespørgsmål
Indledende spørgsmål	Til at starte med vil jeg gerne høre lidt om dig. Kan du fortælle om hvorfor du er i fertilitetsbehandling? Hvor længe har du været i fertilitetsbehandling i det offentlige?	► Hvor gammel er du? ► Uddannelse/Erhverv ► Civilstatus: gift, parforhold, single? ► Har du børn fra nuværende eller tidligere forhold? ► Hvor er du/I i forløbet lige nu? ► Har du oplevet mislykkede forsøg med insemination eller IVF undervejs i behandlingsforløbet? ► Hvis ja - hvor mange?
Tema 1: Organisering af det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud	Kan du fortælle lidt om, hvordan du har oplevet det at være i behandling indtil nu? Har forløbet været, som du forventede, det ville blive? Kan du nævne nogle situationer hvor det har været særligt udfordrende i forbindelse med behandlingen? Oplevede du at der var mulighed for at tilrettelægge behandlingsforløbet efter dine ønsker og behov? Hvordan oplevede du at kommunikationen var i forbindelse med dit behandlingsforløb?	► Oplevede du at du fik tilstrækkelig viden om hvad du kunne forvente af forløbet? ► Er der noget, der har overrasket dig? ► Kan du uddybe? ► Følte du dig lyttet til? ► Var der tid til at snakke om hvordan du har haft det ifht humør, sexliv og parforhold?

Tema 2: Psykelige og sociale konsekvenser af fertilitetsbehandling	Har du oplevet at det har haft betydning for dit psykiske overskud at være i fertilitetsbehandling? Har der været nogle bestemte perioder eller tidspunkter undervejs i forløbet, som har været særligt krævende? Har du oplevet at dit psykiske overskud er blevet større eller mindre undervejs i forløbet? Har der været et tidspunkt hvor du har overvejet at stoppe behandlingen? Nu hvor du er i et behandlingsforløb, har du så opsøgt fællesskaber med andre der er i samme situation?	► Hvis ja: Kan du give et eksempel? ► Fik du hjælp fra nogen til at håndtere det? • venner, familie, sundhedspersonale ► Hvordan har du oplevet at personalet på klinikken har hjulpet dig i disse perioder? ► Hvis nej: hvad har du oplevet som har påvirket dig positivt undervejs i forløbet? fx: støtte fra familie/venner eller sundhedspersonale? ► Kan du give nogle eksempler? ► Hvordan kom det til udtryk? ► Hvad tror du det skyldes? ► Hvis ja: Hvad fik dig til at overveje det? ► Hvorfor valgte du alligevel at fortsætte behandlingen? ► Fx. benyttet facebook-grupper, patientforeninger ► Hvordan har du benyttet det? fx. læst andres oplæg, selv postet/spurgt om hjælp? ► Kan du prøve at fortælle om hvordan det har været
---	---	---

		for dig at tale eller skrive sammen med andre som befinder sig i samme situation? ► Har du oplevet ulemper ved at benytte disse sociale fællesskaber?
Tema 3: Forandringspotentiale i det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud	Oplever du at der mangler støtte til at håndtere psykiske udfordringer i forbindelse med fertilitetsbehandling? Har du oplevet, at der var et bestemt tidspunkt i forløbet, hvor det var særligt vigtigt for dig, at have mulighed for at deltage i et tilbud? Hvis der var et tilbud i forbindelse med behandlingen, hvad kunne du så tænke dig at det skulle indeholde? Hvis der var mulighed for at deltage i sådan et tilbud, kunne du så finde på at deltage i det?	► Kan du give nogle eksempler hvor du kunne have haft brug for støtte til at takle udfordringerne? ► Hvad kunne der have været gjort i den situation for at støtte dig bedst muligt? ► Fx: støttegrupper, mentorordning, parterapi? ► Hvad kunne disse aktiviteter bidrage med for dig? ► Hvis ja, hvorfor? ► Hvis nej, hvorfor ikke?

Debriefing:

Det var det sidste spørgsmål, vi havde. Har du noget, som vi ikke er kommet omkring eller som vi skal have uddybet, inden vi afslutter interviewet?

Tak for din deltagelse. Hvis der skulle dukke noget op efterfølgende, er du altid velkommen til at kontakte os.

Bilag 2: Opslag til rekruttering af informanter

HJÆLP OS TIL AT FORBEDRE FERTILITETSBEHANDLINGEN!

Der mangler viden om hvordan danske borgere oplever fertilitetsbehandling. Derfor skriver vi til dig, fordi vi gennem et **telefoninterview ønsker at høre om dine erfaringer og oplevelser om, at være i fertilitetsbehandling.**

Vi er en gruppe studerende fra Aalborg Universitet, som skriver speciale for at bidrage med forslag til hvordan praksis inden for fertilitetsbehandling kan udvikles og derfor har vi brug for netop jeres erfaringer og tanker.

Hvem kan deltage: Vi vil meget gerne snakke med dig såfremt du har erfaringer og oplevelser med det offentlige fertilitetsbehandlingstilbud.

**Vi kan kontaktes på telefonnummer XX XX XX XX eller mail:
20gr10312@hst.aau.dk**

I optræder naturligvis anonymt, data opbevares efter gældende regler og det er helt frivilligt at deltage, hvor I til enhver tid kan trække jeres samtykke tilbage.



Vi glæder os til at høre fra jer

Med venlig hilsen Tina Gram, Katrine Thomsen og Maria Husted

Bilag 3: Skriftligt informationsmateriale

Skriftligt informationsmateriale

Kære deltager,

Tak fordi du vil bidrage til vores speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Specialet handler om fertilitetsbehandling i Danmark og formålet er, at få viden om de udfordringer og behov, som borgere i den offentlige fertilitetsbehandling i Danmark kan have. Dine personlige erfaringer med at gennemgå et fertilitetsbehandlingstilbud i det offentlige sundhedsvæsen, vil hjælpe til at udvikle et forslag til at øge kvaliteten af det eksisterende behandlingstilbud.

Vi vil gerne høre om dine erfaringer og oplevelser gennem et interview, hvor samtalen efter dit ønske kan foregå via telefon eller Facetime. Interviewet vil maksimalt tage 1 time.

Interviewet blive optaget. Vi har forberedt nogle spørgsmål på forhånd, men der er samtidig mulighed for at gå ind i nogle perspektiver, som du finder betydningsfulde.

Du kan både før, under og efter interviewet trække samtykket om deltagelse tilbage, men efter aflevering af specialet primo juni 2020, vil det ikke være muligt at trække dine udtalelser ud af specialet.

Brug af data:

Du vil blive anonymiseret, så det ikke er muligt for andre at identificere dine udtalelser. Det vil kun være specialegruppen som har adgang til ikke-anonymiseret data om dig og personfølsomme oplysninger vil ikke blive videregivet. Optagelsen af interviewet vil blive opbevaret på en krypteret enhed indtil medio juni 2020, hvorefter det vil blive slettet.

Har du eventuelle spørgsmål omkring din deltagelse, er du meget velkommen til at kontakte os på telefon: XX XX XX XX eller e-mail: xxxx@hst.aau.dk

Med venlig hilsen

Tina Gram, Katrine Lerche-Thomsen og Maria Husted

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Forskningsprojektets arbejdstitel: Behov og udfordringer i forbindelse med at gennemgå fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen i Danmark.

Erklæring fra informanten

Jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om projektet, og jeg ved nok om dets formål, metode og brug af data til at sige ja til deltagelse i projektet. Jeg er blevet informeret om, at det, jeg fortæller, eller oplysninger om mig, ikke videregives til andre.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage.

Jeg giver hermed samtykke til at deltage i forskningsprojektet og har fået en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Informantens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker du at blive informeret om forskningsprojektets resultater?

Ja _____ (sæt x) Nej _____ (sæt x)

Hvis ja; skriv din mailadresse herunder, så sender vi det færdige projekt medio juni 2020:

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at informanten har modtaget mundtlig og skriftlig information om projektet. Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i forsøget.

Navnet på den, der har afgivet information:

Dato: _____ Underskrift: _____

Dette dokument er tilpasset projektet efter standardsamtykkeerklæring udarbejdet af Det Videnskabetiske Komitésystem 2016

Bilag 5: Transskriptionskonventioner

Af nedenstående tabel fremgår de transskriptionskonventioner, der har været gældende for transskriberingen af de gennemførte telefoninterviews.

Talerækkefølge	Såfremt flere personer i interviewet taler på samme tid, transskriberes hver persons udsagn på hver sin linje
Navne	Hver informant tildeles et pseudonym hvilket angives med pseudonymets forbogstav f.eks. (A)
Interviewere	Primære interviewer angives med (I1) og sekundære interviewer med (I2)
Steder	Bestemte steder eller lokationer anonymiseres og angives f.eks. som X-købing
<i>Markering med fed skrift</i>	Anvendes når informanten sprogligt betoner ord eller udsagn via et særligt toneleje
“ ”	Citationstegn anvendes når informanten citerer andre
...	Tre punktummer anvendes såfremt der holdes pause i udsagnene
()	Tomme parenteser angiver, at transskribenten ikke kan høre, hvad der siges på optagelsen.

Bilag 6: Kodetræ

Nedenstående kodetræ illustrerer trin 2-4 fra analysestrategien af Dahlager og Fredslund som blev anvendt til at analysere interviewene med 6 kvinder i fertilitetsbehandling. Af første kolonne illustreres nogle af de meningsbærende enheder, som blev fremanalyseret i trin 2. Anden kolonne angiver kategorierne, der fremkom på baggrund af de meningsbærende enheder, og som blev fremanalyseret i trin 2 og operationaliseret i trin 3 i analysestrategien. Af kolonne tre fremgår det hvilke temaer og undertemaer, der på tværs af de seks informanter, blev fremanalyseret i trin 4 i analysestrategien.

Meningsbærende enheder	Kategorier	Temaer
Jeg er lavet til at producere børn og det kan jeg ikke - hvad kan jeg så? Frygteligt når folk står overfor mig og fortæller de er gravide Det skulle have været mit barn Min kæreste forstår det bare ikke og kommer aldrig til at forstå det Man er nødt til at prøve det, for at forstå det Så er det måske ikke meningen du skal have børn Lykkes jeg på noget tidspunkt? Hvad så hvis det ikke lykkes? Det knækker mig når andre lykkes - er det dét værd?	Skyldfølelse Skam og tabu Kvindeidentitet Parforholdet Konfrontration med omverdenen	Tema 1: Kvindeidentitet Undertema: - Jeg står på sidelinjen
Et ønskebarn man ikke selv kan gøre noget for at hjælpe på vej Ventetid - og så er det ligesom det når man igen ikke er gravid Det fylder så meget - svært ikke at tænke på det Man er hele tiden i beredskab - sæt jeg nu er gravid Håbet om at menstruationen ikke kommer Nu har jeg lige haft ægløsning - så skal jeg løfte anderledes	Hverdagslivet omkring behandlingen Håndtering af forløbet Hverdagen Dagligdagen Privatliv Ventetiden Tanker der fylder	Tema 2: På vej mod graviditet Undertema: - At handle i afmagt
Når man gerne vil have børn finder man sig i meget Man bliver supermand for en periode Forløbet bliver gradvist mere omfattende Behovet for støtte ændrer sig Håbet smadres Det er hårdt at abortere og mislykkes - ekstra behov for støtte i de perioder Havde du spurgt mig i starten have jeg sagt nej, nu er situationen en anden 14 ulidelige dage hvor man kropsligt mærker alt	Oplevelse af forløbet Kommunikation med klinikken Krop og psyke Håbløshed Vigtigt at holde håbet i live	Tema 3: Rutsjebaneturen Undertema: - Sprøjter og tudeture - Et uklart forløb

Bilag 7: Søgeprotokol

1.1 Baggrund og problemstilling

Hvilken betydning har fertilitetsbehandling for borgerens psykiske velbefindende og hvordan kan kvaliteten af den offentlige fertilitetsbehandling øges med henblik på at fremme borgernes psykiske velbefindende i behandlingsforløbet?

Forskningsspørgsmål:

1. Hvilke psykiske udfordringer og behov oplever borgere, der gennemgår fertilitetsbehandling?
2. Hvornår i behandlingsforløbet oplever borgere med fertilitetsudfordringer at den psykiske belastning er mest fremtrædende?
3. Hvilke aktiviteter kan fremme borgers psykiske velbefindende i forbindelse med fertilitetsbehandling?

1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Til at sikre at al relevant og ikke-relevant forskningslitteratur blev identificeret og frasortet, blev der opstillet følgende in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier, hvori målgruppen enten er heteroseksuelle par, lesbiske par eller enlige kvinder før, under og/eller efter fertilitetsbehandling	Pilotstudier og feasibility-studier
Studier der undersøger betydning og effekt af psykosociale interventioner på psykisk velbefindende	Studier omhandlende interventioner målrettet psykiatriske lidelser, fx skizofreni, OCD eller ADHD
Peer-reviewed studier	Studier med fatale udfald, såsom fosterdød eller gentagne aborter
Studier på dansk, svensk, norsk og engelsk	Studier der undersøger specifikke sygdommes indvirkning på fertiliteten, fx. kræft eller polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

	Studier, hvor den kulturelle og samfundsmæssige kontekst ikke er sammenlignelig med Danmark
--	---

1.3 Søgedatabaser

Den systematiske litteratursøgning blev udført i 6 sundhedsvidenskabelige databaser:

ProQuest, PsycInfo, Cinahl, EMBASE, PubMed, Cochrane.

I det følgende beskrives databasernes indhold samt årsagen til at databasen blev udvalgt til at indgå i den systematiske søgning.

1.3.1 ProQuest

Denne database blev valgt, eftersom databasen indeholder forskningslitteratur inden for humanvidenskab, samfundsvidenskab, naturvidenskab og medicin på tværs af multiple perspektiver (1). Endvidere indgår der flere mindre søgedatabaser i ProQuest. Eksempelvis bevirker en søgning i ProQuest også at der sker en samtidig søgning i Sociological Abstracts, der er en database bestående af forskningslitteratur inden for sociologi og samfundsvidenskaber (2).

1.3.2 PsycInfo

Denne database indeholder forskningslitteratur inden for områderne psykologi, pædagogik, sociologi og sundhedsvidenskab (3). Særligt udmærker databasen sig inden for psykologi, hvilket er årsag til at den systematiske litteratursøgning også inkluderede søgning i denne database.

1.3.3 Cinahl

Denne database blev valgt, eftersom den indeholder forskningslitteratur inden for bl.a. sundhedsvidenskab og sygepleje (4). Endvidere indeholder databasen litteratur omhandlende klinisk praksis og kliniske interventioner (4). Dermed blev det vurderet, at det var relevant at foretage en søgning i denne database for at sikre, at nuværende viden om organiseringen af

praksis inden for fertilitetsområdet samt nuværende kliniske interventioner, blev identificeret.

1.3.4 EMBASE

EMBASE indeholder forskningslitteratur inden for det medicinske og biomedicinske felt (5) og eftersom infertilitet defineres som en sygdom, blev det vurderet relevant at foretage den systematiske søgning i denne database.

1.3.5 PubMed

Denne database blev valgt, eftersom den indeholder forskningslitteratur inden for sundhedsområdet, herunder primært det biomedicinske felt (6). Eftersom infertilitet defineres som en sygdom, blev det vurderet relevant at foretage den systematiske søgning i denne database.

1.3.6 Cochrane Library

Databasen består af flere forskellige databaser, der indeholder forskningslitteratur af høj kvalitet, der kan anvendes til at informere beslutningstagningsprocesser inden for sundhedsvæsenet (7). Endvidere er ”The Cochrane Database of Systematic Reviews” (CDSR) ledende inden for systematiske reviews (7). Eftersom systematiske reviews sammen med metaanalyser rangerer højtest i evidenshierakiet for videnskabelige studier, blev det vurderet relevant at foretage en søgning i denne database for at afsøge eksisterende reviews omhandlende effekten af psykosociale interventioner på borgere med fertilitetsudfordringers psykiske velbefindende.

1.4 Søgestrategi og resultater for hver enkelt informationskilde

Den systematiske søgning er struktureret ud fra forskningsspørgsmål 3 i problemformuleringen. Der blev foretaget en blok-søgning med 3 blokke, hvor fertilitetsbehandling fra forskningsspørgsmål 3 i blok 1 er omformuleret til ”infertilitet”, idet

det i litteraturen kan være problematisk at skelne mellem infertilitet og fertilitetsbehandling. Blok 2 omhandler psykisk velbefindende, mens aktiviteter i blok 3 er oversat til “intervention”.

For at sikre systematik på tværs af søgningen i de forskellige databaser, blev der udarbejdet en søgestreng for fritekstsøgningerne for hver af de tre blokke, som blev anvendt på tværs af alle databaserne. Endvidere blev der i fritekstsøgningen foretaget søgninger på *Title* og *Abstract* i alle databaser, bortset fra Cochrane Library. Dette valg blev truffet på baggrund af initierende søgninger i databaserne, hvor de endelige søgeresultater på tværs af alle tre blokke gav for mange søgeresultater. Eksempelvis gav søgningen i PsycInfo et endeligt søgeresultat på 39.549 hits, når fritekst-søgningen i alle tre blokke blev foretaget i “*All fields*”, hvorimod det endelige søgeresultat var på 227 hits, når fritekst-søgningen blev foretaget i *Title* og *Abstract*. Årsagen til at der i Cochrane Library ikke blev foretaget søgninger i *Title* og *Abstract* skyldes, at der i de initierende søgninger i databasen fremkom få hits.

Af nedenstående tabeller fremgår de systematiske søgninger for hver database. Inden for hver blok er søgetermerne kombineret med den boolske operator ”OR” for at udvide søgningen, mens søgningen på tværs af de tre blokke er kombineret med den boolske operator ”AND” for at indsnævre søgningen og sikre, at søgeblokkene fra alle tre blokke indgik i det endelige søgeresultat.

1.4.1 ProQuest

BLOK 1 Infertilitet	BLOK 2 Psykisk velbefindende	BLOK 3 Intervention
Thesaurus: Infertility OR Artificial insemination OR In vitro fertilization	Thesaurus: Personal health	Thesaurus: Mental health care OR Prevention programs

Hits: 61.051	Hits: 29.336	Hits: 81.911
Fritekst: infertility OR subfertility OR "assisted reproductive technology*" OR "assisted reproduction" OR "medical assisted reproduction" OR "medically assisted reproduction" OR MAR OR "fertility treatment" OR "in vitro fertilization" OR "in-vitro fertilization" OR IVF OR ICSI OR "assisted conception" OR "artificial insemination" OR IUI OR "infertility therapy"	Fritekst: "reproductive health" OR "psychological well-being" OR "psychological well being" OR "psychological distress" OR "mental health" OR "mental well- being" OR "mental well being" OR "emotional adjustment" OR resilience OR "psychological adjustment" OR "infertility stress" OR "infertility- related stress" OR "fertility problem stress" OR "psychosocial health"	Fritekst: "psychosocial service*" OR "psychosocial intervention" OR "psychological therapy" OR "psychological intervention" OR psychotherapy OR "psychosocial therapy" OR "infertility counselling" OR "infertility counseling" OR "psycho-educational intervention" OR "therapy group*" OR "cognitive therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR "behavioral therapy" OR "quality improvement"
Hits: 907.208	Hits: 759.969	Hits: 222.382
Total: 938.520	Total: 786.428	Total: 301.477

Endeligt søgeresultat ved kombination af alle tre blokke med AND: 149 hits

Personal health er valgt som thesaurus-term i BLOK 2, da den i ProQuest defineres som: "Health issues involving the individual" (8). Endvidere er *Prevention programs* er valgt som thesaurus-term i BLOK 3, da den i ProQuest defineres som: "Any program designed to teach others how to prevent undesirable behavior or events" (8) og eftersom negativ påvirkning af det psykiske velbefindende kan forstås som en uønsket hændelse, blev denne thesaurus-term valgt.

Søgningen i ProQuest blev foretaget d. 3.april 2020

1.4.2 PsycInfo

[illegible]

Total: 6682	Total: 258.150	Total: 128.276
--------------------	-----------------------	-----------------------

Endeligt søgeresultat ved kombination af alle tre blokke med AND: 58 hits

I blok 3 blev der søgt på mere snævre thesaurus-termer i BLOK 3 ifht ”counseling”, såsom ”psychotherapeutic counseling” og ”group counseling”, eftersom ”counselling” som thesaurus-term gav for meget støj i form af for mange irrelevante søgeresultater.

Life coaching blev endvidere valgt som thesaurus-term i blok 3, eftersom den i PsycInfo blev defineret som: “Form of teaching and encouragement (one-to-one or coach-to-group) based on counseling principles of sensitivity to needs and personality differences” (9).

Søgningen i PsycInfo blev foretaget d. 3.april 2020

1.4.3 Cinahl

BLOK 1 Infertilitet	BLOK 2 Psykisk velbefindende	BLOK 3 Intervention
Thesaurus: Infertility OR Fertilization in vitro OR Insemination, artificial	Thesaurus: Psychological well-being OR Psychology, social	Thesaurus: Quality improvement OR Support Groups OR Couples counseling OR Sexual counseling OR Support, psychosocial

Hits: 16.521	Hits: 29.218	Hits: 151.638
Fritekst: infertility OR subfertility OR "assisted reproductive technology*" OR "assisted reproduction" OR "medical assisted reproduction" OR "medically assisted reproduction" OR MAR OR "fertility treatment" OR "in vitro fertilization" OR "in-vitro fertilization" OR IVF OR ICSI OR "assisted conception" OR "artificial insemination" OR IUI OR "infertility therapy"	Fritekst: "reproductive health" OR "psychological well-being" OR "psychological well being" OR "psychological distress" OR "mental health" OR "mental well- being" OR "mental well being" OR "emotional adjustment" OR resilience OR "psychological adjustment" OR "infertility stress" OR "infertility- related stress" OR "fertility problem stress" OR "psychosocial health"	Fritekst: "psychosocial service*" OR "psychosocial intervention" OR "psychological therapy" OR "psychological intervention" OR psychotherapy OR "psychosocial therapy" OR "infertility counselling" OR "infertility counseling" OR "psycho-educational intervention" OR "therapy group*" OR "cognitive therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR "behavioral therapy" OR "quality improvement"
Hits: 21.760	Hits: 146.001	Hits: 48.329
Total: 28.577	Total: 168.239	Total: 186.285

Endeligt søgeresultat ved kombination af alle tre blokke med AND: 94 hits

I blok 3 blev "counseling" som overordnet thesaurus-term afsøgt, men eftersom denne var for bred og inkluderede irrelevante thesaurus-termer, blev der udvalgt mere specifikke thesaurus-termer, såsom "couples counseling" og "sexual counseling". Endvidere indgår "quality improvement" som thesaurus-term i blok 3, eftersom definitionen herpå er: "The identification, implementation, and evaluation of systematic changes to improve the process and outcome of services. Changes are based on customer input as well as performance standards" (4).

Søgningen i Cinahl blev foretaget d. 3.april 2020

1.4.4 EMBASE

BLOK 1 Infertilitet	BLOK 2 Psykisk velbefindende	BLOK 3 Intervention
Thesaurus: Infertility (Exploded) OR Artificial insemination (Exploded) OR In vitro fertilization Hits: 155.999	Thesaurus: Mental health (Exploded) OR Psychological resilience (Exploded) Hits: 158.601	Thesaurus: Mental health service OR Sexual counseling (Exploded) OR Patient guidance (Exploded) OR Patient counseling (Exploded) OR "Couple therapy" (Exploded) OR Support group (Exploded) Hits: 88.287
Fritekst: infertility OR subfertility OR "assisted reproductive technology*" OR "assisted reproduction" OR "medical assisted reproduction" OR "medically assisted reproduction" OR MAR OR "fertility treatment" OR "in vitro fertilization" OR "in-vitro fertilization" OR IVF OR ICSI OR "assisted conception" OR "artificial insemination" OR IUI OR "infertility therapy"	Fritekst: "reproductive health" OR "psychological well-being" OR "psychological well being" OR "psychological distress" OR "mental health" OR "mental well-being" OR "mental well being" OR "emotional adjustment" OR resilience OR "psychological adjustment" OR "infertility stress" OR "infertility-related stress" OR "fertility problem"	Fritekst: "psychosocial service*" OR "psychosocial intervention" OR "psychological therapy" OR "psychological intervention" OR psychotherapy OR "psychosocial therapy" OR "infertility counselling" OR "infertility counseling" OR "psycho-educational intervention" OR "therapy group*" OR "cognitive therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR "behavioral therapy" OR "quality improvement"

Hits: 146.041	stress" OR "psychosocial health" Hits: 251.106	Hits: 137.586
Total: 215.171	Total: 321.259	Total: 223.099

Endeligt søgeresultat ved kombination af alle tre blokke med AND: 246 hits

Af søgeresultaterne fremgår det, at der er nogle thesaurus-termer, som er "exploded", hvilket vil sige at underliggende relevante thesaurus-termer er inkluderet i søgningen af thesaurus-terminen. Få af thesaurus-terminerne i EMBASE blev ikke "exploded", enten fordi det blev vurderet, at de underliggende thesaurus-termer ville skabe for meget støj i søgeresultaterne eller fordi thesaurus-terminen i forvejen var så specifik at der ikke var nogle underliggende termer dertil. Såfremt thesaurus-terminen ikke er angivet som exploded, er det i stedet for afsøgt som "major focus".

I blok 2 indgår thesaurus-terminen "psychological resilience". Denne blev valgt som thesaurus for psykisk velbefindende, eftersom det i EMBASE defineres som: "the ability to mentally or emotionally cope with a crisis or to return to pre-crisis status quickly. Resilience exists when the person uses "mental processes and behaviors in promoting personal assets and protecting self from the potential negative effects of stressors" (10). I definitionen er der således lagt vægt på at det handler om en persons psykiske håndtering af en krise. Endvidere var "counseling" som thesaurus-term i blok 3 for bredt og derfor blev der afsøgt mere snævre thesaurus-termer i denne blok, såsom "sexual counseling" og "patient counseling".

Søgningen i EMBASE blev foretaget d. 3.april 2020

1.4.5 PubMed

BLOK 1 Infertilitet	BLOK 2 Psykisk velbefindende	BLOK 3 Intervention
Thesaurus: Infertility OR Fertilization in vitro OR Reproductive techniques, assisted Hits: 117.452	Thesaurus: Mental health OR Resilience, psychological Hits: 41.960	Thesaurus: Counseling OR Psychosocial support systems Hits: 43.786
Fritekst: infertility OR subfertility OR "assisted reproductive technology*" OR "assisted reproduction" OR "medical assisted reproduction" OR "medically assisted reproduction" OR MAR OR "fertility treatment" OR "in vitro fertilization" OR "in-vitro fertilization" OR IVF OR ICSI OR "assisted conception" OR "artificial insemination" OR IUI OR "infertility therapy" Hits: 101.286	Fritekst: "reproductive health" OR "psychological well-being" OR "psychological well being" OR "psychological distress" OR "mental health" OR "mental well-being" OR "mental well being" OR "emotional adjustment" OR resilience OR "psychological adjustment" OR "infertility stress" OR "infertility-related stress" OR "fertility problem stress" OR "psychosocial health" Hits: 207.604	Fritekst: "psychosocial service*" OR "psychosocial intervention" OR "psychological therapy" OR "psychological intervention" OR psychotherapy OR "psychosocial therapy" OR "infertility counselling" OR "infertility counseling" OR "psycho-educational intervention" OR "therapy group*" OR "cognitive therapy" OR "cognitive behavioral therapy" OR "behavioral therapy" OR "quality improvement" Hits: 97.215
Total: 157.745	Total: 221.381	Total: 139.657

Endeligt søgeresultat ved kombination af alle tre blokke med AND: 125 hits

I blok 1 blev det thesaurus-terminen ”reproductive techniques, assisted” valgt, eftersom det er et overbegreb, der omfatter kunstig inseminering, herunder de to insemineringsmetoder, inseminering med partners sæd (IUI-H) og inseminering med donorsæd (IUI-D). I blok 3 blev ”psychosocial support systems” valgt som thesaurus-term, idet den defineres som: ”Organized efforts to address ongoing psychological and social problems of individuals, their partners, families and caregivers” (6) og dermed kan omfatte interventioner, der har fokus på at forbedre psykiske og sociale problemer, hvilket er relevant for specialets problemstilling.

Søgningen i PubMed blev foretaget d. 3.april 2020

1.4.6 Cochrane Library

BLOK 1 Infertilitet	BLOK 2 Psykisk velbefindende	BLOK 3 Intervention
Thesaurus: Infertility (Exploded) OR Reproductive Techniques, Assisted (Exploded) Hits: 5.209	Thesaurus: Emotional adjustment (Exploded) OR Mental health (Exploded) OR Resilience, psychological (Exploded) Hits: 1.625	Thesaurus: Counseling (Exploded) OR Couples therapy (Exploded) OR Self-help groups (Unexploded) Hits: 6034

Referenceliste

1. ProQuest. ProQuest - Who we are [Internet]. [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.proquest.com/about/who-we-are.html>
2. ProQuest. ProQuest - Sociological Abstracts [Internet]. [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.proquest.com/products-services/data-services/socioabs-set-c.html>
3. American Psychological association. PsycInfo A world-class resource for abstracts and citations of behavioral and social science research [Internet]. 2020 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/>
4. EBSCO Health. CINAHL Database [Internet]. 2020 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>
5. Elsevier. Embase [Internet]. 2020 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>
6. US National Library of Medicine. PubMed Overview [Internet]. [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
7. Cochrane. Cochrane [Internet]. [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.cochrane.org/about-us>
8. ProQuest. ProQuest [Internet]. [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.proquest.com/>
9. American Sociological Association. APA PsycNet [Internet]. 2020 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://psycnet-apa-org.zorac.aub.aau.dk/search/advanced>
10. Embase. Browse emtree [Internet]. 2020 [henvist 26. maj 2020]. Tilgængelig hos: <https://www-embase-com.zorac.aub.aau.dk/#emtreeSearch/search/67005::psychological%20resilience>