

Forandring af strategier til forbedring af mental sundhed hos
ufrivillig barnløse kvinder – I et kritisk hermeneutisk perspektiv



Titelblad

Forandring af strategier til forbedring af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder – I et kritisk
hermeneutisk perspektiv

Anne Aarø Rasmussen, Christina Hagelund Berthelsen og Joan Kramer Jensen

Gruppe nummer: 10311

Vejleder: Kirsten Schultz Petersen

10. Semester, Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Antal anslag inkl. mellemrum: 271.376

Resumé

Titel: Forandring af strategier til forbedring af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder – I et kritisk hermeneutisk perspektiv.

Baggrund: Ufrivillig barnløshed er et globalt problem, som forstås og håndteres forskelligt verden over. Ufrivillig barnløshed, kan medføre eksistentiel krise og har negativ indvirkning på den mentale sundhed, eksempelvis i form af angst, depression og stress og rammer kvinder hårdere end mænd. Desuden kan ufrivillig barnløshed medføre negative sociale konsekvenser i form af stigmatisering og social isolation. Forebyggende og sundhedsfremmende strategier til håndtering af mental sundhed blandt ufrivillig barnløse i Danmark er begrænsede eller ikke eksisterende, og desuden eksisterer kun begrænset viden om ufrivillig barnløse kvinders oplevelser og erfaringer i forhold til deres mentale sundhed.

Formål: Specialets formål er at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af nuværende sundhedsfremmende og forebyggende strategier til kommuner og regioner blandt ufrivillig barnløse kvinder.

Metode: Specialet positionerer sig inden for kritisk hermeneutik, hvor der udføres en kvalitativ interviewundersøgelse med henblik på at opnå viden om ufrivillig barnløses kvinders oplevelser og erfaringer i forhold til deres mentale sundhed. Empirien analyseres ud fra Birthe. D Pedersen og Pia Dreyers analysestrategi, inspireret af Paul Ricoeurs kritiske fortolkningsteori (2018). Desuden udarbejdes et litteraturstudie med henblik på at afdække eksisterende strategier i forhold til at fremme mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder, eller forebygge forværring heraf.

Resultater: Af den kritiske fortolkning fremgår, at ufrivillig barnløse kvinder har behov for anerkendelse i parforholdet, på arbejdspladsen og i mødet med sundhedsprofessionelle, således kvindernes mentale sundhedsproblematikker håndteres. Af litteraturstudiet fremgår, at gruppeinterventioner og parterapi er effektivt til at fremme ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

Konklusion: Ufrivillig barnløse kvinder har behov for erfaringsudveksling med ligesindede og parterapi, da dette forbedrer deres mentale sundhed. Endvidere er der behov for, at sundhedsprofessionelle anerkender ufrivillig barnløse kvinders mentale problematikker, samt at der tages hensyn til utilsigtede konsekvenser af beslutningsforslagene.

Abstract

Title: Changing strategies towards improving mental health among involuntary childless women - in a critical hermeneutic perspective.

Background: Involuntary childlessness is a global issue which is understood and handled differently across the world. Involuntary childlessness can lead to existential crises and have a negative impact on the mental health such as anxiety, depression and stress which has greater impact on women than men. Further involuntary childlessness can lead to negative social consequences such as stigmatization and social isolation. In Denmark strategies to promote mental health among involuntary childless women are limited or non-existing. Further the knowledge about involuntary childless women's experiences regarding their mental health are limited.

Aim: The purpose of this thesis is to contribute with a decision basis to change the current health-promoting and preventive strategies to municipalities and regions regarding involuntary childless women.

Method: The thesis is positioned within critical hermeneutics where a qualitative interview study is conducted to gain knowledge about women who are involuntary childless and their experiences regarding their mental health. The data is analyzed based on the analysis strategy from Birthe. D Pedersen and Pia Dreyers, inspired by Paul Ricoeurs Critical Interpretation Theory (2018). Further a literature review is conducted to cover the current strategies to increase the mental health with involuntary childless women or to prevent deterioration thereof.

Results: From the critical interpretation it appears that women who are involuntary childless have a need for recognition in their relationship, workplace and when they meet healthcare professionals, thus the women's mental health issues are addressed. The findings from the literature review indicates that group interventions and couples' therapy is an effective way to increase the mental health of involuntary childless women.

Conclusion: Women who are involuntary childless have a need to share their experiences with others who are alike and through couples' therapy since this increases their mental health. Further there is a need for healthcare professionals to recognize the mental issues with involuntary childless women and take unintended consequences into account from the decision basis.

Forord

Dette speciale er udarbejdet på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet i perioden februar 2020 til juni 2020 af Anne Aarø Rasmussen, Christina Hagelund Berthelsen og Joan Kramer Jensen.

Størstedelen af specialet er udarbejdet under lockdown ved COVID-19, hvilket har givet anledning til flere udfordringer samt bekymringer, hvorfor hjælp og opmuntring under specialet har betydet uendelig meget for os.

Først skal lyde en stor tak til vores vejleder Kirsten Schultz Petersen, som har bidraget med konstruktiv og udfordrende vejledning, der satte mange refleksioner i gang og fik os til at forstå problemet ud fra flere synsvinkler. Trods vejledningen hovedsageligt foregik som videomøder, oplevede gruppen alligevel at få meget læring ud af samarbejdet.

Ydermere rettes en stor tak til de informanter som har medvirket til at give indblik i oplevelsen af at være ufrivillig barnløs samt til den midtjyske fertilitetsklinik som bidrog med indføring i problemfeltet.

Desuden vil vi rette en tak til universitetsbibliotekar Jette Thise Pedersen, der har vejledt os i udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning.

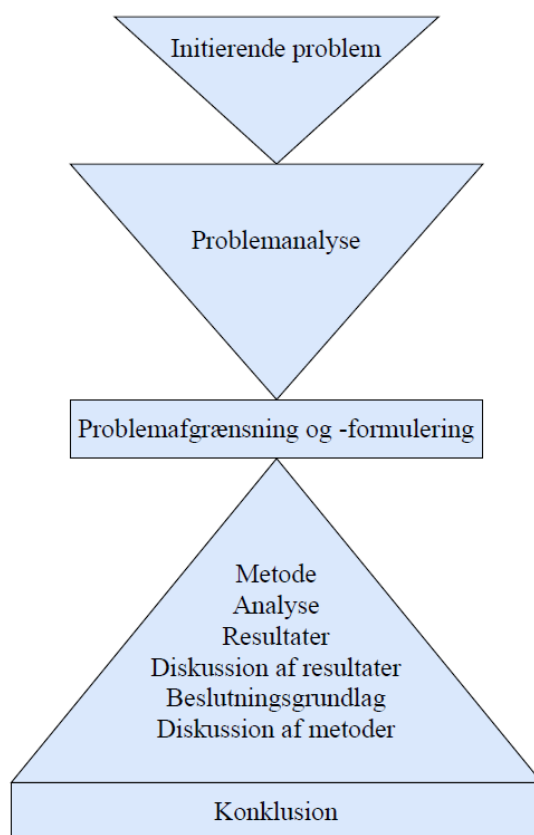
Afslutningsvis vil vi takke vores familier og særligt kærester, der har udvist stor tålmodighed samt givet støtte og plads til specialeskrivningen, ved blandt andet selv at arbejde i soveværelser og køleskabe, i en presset tid.

Rigtig god læselyst

Anne, Christina og Joan

Læsevejledning til specialet

Specialet er udarbejdet med baggrund i Aalborg-modellen og principperne omkring problembaseret læring, idet Aalborg Universitet anvender disse som læringsmodel (1,2). Formålet med problembaseret læring er at studerende udvikler kompetencer til blandt andet problemløsning, analyse, kommunikation samt håndtering af kompleks viden (1). Desuden anvendes Aalborg-modellen, se figur 1, med henblik på at skabe sammenhæng mellem uddannelse og arbejdsmarked (1,2). Således er specialet disponeret med udgangspunkt i Aalborg-modellen, hvor der indledningsvist beskrives et initierende problem, som herefter analyseres og problematiseres i en problemanalyse. Problemanalysen afgrænses hvorefter der opstilles en problemformulering samt underliggende forskningsspørgsmål. Problemformuleringen styrer problembearbejdningen, der indeholder beskrivelse af anvendte metoder samt begrundelse herfor, analyse og præsentation af resultater samt diskussion af både anvendte metoder og resultater. På baggrund af problembearbejdningen fremsættes forslag til forandring i form af et beslutningsgrundlag og specialet afsluttes herefter med en konklusion.



Figur 1: Illustration af specialets disposition ud fra Aalborg-modellen

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse.....	3
2.1 Udbredelse af infertilitet i et globalt og nationalt perspektiv	3
2.1.1 Infertilitet i et globalt perspektiv	3
2.1.2 Infertilitet i et nationalt perspektiv	4
2.1.3 National behandling af ufrivillig barnløshed.....	5
2.2 Forskellige forståelser af infertilitet og sundhedssyn herpå	5
2.2.1 Divergerende forståelser af og begreber om infertilitet.....	5
2.2.2 Ufrivillig barnløshed ud fra Wackerhausens sundhedssyn.....	6
2.2.3 Ufrivillig barnløshed i Kleinmans pluralistiske sundhedssystem.....	7
2.2.4 Ufrivillig barnløshed forstået som en kronisk- og folkesygdom	8
2.3 Ufrivillig barnløshed i det senmoderne samfund.....	9
2.4 Determinanter for og konsekvenser af ufrivillig barnløshed	10
2.4.1 Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead	10
2.4.2 Det biologiske niveau	11
2.4.3 Det individuelle niveau.....	12
2.4.4 Det sociale niveau.....	15
2.4.5 Leve- og arbejdsvilkår niveau	17
2.4.6 Det socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige niveau	20
2.5 Forandringspotentiale	23
3. Problemformulering	25
3.1 Forsknings spørgsmål	25
4. Metode.....	26
4.1 Specialets formål og design.....	26
4.2 Sammenhæng mellem projektets metodeelementer	27
4.3 Kritisk hermeneutik som videnskabsteoretisk position	29
4.3.1 Ricoeurs kritiske hermeneutik mellem to videnskabsteoretiske positioner	29
4.3.2 Fortælling og tekst.....	30
4.3.3 Ricoeurs forståelse og forklaring i fortolkningen af tekst	30
4.3.4 Ricoeurs trefoldige mimesis	31
4.4 Litteraturstudie	31
4.4.1 Indledende søgning.....	31
4.4.2 Søgeprotokol for litteraturstudiet.....	32
4.4.3 Valg af databaser	33

4.4.4 Udvælgelse af studier	34
4.4.5 Kritisk vurdering af inkluderede studier	37
4.5 Kvalitativ interviewundersøgelse	37
4.5.1 Interview som metode	37
4.5.2 Telefon- og videointerview	38
4.5.3 Udvælgelse af informanter	39
4.5.4 Interviewguide	41
4.5.5 Gennemførelse af videointerviews	42
4.5.6 Transskription og transskriptionskonventioner	43
4.5.7 Datahåndtering.....	44
4.6 Analysestrategi	44
4.6.1 Trin 1: Naiv læsning	45
4.6.2 Trin 2: Strukturanalyse	46
4.6.3 Trin 3: Kritisk fortolkning	47
5. Analyse af resultater fra litteraturstudiet	50
5.1 Interventioner der hjælper med at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed	55
5.1.1 Typer af interventioner	55
5.1.2 Diversitet i typer af interventioner og effektmål	56
5.1.3 Interventionernes karakteristika	57
5.2 Information vedrørende samt deltagelse i mentale sundhedstilbud.....	58
5.3 Opsummering af resultater fra inkluderede studier	60
6. Analyse af interviewundersøgelsen	61
6.1 Beskrivelse af informanterne.....	61
6.2 Resultater af naiv læsning	62
6.3 Resultater af strukturanalysen	62
6.3.1 Den vanvittige øv-følelse ved at være ufrivillig barnløs	64
6.3.2 Parforholdets betydning.....	67
6.3.3 Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen	69
6.3.4 Det er svært både at passe på mig selv og mit arbejde	70
6.3.5 Erfaringsudveksling med ligesindede.....	72
6.3.5 Erfaringsudveksling med ligesindede.....	73
6.3.6 Mødet med sundhedssystemet er svært	75
6.4 Kritisk fortolkning med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori	78
6.4.1 Den private sfære.....	78
6.4.2 Den solidariske sfære.....	81
6.4.3 Den retslige sfære	82

6.4.4 Kvindernes oplevelse af manglende anerkendelse i de tre sfærer skader kvindernes selvbillede og forhindrer et godt liv.....	83
7. Diskussion af resultater	85
7.1 Erfaringsudveksling med ligesindede opfylder behovet for anerkendelse	85
7.2 Anerkendelse i mødet med sundhedssystemet	87
7.3 Parterapi som intervention til at opnå anerkendelse i parforholdet	88
7.4 Anerkendelsens rolle i ufrivillig barnløse kvinders arbejdsliv	90
8. Forandring af strategier i forhold til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed	92
8.1 Forslag til forandring	92
8.1.1 Det individuelle niveau.....	93
8.1.2 Det sociale niveau.....	93
8.1.3 Leve- og arbejdsvilkår niveau	94
8.2 Udmøntning af forandringsforslag	95
8.2.1 Udmøntning af forandringsforslag med anvendelse af Kotters ottetrins-model.....	96
8.2.2 Utilsigtede konsekvenser ved forandringsforslag til fremme af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinders.....	100
8.3 Beslutningsgrundlag til forandring af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.....	102
9. Metodediskussion	107
9.1 Kohærens og konsistens	107
9.1.1 Diskussion af specialets konsistens og kohærens	107
9.2 Transparens.....	108
9.2.1 Diskussion af specialets transparens.....	108
9.3 Bekræftbarhed	109
9.3.1 Diskussion af specialets bekræftbarhed.....	109
9.4 Overførbarhed.....	110
9.4.1 Diskussion af specialets overførbarhed	110
9.5 Diskussion af etiske overvejelser	111
10. Konklusion	112
11. References	113

1. Initierende problem

Ifølge Vidensråd for Forebyggelse har de fleste individer et ønske om at blive forældre (3). Dog bliver hver femte mand og hver syvende kvinde aldrig forældre (4). Det vurderes desuden, at mere end 80 mio. personer på verdensplan, har problemer med ufrivillig barnløshed i en eller anden grad (5–7). Dog er den overordnede prævalens af infertilitet, ifølge World Health Organization (WHO), underestimeret, og infertilitet er et stigende globalt problem (8). Andelen af ufrivillig barnløse i Danmark estimeres af danske sundhedsmyndigheder, landsorganisationer samt forskere inden for infertilitet til at være mellem 12-28% (9–14). Ufrivillig barnløshed betragtes af Vidensråd for Forebyggelse som den hyppigste kroniske sygdom for aldersgruppen 25-45 år, sammenlignet med sygdomme som diabetes, kræft, astma, hjerte-kar-sygdomme samt psykiske sygdomme (3).

Årsager til, samt konsekvenser af, infertilitet forekommer på både samfunds-, socialt og individuelt niveau. Årsagerne til infertilitet omhandler blandt andet miljømæssige faktorer som brug af hormonforstyrrende stoffer i eksempelvis fødevarer (15). Årsager på det individuelle plan omhandler blandt andet problemer med ægløsning, nedsat sædcelleproduktion samt hormonelle tilstande (3,16–18). Samfundsmæssige konsekvenser ved infertilitet omhandler blandt andet nedgang i fødselsraterne, hvilket påvirker forsørgerbrøken (3,19–21), hvor sociale konsekvenser blandt andet omhandler stigmatisering og social isolation (22,23), hvilket kan føre til nedsat livskvalitet (24). For individet kan konsekvenserne ved infertilitet være mentale sundhedsproblemer som eksempelvis stress (25), hvilket kan medføre forandringer i hormonproduktionen og dermed yderligere påvirke både mænd (3,26) og kvinders fertilitet (26). Desuden beskrives oplevelsen af infertilitet som en eksistentiel krise (27,28), der følelsesmæssigt er sammenlignelig med oplevelsen af et traume (27), og de individer der oplever dette berøres mentalt i mange år fremadrettet (10), hvorfor ufrivillig barnløshed kan true individers mentale sundhed.

Vidensråd for Forebyggelse efterspørger i rapporten fra 2016 "*Forebyggelse af nedsat frugtbarhed*" øget politisk opmærksomhed i forhold til infertilitet (3), hvilket understøttes af professor i klinisk embryologi og klinikchef på fertilitetsklinikken ved Rigshospitalet Søren Ziebe, i forhold til at der mangler sundhedsfagligt og politisk fokus i forhold til brede nationale forebyggende indsatser (29). Desuden fremgår det af Lægemiddelstyrelsen, at infertilitet i dansk kontekst udelukkende behandles som et medicinsk problem (9), trods både mentale og sociale konsekvenser for individet.

Infertilitet er således et stigende problem, der desuden medfører samfundsmæssige, sociale og individuelle konsekvenser, som kommer til udtryk ved eksempelvis nedsat mental sundhed og eksistentiel livskrise, hvilket medfører yderligere forværring i den mentale sundhed. På trods af dette, er der ikke tilstrækkelig social- samt sundhedspolitisk opmærksomhed på infertilitet samt følgerne heraf. Forebyggelse af de mentale konsekvenser samt håndteringen af infertilitet omfatter på nuværende tidspunkt hverken sociale eller mentale konsekvenser for individet. Der ses derfor en folkesundhedsmæssig problemstilling i den måde hvorpå de mentale konsekvenser af infertilitet forebygges, og dermed et potentiale for forandring heraf, så de infertile individers mentale sundhed ikke forværres.

2. Problemanalyse

I følgende afsnit sammenholdes udbredelse, behandling samt divergerende forståelser af ufrivillig barnløshed ud fra forskellige teoretiske perspektiver, herunder Wackerhausens beskrivelse af forskellige sundhedssyn og Kleinmans *pluralistiske sundhedssystem*. Desuden analyseres individets selvidentitet i det senmoderne samfund ud fra Giddens begreber herom. Ydermere vurderes og struktureres forskellige determinanter og konsekvenser i relation til ufrivillig barnløshed ud fra Dahlgren og Whiteheads udlægning af en socioøkologisk model, med henblik på at identificere og problematisere nuværende strategier, til håndtering af den mentale sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder.

2.1 Udbredelse af infertilitet i et globalt og nationalt perspektiv

I afsnittet problematiseres forskellige forståelser af infertilitet, som kan give anledning til diskrepans mellem oplevede problematikker og strategier på området. Afsnittet problematiserer desuden det ekspertorienterede syn, der fortsat afspejler et biomedicinsk syn på infertilitet, hvor de nuancer og den bredde af fænomenet som ufrivillig barnløse oplever overses.

2.1.1 Infertilitet i et globalt perspektiv

World Health Organization (WHO) beskriver, at den globale prævalens af infertilitet er svær at fastsætte, da infertilitet kan skyldes både årsager hos kvinden og manden (30), eksempelvis nedsat passage i æggelederne eller nedsat sædkvalitet (3,16). Idet infertilitet kan relateres til både kvinden og manden, er det svært at estimere den globale prævalens, da der oftest måles i forhold opnået graviditet eller ej samt levende fødsel. På trods af, at WHO har udarbejdet en guideline i forhold til, hvordan nationer skal monitorere prævalensen af infertilitet blandt kvinder, bliver disse data ikke indsamlet rutinemæssigt af nationer, og endvidere fremgår det, at data over prævalens for mænd er ukendt. (30) Ifølge et systematisk review, er de største udfordringer med hensyn til at bestemme et globalt estimat af infertilitet manglen på populationsbaserede undersøgelser samt inkonsistente definitioner (31). Hertil konkluderer et andet systematisk review tilbage i 2011, at der er behov for en fælles definition af infertilitet, for at kunne bestemme globale prævalenser (32). Det tyder dermed på, at den globale prævalens af infertilitet er svær at bestemme, og at der er behov for en konsistent og universel definition af infertilitet, for at kunne opgøre den præcise prævalens globalt. Dette understøttes endvidere af WHO som angiver, at prævalensen af infertilitet er underrepræsenteret (8), hvilket indikerer, at der er skyggetal som ikke indfanges i de opgjorte prævalenser. Endvidere beskriver et amerikansk systematisk review at 56,1% af infertile i gennemsnit søger medicinsk behandling eller hjælp i forbindelse med infertilitet (33). Det tyder derfor på, at der er en stor gruppe

af infertile der ikke opdages, fordi de ikke søger hjælp. Det er uvist om de ufrivillig barnløse, som ikke søger behandling eller hjælp, opgøres i prævalensen, hvorfor der også kan være et skyggetal forbundet hermed.

2.1.2 Infertilitet i et nationalt perspektiv

Ifølge Verdensbankens opgørelser over fertilitetsrater samt Danmarks Statistiks opgørelser, fra det Centrale Personregister om levendefødte og befolkning, ses at antallet af levendefødte pr. kvinde er faldet til 1,70 i 2019 (21), over en knap 60 årig periode, fra 1960 hvor antal levendefødte pr. kvinde var 2,75 (34). Tallene er et udtryk for, at fødselsraten er faldende. Vidensråd for Forebyggelse beskriver i relation hertil, at der ved faldende fertilitet, bør igangsættes undersøgelser til at vurdere, hvad årsagerne kan være, eksempelvis om det skyldes udsættelse af familiedannelse, nedsat ønske om at få børn eller ufrivillig barnløshed (3). Vidensråd for Forebyggelse beretter desuden, at de fleste unge ønsker at blive forældre til mellem to og tre børn (3). Dog bliver hver femte mand aldrig far, mens hver syvende kvinde aldrig bliver mor (4) og hver tiende kvinde får ikke de børn hun ønsker sig (35). Endvidere har kvinderne et stort ønske om at blive forælder og dermed stifte familie, dog vil dette ikke lykkes for alle i det omfang som de ønsker (3,11,14). Hertil viser procentsatser over prævalensen af ufrivillig barnløshed i Danmark et stort spænd, hvor fertilitetsklinikken på Hvidovre hospital og Landsforeningen for Ufrivillig Barnløse (LFUB) beskriver en prævalens på 20% (3,11,14), Sundhedsstyrelsen angiver 12-15% (9), Sundhed.dk 15-20% (13), Det Ethiske Råd 16-26% (12) og professor og forsker i reproduktiv sundhed Lone Schmidt (Schmidt) (2009) 17-28% (10). Ingen af kilderne beskriver, hvordan tallene er opgjort, og den store uenighed omkring procentsatserne antyder vanskeligheder ved en præcis opgørelse, hvormed det er svært at fastslå, hvor mange der er ufrivillig barnløse. Desuden beskriver Vidensråd for forebyggelse, at det i nationale registre ikke er muligt at bestemme, hvor stor en andel der er ufrivillig barnløse (3).

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister er *DN97 kvindelig infertilitet* den overordnede diagnosekode for infertilitet uanset køn (36), og målt ved punktprævalens er 10-15% af de 25-44-årige infertile, og dermed overgår prævalensen af infertilitet i denne aldersgruppe både sygdomme som eksempelvis kræft, diabetes, astma, hjertekarsygdomme samt psykiske sygdomme (3). Det antages at infertilitet overgår de nævnte sygdomme som prævalens for aldersgruppen, idet disse først fremkommer senere i livet (37–40), eksempelvis hjertekarsygdomme der oftest først rammer midaldrende og ældre personer (37). Derfor bør prævalensen for infertilitet ses i relation til, at de sygdomme som den sammenlignes med, oftest forekommer senere i livet.

2.1.3 National behandling af ufrivillig barnløshed

Håndtering af infertilitet i Danmark består hovedsageligt af medicinsk behandling, som kan opdeles i fire kategorier; insemination med partners sæd, insemination med donorsæd, reagensglasbehandling samt mikroinsemination. (9) En forudsætning for at få medicinsk assisteret behandling er, at individet følger anbefalinger for sund livsstil, herunder stoppe med at ryge, følge anbefalinger for kost, alkoholindtag samt motion, med henblik på at øge sandsynligheden for at opnå graviditet (3). Hertil skal individet have forsøgt at opnå graviditet i 12 måneder uden succes (13). Dog viser flere studier, at ufrivillig barnløse, som får medicinsk assisteret behandling, oplever psykosociale problematikker i forbindelse med denne (41–43), og mange efterspørger hjælp til at håndtere disse psykosociale problemer (41). Det kan således synes, at der er et overset behov i den danske håndtering af ufrivillig barnløshed.

2.2 Forskellige forståelser af infertilitet og sundhedssyn herpå

I følgende afsnit sammenholdes forskellige forståelser af infertilitet i national og international kontekst ud fra Wackerhausens begreber om forskellige sundhedssyn, hvilket suppleres af Kleinmans *pluralistiske sundhedssystem*, hvor det fremhæves, at det fundamentalistiske sundhedssyn er dominerende i den professionelle sektor, mens det relativistiske sundhedssyn dominerer i den folkelige sektor. Endelig belyses et behov for forskning af lægperspektivet på mental sundhed i forbindelse med infertilitet.

2.2.1 Divergerende forståelser af og begreber om infertilitet

Ifølge en rapport fra WHO, der blandt andet er udarbejdet med henblik på at give beslutningstagere i medlemslande informeret grundlag for politiske valg, bruges begreberne infertilitet, sterilitet samt ufrugtbarhed ofte uden en klar definition og skellen herimellem. Hertil kan der være forskellige definitioner, både på tværs af lande og sprog samt når begreberne anvendes i demografiske sammenhænge i forhold til når de anvendes i medicinske sammenhænge. (19)

Schmidt (2009) fremlægger, infertilitet som manglende evne til at undfange efter mindst 12 måneders ubeskyttet seksuelt samliv (10). Vidensråd for Forebyggelse anvender begrebet nedsat frugtbarhed, og beskriver dette med to dimensioner. Den første dimension, infertilitet, forstås som manglende evne til at blive gravid efter mindst 12 måneders forsøg herpå, og den anden dimension omhandler evnen til at gennemføre en graviditet til fødslen. (3) WHO definerer infertilitet som en sygdom i de reproduktive organer, der resulterer i funktionsnedsættelse, som konstateres efter 12 måneders ubeskyttet seksuelt samliv (44). Endvidere anvender LFUB begrebet ufrivillig barnløs, og definerer

dette som et pars forsøg på at få barn igennem et år uden at opnå graviditet (11). Dermed ses overensstemmelser i forståelsen af de tre begreber: infertilitet, nedsat frugtbarhed og ufrivillig barnløshed, hvor det centrale er manglende graviditet efter 12 måneders forsøg herpå. På trods af de forskellige forståelser af henholdsvis infertilitet, nedsat frugtbarhed og ufrivillig barnløshed vil der i specialet fremadrettet anvendes begrebet ufrivillig barnløshed, idet begrebet rummer både den biomedicinske forståelse af infertilitet som et medicinsk problem samt en bredere og mere nuanceret forståelse.

2.2.2 Ufrivillig barnløshed ud fra Wackerhausens sundhedssyn

De forskellige forståelser fra henholdsvis Schmidt, Vidensråd for Forebyggelse, WHO og LFUB kan anskues ud fra professor i filosofi Steen Wackerhausens (Wackerhausen) (1995) forståelse af et fundamentalistisk sundhedssyn. Det fundamentalistiske sundhedssyn tager afsæt i det naturvidenskabelige paradigme, hvor sundhed og sygdom skal forklares og forstås ud fra et biomedicinsk perspektiv, hvor begge betragtes objektivt og værdifrit og definitioner herpå er absolutte og tidsløse. (45) Trods forskellige forståelser af ufrivillig barnløshed, ses en udpræget sundhedsfundamentalistisk forståelse heraf, hvilket eksempelvis kommer til udtryk i den udelukkende medicinske håndtering af ufrivillig barnløshed (9), på trods af kendskab til psykologiske konsekvenser (41–43). Der er således ud fra Wackerhausen (1995) tale om en biomedicinsk forståelse med et objektivt mål for hvornår et individ vurderes at opleve ufrivillig barnløshed. Det sundhedsfundamentalistiske syn udfordres imidlertid af, hvad der defineres som sundhed eller sygdom i én kultur ikke accepteres i andre, hvorfor sundhed aldrig kan defineres udelukkende som objektivt og værdifrit (45). Dermed kan opfattelsen af ufrivillig barnløshed afhænge af de normer og værdier, der hersker i en given kultur. I moderne vestlig medicin, hvor der er tradition for en sundhedsfundamentalistisk og dermed naturvidenskabelig forståelse af problemer, kan tilstande der rummer en eksistentiel dimension være svære at håndtere inden for denne forståelsesramme (46), hvorfor kompleksiteten af ufrivillig barnløshed kan være svær at rumme i en sundhedsfundamentalistisk forståelse.

Ifølge Frederiksen et al. (2015), kan ufrivillig barnløshed opleves som en livskrise og tilstand, der er forbundet med en følelsesmæssig belastning, svarende til oplevelsen af et traume, dog fremgår det ikke i studiet, hvor mange der oplever dette. (27) Ydermere kan ufrivillig barnløshed føre til tab af livsmål (26,47), hvormed individet mister forestillingen om livet, hvilket kan resultere i en eksistentiel krise (3). Det kan altså synes, at begrebet ufrivillig barnløshed har flere nuancer og

indikerer, at oplevelsen af ufrivillig barnløshed for de berørte individer er mere end en biomedicinsk tilstand, men også omfatter et følelsesmæssigt personligt aspekt. Wackerhausens (1995) forståelse af sundhedsrelativisme omhandler at sundhed og sygdom skal forstås ud fra et kulturelt, historisk og socialt perspektiv, som er individuelt betinget (45). Oplevelsen af ufrivillig barnløshed, som blandt andet kommer til udtryk ved tab af livsmål, kan placeres inden for sundhedsrelativismen, da tab af livsmål kan relateres til et socialt perspektiv der er individuelt betinget.

Det tyder dermed på, at forståelsen af ufrivillig barnløshed i forskning, samt i forskellige organisationer, generelt tager udgangspunkt i en biomedicinsk og dermed sundhedsfundamentalistisk forståelse. Dette på trods af, at ufrivillig barnløse individer kun delvist kan genkende det biomedicinske aspekt, da deres forståelse af ufrivillig barnløshed er bredere og mere nuanceret, hvorfor det lægger sig op ad sundhedsrelativismen. Problematikken omkring forskellige forståelser af ufrivillig barnløshed bør derfor betragtes ud fra et bredere perspektiv end blot det biomedicinske, idet konsekvenserne for individerne i høj grad er følelsesmæssigt betinget. Dette kommer til udtryk ved eksempelvis eksistentielle kriser samt tab af livsmål, hvilket kan tænkes at have konsekvenser for individers mentale sundhed, og dette risikerer, at bliver negligeret i behandlingen af ufrivillig barnløshed som en sygdom.

2.2.3 Ufrivillig barnløshed i Kleinmans pluralistiske sundhedssystem

Problematikken omkring forskellige forståelser af ufrivillig barnløshed understøttes af Greil et al. (2010) som beskriver at sundhedsprofessionelle definerer dette på én bestemt måde, som ikke er i overensstemmelse med den måde ufrivillig barnløse forstår sig selv på (48). De divergerende sundhedssyn kan anskues ud fra den amerikanske psykiater og antropolog Arthur Kleinmans (Kleinman) (1981) begrebsmæssige model af et sundhedssystem, det pluralistiske sundhedssystem (49). Af afsnit 2.2.2 *Ufrivillig barnløshed ud fra Wackerhausens sundhedssyn* fremgår to sundhedssyn, det fundamentalistiske og relativistiske sundhedssyn, hvilket kan relateres til Kleinmans (1981) henholdsvis *professionelle* og *folkelige sektor*. Inden for hver sektor udvikles der forskellige forståelser af sygdom, sundhed og behandling (49,50), og trods overlap i de to sektorer, er forståelsen af de forskellige sektorer vidt forskellige, hvorfor professionelle og lægfolk også indtager forskellige roller i behandlingssystemet (51). Kleinman (1981) beskriver, at den *professionelle sektor* udgøres af autoriseret sundhedspersonale og anerkendte behandlingssystemer (49), eksempelvis kommunale og regionale behandlingstilbud samt myndigheder inden for sundhedsområdet. Denne sektor tager udgangspunkt i et biomedicinsk orienteret ekspertperspektiv,

hvor løsninger ofte har en teknisk karakter, selv når problemerne er sociale (49), og dermed komplekse (52). Dette kan relateres til Wackerhausens fundamentalistiske sundhedssyn, hvor sygdom forklares ud fra et biomedicinsk perspektiv (45). Når forskere og organisationer forstår en sygdom eller tilstand som et biologisk fænomen, sætter denne kliniske virkelighed blandt andet nogle specifikke regler, forventninger, normer og adfærd i forhold til hvem der opfattes som egnede til at modtage hjælp. *Den folkelige sektor* udgøres af lægfolk og selvbehandling, og er den største sektor i Kleinmans *pluralistiske sundhedssystem*. I denne sektor forstås sundhed og sygdom ud fra de erfaringer, kultur, tro og sociale roller som de er indlejret i og individernes handlinger afhænger desuden heraf. (49) Et amerikansk studie fra 2007 viser, at ufrivillig barnløse kvinder søger at finde forklaringer og løsninger i forhold til at håndtere egen situation eller via alternative metoder, før de søger svar og løsninger i *den professionelle sektor* (53,54). På trods af, at *den folkelige sektor* er den største, er det ifølge Kleinman også den mindst undersøgte og forståede (49). Lægmandsperspektivet bliver i følge ph.d. i samfundsmedicin forsker Helle Timm (Timm) (2000) negligeret og undertrykt i det offentlige sundhedssystem (55). Dette kan være med til at forklare, hvorfor ufrivillig barnløse har svært ved at genkende sig selv i den forståelse af ufrivillig barnløshed, som er gældende indenfor *den professionelle sektor*, og som dikterer hvordan ufrivillig barnløshed skal forstås og håndteres. Idet de ufrivillig barnløses forståelse er bredere, samt påvirket af den kontekst individerne indgår i, relaterer forståelsen sig til det relativistiske sundhedssyn, som er fremherskende i *den folkelige sektor*.

2.2.4 Ufrivillig barnløshed forstået som en kronisk- og folkesygdom

Vidensråd for Forebyggelse og Fertilitetsrådgivningen.dk anser ufrivillig barnløshed som en kronisk sygdom (3,20). Dog beskrives det ikke, hvorfor ufrivillig barnløshed betragtes som en kronisk sygdom, på trods af at Sundhedsstyrelsen angiver kronisk sygdom som en tilstand der er vedvarende, har blivende følger, har forandringer, som ikke kan forbedres, har behov for langvarig behandling eller pleje samt behov for rehabilitering (56,57). Endvidere angiver Sundhedsstyrelsen rehabilitering som en sundhedsaktivitet, der inkluderer både forebyggende og sundhedsfremmende elementer med henblik på, at patienten, som er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, kan opnå et meningsfuldt og selvstændigt liv (58). Ufrivillig barnløshed kan blandt andet have store konsekvenser for individets videre liv, hvor det blandt andet er fundet i et dansk studie, at ufrivillig barnløse kvinder oplever social isolation når deres omgangskreds bliver bedsteforældre (59). Konsekvenserne af ufrivillig barnløshed kan betragtes som kroniske, idet disse følger ufrivillig barnløse gennem livet, og påvirker deres mentale sundhed. Dette kan dermed resultere i, at de ufrivillig barnløse kan opleve mentale senfølger, hvilket kan relateres til

sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering, som har betydning for individets psykiske og sociale funktionsevne.

2.3 Ufrivillig barnløshed i det senmoderne samfund

I følgende afsnit anvendes Giddens begreber *selvidentitet*, *det rene forhold*, *aftraditionisering* og *individualisering* til at analysere ufrivillig barnløshed. Desuden skal afsnittet, med brug af Giddens *modernitetsanalyse*, belyse hvordan samfundsstrukturer er med til at udskyde familiedannelsen.

Den engelske sociolog Anthony Giddens beskriver, at individets *selvidentitet* skabes reflektivt gennem en tolkning af individets fortid, samt de valgmuligheder nutiden og fremtiden bringer, hvor individet har flere valgmuligheder end førhen. *Selvidentiteten* formes af de valg individet tager gennem livet, eksempelvis i forhold til valg af familiedannelse, herunder partner og børn. Individets valg af livsstil er med til at skabe sammenhæng i individets liv hvor der mange forskellige livsstilsmuligheder, og dermed bliver livsplanlægningen en vigtig del af den refleksive konstruktion af *selvidentiteten*. (60,61) Dermed kan individet udforme en livsplan ud fra de begivenheder som individet finder essentielle i dets liv og fremtid, eksempelvis familiedannelse. De mange valgmuligheder herunder muligheden for at prioritere uddannelse, sabbatår og karriere kan være en medvirkende faktor til stigende alder i forbindelse med prioritering af familiedannelse. Alder og valg af livsstil er afgørende for individets biologiske evne til at undfange (3), og det biologiske aspekt af ufrivillig barnløshed, påvirkes af individets ønske om at være en integreret del af arbejdsmarkedet (3,62). Dog kan det tænkes, at samfundets indretning er medvirkende til, at individet føler sig forpligtet til at prioritere uddannelse og fast job inden familiedannelsen påbegyndes, hvormed individet på grund af stigende alder kan opleve at føle sig ufrivillig barnløs. Det kan dermed synes, at oplevelsen af ufrivillig barnløshed tvinger individet til at ændre og justere livsplanen og tage nye valg for det liv som individet ønsker at leve for fremtiden, herunder familieplanlægning.

Globaliseringen samt den øgede forekomst og tilgængelighed af informationer, som individet dagligt udsættes for, er medvirkende til, at individet ikke længere accepterer traditionerne, idet der er kommet flere valgmuligheder. Dette afspejles i individets relationer, herunder ægteskaber eller kæresteforhold, hvor individer i forholdet ikke længere bliver sammen fordi traditionerne bestemmer det. I stedet søger individer *det rene forhold*, hvor relationer holdes sammen af lyst, og er til konstant forhandling og overvejelse, hvormed parterne kun bliver i relationen, så længe de får noget ud af det. (61,63). Det kan dermed tyde på at globaliseringen og det rene forhold, kan være med til at forklare

hvorfor familiedannelse udsættes, idet individerne ikke længere er bundet gennem traditionerne til at forblive i et bestemt forhold eller position.

Giddens beskæftiger sig desuden med begreberne *aftraditionalisering* og *individualisering*, der begge beskrives som konsekvenser ved moderniseringen. *Individualiseringen* indebærer, at det enkelte individ gennem tiden har fået større frihed til at planlægge og selv træffe valg i livet. Familie, traditioner, normer samt social baggrund får mindre indflydelse på, hvordan det enkelte individ planlægger og lever sit liv. (61,63) Hertil har det moderne samfunds *aftraditionalisering* medført en valgfrihed (60,61) i forhold til at prioritere at udleve drømme relateret til uddannelse og karriere sammenlignet med, hvad der tidligere var mulighed for og forventet af samfundet, hvilket kan medføre at familiedannelsen udskydes. Data fra Danmarks Statistik viser, at alderen for førstegangsforældre er stigende med et gennemsnit i 2019 på henholdsvis 29,4 for kvinder og 31,4 år for mænd, sammenlignet med 1986, hvor gennemsnitsalderen var henholdsvis 25,6 og 28,4 år (64), hvilket viser en senere og senere familiedannelse. Adgangen til præventionsmidler er blevet lettere, hvilket har øget mulighederne for at planlægge familiedannelsen (3). P-pillens frigivelse fik antallet af fødsler til at fald drastisk (65) og loven om fri abort har givet kvinder mulighed for at kontrollere familiedannelsen (62,66). Disse statslige tiltag kan muliggøre og fremme individets prioritering af uddannelse og karriere, samt udskydelse af familiedannelse, hvormed dette på sigt kan medføre ufrivillig barnløshed.

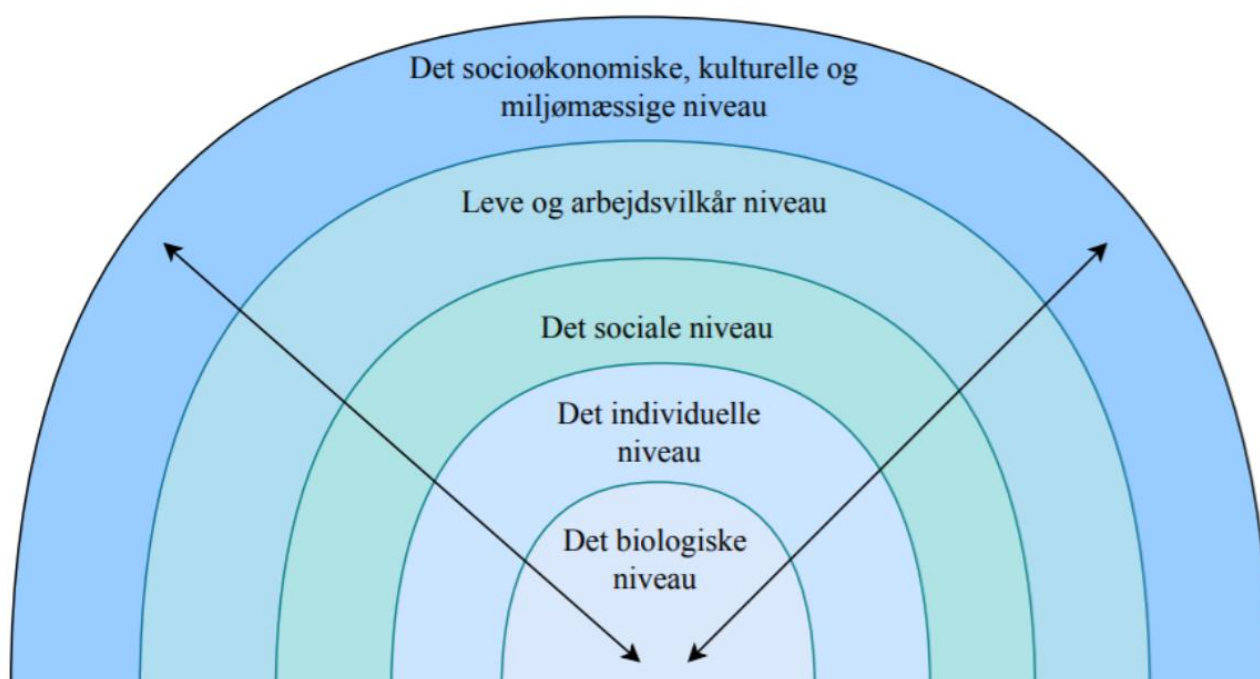
2.4 Determinanter for og konsekvenser af ufrivillig barnløshed

Følgende afsnit struktureres ud fra professorerne i folkesundhed Göran Dahlgren og Margaret Whiteheads (Dahlgren og Whitehead) socioøkologiske model (2007) hvor determinanter for, samt konsekvenser af ufrivillig barnløshed analyseres med henblik på at belyse kompleksiteten heraf med henblik på at problematisere nuværende forebyggende og sundhedsfremmende strategier relateret til mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed.

2.4.1 Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead

Den socioøkologiske model af Dahlgren og Whitehead (2007) indeholder fem niveauer: et biologisk, et individuelt, et socialt, et leve- og arbejdsvilkår samt et socioøkonomisk, kulturelt og miljømæssigt niveau, se figur 2. Niveauerne har potentiale til at påvirke helbredet både positivt og negativt og påvirker gensidigt hinanden (67,68), hvorfor de faktorer der eksempelvis betinger ufrivillig barnløshed på det individuelle niveau kan være forårsaget af distale faktorer i yderliggende niveauer. Modellens niveauer gør det muligt at forstå og vurdere årsager (67) til ufrivillig barnløshed samt

konsekvenserne heraf. Ydermere kan modellen anvendes til at analysere strukturelle og organisatoriske strategier, deres betydning for helbredet samt udvikle passende indsatser og strategier på de forskellige niveauer (67,68) i forhold til at forebygge de mentale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed. WHO beskriver forebyggelse og beskyttelse af individers mentale sundhed som et vitalt anliggende for både individ, lokal- og samfund (69). Der ses derfor et behov for at fokusere på forebyggelse af kvinders mentale sundhedsproblemer relateret til ufrivillig barnløshed på individniveau, og desuden på lokalsamfund og samfunds niveau.



Figur 2: Socioøkologisk model med inspiration i Dahlgren og Whitehead (2007)

2.4.2 Det biologiske niveau

Det biologiske niveau i den socioøkologiske model omhandler faktorer der som udgangspunkt er uforanderlige, eksempelvis køn, alder og etnicitet og som individet har lille eller ingen kontrol over (68). Flere studier indikerer en kønsmæssig forskel, i forhold til den mentale sundhed, blandt ufrivillig barnløse, hvor kvinder påvirkes mere negativt end mænd (70–72), blandt andet ved at de har højere niveauer af stress (72), angst, depression, lavere selvværd (73) og livskvalitet (70,74). Desuden viser et kvalitativt studie fra 2004, at kvinder i højere grad end mænd er optagede af den indre, følelsesmæssige proces i bearbejdningen af ufrivillig barnløshed (41).

Det kan dermed tyde på, at ufrivillig barnløse kvinder har dårligere mental sundhed end mænd, hvorfor der er en kønsmæssig forskel i oplevelsen af, hvordan den mentale sundhed påvirkes. Således ses et behov for at undersøge, hvordan ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed påvirkes af at være ufrivillig barnløs.

2.4.3 Det individuelle niveau

I afsnittet udfoldes determinanter, der på det individuelle niveau påvirker den mentale sundhed i forbindelse med ufrivillig barnløshed, hvor det blandt andet belyses hvorledes ufrivillig barnløshed giver nedsat livskvalitet og dermed lavere mental sundhed. Det individuelle niveau i den socioøkologiske model (2007) omhandler den adfærd individer har. Strategier på dette niveau bør, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), derfor sigte mod at influere denne adfærd, herunder livsstil og holdninger, hvor dette typisk gælder de individer som har en usund levevis (68), i henhold til den normative forståelse af sundhed i en given kultur.

Ufrivillig barnløshed kan for individet føre til følelse af vrede (27,75–77), tab (27), frustration (76), isolation, tab af kontrol (22,25), sorg (27,78), skyld (41) samt reduceret selvværd, livskvalitet (28,79,80) og mental sundhed (28,80–82). Endvidere forårsager ufrivillig barnløshed angst, depression (25,27,41,77,81) og stress (25). Stress kan medføre forandringer i hormonproduktionen som kan nedsætte fertiliteten yderligere (3,26), hvormed forandringer på det individuelle niveau kan påvirke det biologiske niveau. Et kohortestudie finder desuden, at højere niveauer af depression nedsætter sandsynligheden for graviditet (83). Ufrivillig barnløsheds påvirkning af kvinders mentale sundhed kan derved yderligere få konsekvenser i forhold til nedsat sandsynlighed for at blive gravid, hvormed kvinden har risiko for at forblive ufrivillig barnløs. Det gælder særligt for ufrivillig barnløse kvinder, at de ofte føler sig kropsligt underlegne i forhold til andre kvinder (10,27,84), føler sig mindre feminine samt føler skam og selvbebrejdelse (27). Endvidere påvirkes kvinders mentale sundhed negativt af ufrivillig barnløshed (81). Det fremgår af Vidensråd for Forebyggelses rapport: *Forebyggelse af nedsat frugtbarhed*, at infertilitet kan føre til en eksistentiel krise, hvor individet mister forestillingen om at have en sund og rask krop, mister muligheden for at skifte fra gruppen af barnløse til forældre, samt at gøre sine forældre til bedsteforældre (3). Ufrivillig barnløshed kan desuden opleves som en livskrise, hvor den følelsesmæssige belastning er tilsvarende traumatiske begivenheder (27), og de fleste kvinder har ønske om at tale om deres infertilitet med andre, men finder det vanskeligt at opnå tilstrækkelig social støtte (24). Endvidere viser et tværsnitsstudie, at 83% af informanterne føler et samfundsmæssigt pres i forhold til at skulle få børn (85). Det tyder derfor

på, at der er sociale forventninger om at blive gravid som individet skal leve op til, og når dette ikke lykkes, kan det føre til en eksistentiel krise.

WHO beskriver, at sundhed defineres som en holistisk tilstand af fuldkommen fysisk, mental og social trivsel (5), og at sundhed ikke kan være til stede uden mental sundhed (69). Ud fra WHO's definition af sundhed kan der ikke ses bort fra de problematikker, ufrivillig barnløse kvinder oplever, eksempelvis øget depression, stress og nedsat livskvalitet, idet den mentale sundhed er en del af et individs samlede sundhed. Ufrivillig barnløshed har derfor en indgribende betydning for individets sundhed og mentale sundhed, idet kvinderne ikke oplever en mental trivsel. Dette støttes af et kvalitativt studie, der viser, at ufrivillig barnløse kvinder oplever adskillige mentale problematikker med ødelæggende påvirkning af deres trivsel og mentale sundhed. Endvidere konkluderes det i studiet, at ufrivillig barnløshed udelukkende behandles som et biologisk problem uden fokus på mentale og sociale aspekter (82), hvilket understøttes af andre studier som ligeledes finder en negativ påvirkning af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. (28,80)

2.4.3.1 Forebyggelse og behandling af ufrivillig barnløshed på det individuelle niveau

Ifølge Sundhedsloven (2018) er kommuner og regioner, foruden behandling, ansvarlig for at sundhedsvæsenet tilbyder forebyggende og sundhedsfremmende tiltag til den enkelte (86,87). I den forbindelse forstås forebyggelse som indsatser og politikker, der skal reducere forekomsten af sygdom, funktionsnedsættelse og død, hvor sundhedsfremme ud fra Ottawa-chartret forstås som processen, der øger personens evne til at fremme egen sundhedstilstand (87,88).

I Danmark er der, jævnfør afsnit 2.1.3 *National behandling af ufrivillig barnløshed*, tradition for udelukkende at behandle ufrivillig barnløshed medicinsk. Lande som Danmark ofte sammenlignes med, eksempelvis de skandinaviske, tilbyder udover medicinsk behandling også psykosociale interventioner, som kan omhandle information om hvordan følelsesmæssige reaktioner håndteres, støttegrupper, kognitiv adfærdsterapi, psykologisk og seksuel rådgivning samt parterapi (16,41,43,89,90). I Canada er psykosocial støtte og rådgivning i forbindelse med behandling af ufrivillig barnløshed endda obligatorisk (91). The European Society of Human Reproduction and Embryology anbefaler at der anvendes screeningsredskaber, herunder det validerede redskab SCREENIVF, til at opspore de individer der er i særlig risiko for at opleve psykosociale problemer i forbindelse med fertilitetsbehandlingen (92–94). I Danmark anvendes sådanne redskaber ikke, og fertilitetsbehandling er udelukkende medicinsk (13,95). Dog finder specialegruppen via et ekspertinterview at der på en midtjysk fertilitetsklinik anvendes det validerede screeningsredskab

FertiQoL. Dette redskab har til formål at identificere individer i risiko for psykosociale problemer (93,94), men anvendes ifølge ekspertinterviewet ikke systematisk. Ud fra Finn Kamper-Jørgensen (Kamper-Jørgensen) (2011) og Sundhedsstyrelsen (2005) kan screeningsredskabet kategoriseres som et sekundært forebyggelsestiltag, da det anvendes til at opspore symptomer og begrænse risikofaktorer tidligst muligt (58,96), her i relation til kvindernes mentale sundhed.

Forebyggelse på det individuelle niveau bør ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) rette sig mod at påvirke individernes sundhedsadfærd (68), og i dansk kontekst forebygges ufrivillig barnløshed blandt andet ved oplysningskampagner (3). Sundhedsstyrelsen har blandt andet udarbejdet kampagnen *Kun Med Kondom* fra 2016, der søger at forebygge ufrivillig barnløshed som følge af seksuelt overførte sygdomme som klamydia (3). Dette kan ud fra Sundhedsstyrelsen (2005) kategoriseres som en primær og strukturel forebyggelsesstrategi, der gennem undervisning har til formål at forhindre sygdom opstår (58), her seksuelt overførte sygdomme. I en evaluering af kampagnen fremgår, at der mangler tilstrækkelig oplysning om konsekvenserne ved ikke at anvende kondom (97). En ulempe ved oplysningskampagner er, at deres budskaber oftest er rettet mod den brede befolkning, men modtages og tolkes af enkelte individer, hvor det enkelte individ ofte ikke anser sig selv som en del af den repræsentative brede del af befolkningen (98). I den forbindelse bliver det endvidere svært at vurdere effekterne af oplysningskampagner, på grund af manglende sammenligningsgrundlag, når de rettes mod den brede befolkning og ved målrettede kampagner vurderes effekterne sjældent (87). Endvidere kan der være en generel barriere for budskabernes gennemslagskraft i sundhedsoplysende kampagner, idet det enkelte individ ikke anser sig selv som usund eller særlig modtagelig over for skader på helbredet (98).

Dermed kan det siges, at der hverken i behandling og forebyggelse i forhold til ufrivillig barnløshed, er fokus på de mentale konsekvenser, ufrivillig barnløshed har for individet, og endvidere er der ikke identificeret sundhedsfremmende indsatser rettet mod individet. Dette er problematisk set i forhold til, at ufrivillig barnløshed har betydelige konsekvenser for individet i form af eksempelvis øget depression, angst, stress samt nedsat livskvalitet og dermed nedsat mental sundhed. Endvidere har de mentale konsekvenser ligeledes betydning i forhold til nedsættelse af sandsynligheden for at blive gravid, hvorfor kvinderne kan forblive ufrivillig barnløse. Der ses derfor et behov for forandring inden for forebyggelse og sundhedsfremme af de mentale problemer ufrivillig barnløse kvinder oplever, blandt andet ud fra Sundhedslovens (2018) krav om forebyggende og sundhedsfremmende tiltag til individet.

2.4.4 Det sociale niveau

Afsnittet starter med at udfolde hvordan sociale relationer påvirkes af ufrivillig barnløshed samt hvordan ufrivillig barnløse oplever ændringer i parforholdet samt stigma i forhold til deres sociale relationer. Endvidere belyses at oplevelsen af stigma er relateret til lav social støtte samt hvordan sociale relationer, herunder online støttegrupper, både kan være hæmmende og fremmende i forhold til problemer i forbindelse med ufrivillig barnløshed.

2.4.4.1 Sociale relationer og stigma for ufrivillig barnløse

Det sociale niveau i den socioøkologiske model omhandler ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) den gensidige støtte mellem familie, venner, naboer og lokalsamfund. Strategier på dette niveau har til formål at styrke sociale relationer samt lokalsamfund, idet fællesskaber bedre kan modstå sundhedsrisici frem for individet alene. (68) Ufrivillig barnløshed er et socialt problem (10,99), da det kan medføre en følelse af jalousi (6), social isolation (6,22) og stigma blandt par (6,10,22,99,100). Stigmatisering kan for ufrivillig barnløse kvinder medføre nedsat livskvalitet, marginalisering eller følelser af social isolation (24).

Ufrivillig barnløse par kan opleve at blive set ned på og undgået af deres sociale relationer (99), hvormed ufrivillig barnløshed har negativ påvirkning på relationen til både kolleger, familie og venner (10), eksempelvis oplever ufrivillig barnløse at blive udelukket fra arrangementer, da omgangskredsen prøver på at beskytte parret. Samtidig undgår ufrivillig barnløse arrangementer i familien og vennekredsen herunder børnefødselsdage og barnedåb i forsøget på at beskytte sig selv følelsesmæssigt (3,19). Desuden kan selvstigmatisering forekomme når ufrivillig barnløse trækker sig fra andre, hvor den kombinerede påvirkning af stigma og selvstigmatisering kan føre til social isolation (99). I et kvalitativt studie fra Irland vedrørende ufrivillig barnløshed ses et behov for øget offentlig opmærksomhed og viden om ufrivillig barnløshed som et sundhedsproblem, da dette kan reducere stigmaet forbundet hermed (101).

Den canadiske sociolog Erving Goffman (Goffman) angiver stigma som en egenskab hos individet, der er dybt miskrediterende, og kan forstås som en uoverensstemmelse mellem et individs tilsyneladende og faktiske sociale identitet (102). Stigma kan derfor opfattes som en stempling, der har ødelæggende betydning for et menneskes identitet (103), da individets normale sociale identitet skades på grund af omgivelsernes bedømmelse af individet (102). Stigma finder dermed sted mellem mennesker (102). Ufrivillig barnløshed kan blandt andet skyldes biomedicinske årsager og tilstande (3,16–18) og kan derved anskues ud fra Goffmans begreb *kropslige vederstyggeligheder*, som

omhandler fysiologiske handicaps eller defekter (102,103). Stigma kan tiltrække omgivelsernes opmærksomhed, hvorefter individet afvises socialt (102). Således oplever individerne med stigmaet skam, hvor de forsøger at efterligne hvad der betragtes som normalt, og de som ikke bærer stigmaet kan være berøringsangst over for individet, såfremt de ved personen bærer stigmaet. Dette kan medføre en negativ cirkulær proces, hvor stigmaet forstærkes (104). Det tyder på at ufrivillig barnløse, der oplever at blive set ned på og ekskluderet af deres sociale relationer, kan opleve dette som et stigma, hvilket har negative konsekvenser for deres livskvalitet og dermed også mentale sundhed. Desuden kan ufrivillig barnløse ved selvstigmatisering yderligere bidrage til en forstærkelse af stigmaet.

2.4.4.2 Sociale relationer som støtte i konsekvenserne af ufrivillig barnløshed

Stigma er relateret til oplevelse af lav social støtte blandt ufrivillig barnløse (10), og et kvalitativt studie fra 2015 viser, at de fleste ufrivillig barnløse kvinder har et ønske om, at tale om deres ufrivillig barnløshed, men ofte finder det vanskeligt at finde tilstrækkelig social støtte (24). Hertil finder et amerikansk kohortestudie fra 2003, at kvinder der deler deres problematikker om ufrivillig barnløshed med deres sociale relationer oplever den sociale støtte som enten varierende eller slet ikke støttende, hvor følelsen af ikke at have støttende relationer i sit sociale netværk medfører psykologiske belastninger, som eksempelvis depressive symptomer. (105)

Mange ufrivillig barnløse par vil ifølge Vidensråd for Forebyggelse (2016) opleve, at parforholdet kan være truet, idet ufrivillig barnløshed kan være psykisk belastende (3). Emotionel støtte fra partneren er relateret til øget livskvalitet hos både kvinder og mænd (106), dog finder et studie, at 20% af ufrivillig barnløse par føler, at den ene eller begge parter ikke opnår tilstrækkelig støtte af partneren i behandlingen af ufrivillig barnløshed (107). Endvidere kan parforholdet præges af bebrejdelse og uvillighed over for partneren (19), hvor intimiteten og nærværet risikerer at blive forværret og påvirke den seksuelle trivsel samt den mentale sundhed (108).

Ufrivillig barnløse par, som får social støtte fra andre par i samme situation, oplever accept af deres problematikker relateret til ufrivillig barnløshed, og føler at de kan overkomme det stigma, som ufrivillig barnløshed medfører (41). En anden form for socialt netværk blandt ufrivillig barnløse kan opnås gennem online støttegrupper. Et engelsk kvalitativt studie fra 2008 viser, at disse muliggør social støtte på tværs af geografiske og fysiske barrierer, hvor der er mulighed for anonymitet, som ikke opnås ved face-to-face møder. Online støttegrupper kan derfor medvirke til at individer der føler

sig stigmatiseret som følge af deres ufrivillig barnløshed, åbent kan ytre deres bekymringer og erfaringer uden frygt for negative reaktioner. (6)

Ud fra Kamper-Jørgensen (2011) kan etablering af støttende netværk kategoriseres som tertiær forebyggelse (96) mens det ud fra Sundhedsstyrelsen (2005) kan kategoriseres som sundhedsfremme, da formålet er at fremme individers støtte og ressourcer via netværk (58). Dog viser et amerikansk tværsnitsstudie fra 2002, der ligeledes har undersøgt betydningen af online støttegrupper, at individer der udelukkende søger støtte via disse, oplever højere niveauer af psykisk belastning sammenlignet med dem der modtager støtte fra flere forskellige kilder (109). Online-støttegrupper kan dermed være en sundhedsfremmende eller tertiær forebyggelsesstrategi i forhold til ufrivillig barnløse kvinder da deres netværk og støtte øges, men kan således ikke udgøre det eneste sociale netværk. Ifølge Kleinman (1981) vil lægfolk altid søge efter hjælp til oplevede problemer i eget netværk, den folkelige sektor, da dette i høj grad udgøres af andre med samme referenceramme i forhold til sundhed og sygdom som individet selv, hvorfor den oplevede livssituation ofte accepteres nemmere, end i den professionelle sektor (49). Desuden kan manglende inddragelse af lægperspektivet i medicinske behandlinger medføre non-compliance (49), hvorfor inddragelse af lægperspektivet i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde også vil være relevant, da dette kan minimere risiko for non-compliance, og dermed bidrage til at individet opnår sundhed.

Det tyder dermed på, at sociale relationer har betydning for ufrivillig barnløses mentale sundhed, og at særligt kvinderne har behov for at tale om dette, men har svært ved at finde nogle i sin omgangskreds at tale med. Endvidere er der divergerende resultater af at anvende online fora i forhold til at søge støtte, mens par der modtager støtte fra andre par i samme situation, oplever accept af deres problematikker relateret til ufrivillig barnløshed. Forebyggende indsatser i forhold til mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed kan med fordel tage højde for individets behov for sociale relationer samt det potentiale der ligger heri.

2.4.5 Leve- og arbejdsvilkår niveau

Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) omhandler dette niveau de materielle og sociale omgivelser som individerne lever og arbejder i, og som bestemmes af forskellige faktorer, eksempelvis arbejdsmiljø, arbejdsløshed, boligforhold, uddannelse og sundhed. Indsatser på dette niveau bør fokusere på at forbedre leve- og arbejdsvilkår gennem offentlige sundhedsstrategier. (68) Afsnittet vil derfor belyse generelle tendenser i forhold til danske forebyggende samt sundhedsfremmende

strategier samt problematisere nuværende danske tiltag i forbindelse med håndtering af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder.

2.4.5.1 Sundhedsstrategier i forhold til leve- og arbejdsvilkår

Forebyggelse og sundhedsfremme har gennem tiden fået en mere central rolle i sundhedsvæsenet, hvor der i forhold til forebyggelse er kommet større fokus på forebyggende indsatser som retter sig mod strukturelle forhold, eksempelvis boligforhold og miljø. (110) Sundhedsfremme omhandler at give individer handlekompetencer, således de får bedre kontrol over deres liv, og endvidere handler det om at forbedre deres levekår. (87) Vidensråd for Forebyggelse (2016) beskriver, hvordan behandling og forebyggelse normalvis foregår i synergi med hinanden, men at der indenfor området ufrivillig barnløshed er langt større fokus på behandling end forebyggelse (3). I Danmark er der ikke fokus på sundhedsfremme af mental sundhed for ufrivillig barnløse kvinder, hvilket ses ved at Danmark i modsætning til andre lande, ikke tilbyder hverken information eller støtte vedrørende mental sundhed i relation til fertilitetsbehandling (41,43,89,90). Det er paradoksalt, at der generelt i Danmark er fokus på forebyggelse samt sundhedsfremme (110), men at det ikke er tilfældet inden for ufrivillig barnløshed (3), herunder mentale konsekvenser, hvor der fortsat er et øget fokus på behandling frem for forebyggelse og sundhedsfremme.

I Danmark er der gennemført lovmæssige tiltag i forhold til ufrivillig barnløshed, hvor det i 1997 af Folketinget blev besluttet at godkende medicinsk behandling heraf (111). Lovgivningsmæssigt har der været store ændringer inden for betaling af fertilitetsbehandling, med ændring fra offentlig betaling i forbindelse med indførsel af loven i 1997 (111) til egenbetaling i 2011 (9). Fertilitetsbehandlingerne faldt med cirka 20% som en reaktion på egenbetaling, hvorfor det i Finansloven (2016) blev besluttet at afskaffe egenbetaling af fertilitetsbehandling allerede samme år (112), med det formål at øge antallet af medicinsk assisterede fødsler (16). Ændringen i Finansloven bliver et billede af, hvordan det strukturelle niveau, i den socioøkologiske model, kan påvirke lagene indad, således at en ændring på et af de yderste lag påvirker de andre niveauer. Endvidere er der fokus på ufrivillig barnløshed fra både Fødevare- og Miljøstyrelsen med deres rapport *Kemikalier og Fertilitet* (2014). Af rapporten fremgår, at et øget antal rapporter på området har medvirket til, at flere producenter har ændret deres strategi, i forhold til brug af hormonforstyrrende stoffer, hvilket har medført, at der registreres talrige fald i niveauer af hormonforstyrrende stoffer hos individet. Dog kommer der fortsat nye og flere kemikalier på markedet, hvorfor der fortsat er grund til bekymring i forhold til stoffernes betydning for individets fertilitet (15). Miljømæssige tiltag kan ud fra

Sundhedsstyrelsen (2005) og Kamper-Jørgensen (2011) kategoriseres som en primær forebyggelsesstrategi, da det hindrer, at tilstanden opstår (58,96).

Vidensråd for Forebyggelse (2016) angiver, at der er et stort behov for initiativer på området som eksempelvis billige boliger til kommende forældre, billigere daginstitutioner til forsørgende studerende samt mere fleksible muligheder for at kombinere uddannelse og arbejde med familieliv via eksempelvis deltidssorlov (3). Vidensråd for Forebyggelse (2016) problematiserer endvidere, at nuværende strukturelle samt levkår- og arbejdsforhold understøtter en senere familiedannelse, blandt andet initiativer i forhold til at hjælpe unge hurtigt gennem uddannelsesforløb og efterfølgende ud på arbejdsmarkedet (3). På trods af at Vidensråd for Forebyggelse (2016) efterspørger flere strukturelle tiltag, i forhold til at fremme tidligere familiedannelse (3), er der lovgivninger på området i forhold til at sikre kommende forældres fravær på arbejdsmarkedet, samt adgang til barselsdagpenge, der blandt andet sikrer nybagte forældre ret til 52 uger med barselsdagpenge (113).

Dansk Fertilitetsselskab (2017) beskriver i en klinisk guideline, at der er kontinuerlig udvikling i behandlingsprotokoller i forhold til at optimere fertilitetsbehandlingerne og dermed forbedre graviditetsraterne og individualisere behandlingsprotokollerne. Dog har der været mindre fokus på aspekter som livskvalitet og følelsesmæssig stress i de forskellige behandlingsprotokoller. (114) Dette indikerer, at mentale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed i Danmark ikke har samme fokus og prioritering som medicinsk behandling. Specialegruppen har i den videnskabelige litteratur ikke kunnet fremsøge offentlige strategier eller tilbud rettet mod individer og par som gennemgår fertilitetsbehandling, med henblik på at forbedre deres mentale sundhed. Endvidere har specialegruppen kontaktet Region Nordjyllands fertilitetsklinik samt flere nordjyske kommuner med henblik på at identificere hvilke strategier og tilbud der findes på området, dog er ingen af de nævnte parter vendt tilbage på henvendelserne. Dette understøttes af et ekspertinterview med en medarbejder på en fertilitetsklinik i Region Midtjylland, hvorefter det fremkommer, at der ikke eksisterer strategier og tilbud til ufrivillig barnløse vedrørende deres mentale sundhed. Hertil udtaler formanden for LFUB, til specialegruppen, at de fleste medlemmer i foreningen har ønske om et større fokus på det mentale aspekt ved fertilitetsbehandling, da dette oftest opleves som hårdest for individet i et behandlingsforløb. Endvidere fremgår det, at der er omkring 350 medlemmer i LFUB hvor størstedelen er i aldersgruppen 25-45 år, hvilket er lavt i forhold til, at mellem 12 til 28% af den danske befolkning vil opleve ufrivillig barnløshed (9-14). Et amerikansk review viser, at selvom 80% af patienterne kendte til deres lokale ufrivillig barnløsheds støttegruppe var kun 5% medlemmer

(115). Derudover fremgår det af Dahlgren og Whitehead (2007), at landsorganisationer kan have stor indflydelse på leve- og arbejdsvilkår (68), hvilket antyder, at der kan være et stort og uopfyldt potentiale i patientforeninger i forbindelse med ufrivillig barnløshed og håndteringen af de mentale konsekvenser. Det fremgår af en artikel bragt på tv2.dk, hvor Schmidt beskriver at årsagen til, at hver sjette kvinde oplever symptomer på depression i forbindelse med fertilitetsbehandling, skyldes grundlæggende problemer med struktureringen af det danske sundhedsvæsen. I artiklen udtaler hun:

”I andre lande er der en meget større anerkendelse professionelt af, at sygdomme har både en biologisk og en psykologisk side, og at man skal tage hånd om begge dele i sundhedsvæsenet. Og det har vi i meget ringe grad i det danske hospitalsvæsen.” (111, p. 3)

Dette indikerer, at der er behov for nye strukturelle forandringer af den måde hvorpå det danske sundhedsvæsen er struktureret i forhold til fertilitetsbehandling. Samtidig tyder det på, at der er behov for en ny måde at anskue fertilitetsbehandlingen på, da der kan være tendens til at fokusere på den biomedicinske behandling, hvor den mentale sundhed i behandlingen negligeres i dansk kontekst. Det synes ikke muligt at forebygge mentale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed, da ufrivillig barnløshed opstår, så snart individet har en oplevelse heraf, hvorfor dette fordrer at ufrivillig barnløshed forebygges. Derfor er det relevant at se nærmere på sundhedsfremme af mental sundhed hos ufrivillig barnløse samt forebygge sekundært, ved at forhindre at den dårlige mentale sundhed udvikler sig, og tertiært ved at forhindre at den dårlige mentale sundhed får alvorlige følger for individet. Således ses et potentiale i at forandre nuværende strategier i forhold til håndtering af mental sundhed som følge af ufrivillig barnløshed.

2.4.6 Det socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige niveau

Niveau omhandler ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) større strukturelle omgivelser, og indsatser retter sig mod langsigtede strukturelle ændringer såsom økonomiske strategier, skatte politikker samt handels- og miljøaftaler mellem lande. Disse strukturelle ændringer kræver ofte handlinger på nationalt eller internationalt niveau. (68) Afsnittet behandler nuværende tiltag på dette niveau i forhold til ufrivillig barnløshed, samt problematisere det manglende fokus på mental sundhed i forbindelse hermed.

Forebyggelse viser sig i mange tilfælde at være omkostningseffektivt eller besparende sammenlignet med behandling over et længere tidsperspektiv (117), hvorfor en økonomisk strategi omhandlende forebyggelse af mentale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed er relevant. Det er på nuværende

tidspunkt muligt at modtage offentligt betalt fertilitetsbehandling (118), men der eksisterer ikke en økonomisk strategi i forhold til hverken forebyggende eller sundhedsfremme på området (3).

Miljøaftaler mellem lande er eksempelvis EU-Kommissionens strategi for hormonforstyrrende stoffer, hvor strategiens initiativer skal forbedre miljø og sundhed for EU's borgere på kort, mellemlang og lang sigt (119). Endvidere har EU-Kommissionen udarbejdet REACH-direktivet, som har til formål at forbedre beskyttelsen af menneskers sundhed og miljøet fra de risici som kemikalier udgør (120). Denne type strategi er således en distal tilgang, hvorpå ufrivillig barnløshed kan forebygges, og ud fra Sundhedsstyrelsen (2005) og Kamper-Jørgensen (2011) kan dette kategoriseres som en primær forebyggelsesstrategi, hvor formålet er at nedsætte forekomsten af en sygdom eller tilstand (58,96). Sådanne tiltag kan være med til at resultere i, at ufrivillig barnløshed opstår for færre individer, men imødekommer imidlertid ikke de mentale konsekvenser som opstår i forbindelse hermed.

ReproUnion er et samarbejde på tværs af grænserne mellem Danmark og Sverige, inden for reproduktiv medicin, og er finansieret af EU via Interreg Öresund-Kattegat-Skagerrak programmet (121), hvor formålet er at forebygge ufrivillig barnløshed samt imødekomme fremtidige krav til håndtering heraf (122). ReproUnion fokuserer på opretholdelse og forbedring af medicinsk assisteret fertilitetsbehandling (122), men beskæftiger sig ikke med de mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed eller behandling. Fertilitetsrådgivningen udspringer som et tiltag fra ReproUnion i 2011, og omfatter individuel rådgivning til ufrivillig barnløse i forhold til, hvordan individet selv kan forbedre sine chancer for at opnå graviditet (123). Fertilitetsrådgivningen tager således udgangspunkt i den biomedicinske udfordring ved ufrivillig barnløshed, og omfavner ikke de mentale konsekvenser som tilstanden har for det enkelte individ, hvormed det tyder på, at de mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed negligeres i internationalt samarbejde og på et nationalt plan. Dette indikerer, at der er behov for forandring af den nuværende tilgang til forebyggelse af ufrivillig barnløshed, hvor der med fordel kan inkluderes perspektiver vedrørende fremme af mental sundhed hos ufrivillig barnløse eller sekundær og tertiær forebyggelse af nedsat mental sundhed.

Af en klinisk guideline for Nordic Fertility Society fremgår, at på trods af lighederne i de offentlige sundhedsvæsen i de nordiske velfærdslande er der forskel på, om der er ansat sundhedsprofessionelle med speciale i mental sundhed på de offentlige fertilitetsklinikker. I Finland, Island og Sverige er der en række fagfolk inden for mental sundhed herunder psykologer, socialarbejdere, terapeuter, psykiatere og rådgivere som er ansat på eller tilknyttet fertilitetsklinikkerne. I Norge og Danmark er

der generelt ikke ansat sundhedspersonale med speciale i mental sundhed på de offentlige fertilitetsklinikker. (89) Dette afspejler, at der på trods af den store lighed mellem de nordiske velfærdslandes offentlige sundhedsvæsen er stor forskel i hvordan landene prioriterer mental sundhed i forhold til fertilitetsbehandling, hvormed organisatoriske forskelle og prioriteringer inden for sundhedsvæsenet har en betydning for, om der tilbydes hjælp til mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed. I bekendtgørelse om assisteret reproduktion (2019) fremgår det ikke om, der i Danmark tilbydes hjælp, som omfavner mentale konsekvenser af fertilitetsbehandling og ej heller om der i Danmark er krav til, at der på offentlige fertilitetsklinikker skal være ansat sundhedsprofessionelle, som er specialiseret inden for mental sundhed (118). Dette indikerer at fremme af mental sundhed blandt ufrivillig barnløse i fertilitetsbehandling ikke prioriteres i Danmark, hvilket er i overensstemmelse med fund fra den kliniske guideline fra Nordic Fertility Society. Dette er problematisk i forhold til, at studier af mentale sundhedsinterventioner, viser forbedringer relateret til mentale sundhedsproblematikker som angst, depression og stress hos ufrivillig barnløse (43,124). Det tyder derfor på, at mentale sundhedsinterventioner har positive effekter på symptomer som angst, depression og stress hos ufrivillig barnløse, hvorfor det er problematisk, at der i Danmark ikke er krav om at der i forbindelse med medicinsk assisteret fertilitetsbehandling inkluderes hjælp til mentale sundhedsproblematikker, da ufrivillig barnløse har behov herfor. Seniorforsker ved Statens Institut for Folkesundhed Vibeke Koushede (Koushede) (2016) beskriver, at der eksisterer meget viden om danskernes sundhed og sygelighed herunder hvem der fejler hvad og hvorfor (125). Denne viden omhandler dog primært individernes fysiske sundhed, hvilket er problematiske da der ifølge Koushede (2016) ikke eksisterer meget viden om danskernes mentale sundhed eller hvordan denne fremmes (125), hvilket understøtter behovet for yderligere forskning vedrørende mentale konsekvenser af at være ufrivillig barnløs og hvordan den mentale sundhed kan fremmes under fertilitetsbehandlingen.

Af det socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige niveau udledes, at der er udarbejdet langsigtede strukturelle strategier i forhold til forebyggelse af ufrivillig barnløshed, hvor der er fokus på internationalt samarbejde mellem Danmark og andre EU-lande. Dog ses der udelukkende et fokus på hvordan forebyggende strukturelle tiltag påvirker kroppens mulighed for reproduktion, hvormed konsekvenser for individets mentale sundhed overses, herunder de mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed, såsom angst, eksistentielle livskriser, depression, stress og generel indvirkning på mental sundhed. Således ses en mangel på sundhedsfremmende strukturelle strategier, som kan

imødekomme de mentale konsekvenser af ufrivillig barnløshed og derigennem forbedre den mentale sundhed blandt ufrivillig barnløse.

2.5 Forandringspotentiale

Ufrivillig barnløshed har en række konsekvenser for individet såsom øget frustration, sorg, (76), vrede, angst, depression (27,41,81,82), stress, (25), samt nedsat selvværd, livskvalitet og mental sundhed (82). Oplevelsen af ufrivillig barnløshed kan medføre en eksistentiel krise for individet (3,27), og dette kan ud fra Giddens begreber om *livsplan* og *selvidentitet* medføre, at individet må revidere disse. Hertil påvirkes ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed i højere grad end mænds (70–72), hvorfor det tyder på, at mentale konsekvenser afledt af ufrivillig barnløshed, er mest fremtrædende for kvinder.

Ufrivillig barnløshed beskrives endvidere som et socialt problem (10,99), hvor sociale relationer har betydning for hvordan de ufrivillig barnløse oplever situationen i relation til eksempelvis stigma (6,10,22,99,100). Omvendt har ufrivillig barnløshed indflydelse på, hvordan individet agerer i relationer, idet de ufrivillig barnløse kan udøve selvstigma og trække sig fra sociale sammenhænge (99), hvormed stigma er en negativ cirkulær proces, der kan forstærkes (104). Ufrivillig barnløshed har således betydning for en række faktorer såsom stigma og social isolation, og kan medvirke til nedsat livskvalitet (24) og heraf nedsat mental sundhed hos individet. Komplexiteten forbundet med de mentale konsekvenser ved ufrivillig barnløshed understreges idet årsager hertil befinder sig på forskellige niveauer i den socioøkologiske model. Dette understøttes af WHO der understreger, at når ufrivillig barnløshed adresseres bør der tages højde for både biologiske, psykologiske, sociale samt miljømæssige faktorer (7). Ifølge Timm (2000) negligeres lægperspektivet ofte i forskning (55), og Kleinman (1981) beskriver, at manglende inddragelse af lægperspektivet kan medføre non-compliance (49), hvorfor det er vigtigt at inddrage lægperspektivet i det forebyggende sundhedsarbejde, da der ellers er risiko for, at de udarbejdede tiltag og strategier ikke formår og omfavne individernes behov, hvormed individerne vil udøve non-compliance. Der ses derfor et behov for, og potentiale i, at undersøge hvordan ufrivillig barnløse kvinder oplever at deres mentale sundhed påvirkes af deres situation som ufrivillig barnløs.

Lægemiddelstyrelsen beskriver, at der inden for ufrivillig barnløshed primært fokuseres på behandling (9) og forebyggelse på området rettes mod proksimal forebyggelse i form af oplysning målrettet adfærd som determinant for ufrivillig barnløshed (3). Desuden udelades mental sundhed i tilgangen til ufrivillig barnløse kvinder (82). Der ses et behov for forandring af nuværende strategier,

idet der ikke eksisterer sundhedsfremmende samt sekundære og tertiære forebyggelsesstrategier i forhold til mental sundhed inden for ufrivillig barnløshed, hvilket er problematisk idet Dahlgren og Whitehead (2007) beskriver, at sundhedsstrategier rettet mod flere niveauer er mest effektive (68).

Specialet har dermed til formål at udarbejde et beslutningsgrundlag til kommuner og regioner angående sundhedsfremmende og forebyggende strategier rettet mod forbedring af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, idet kommuner og regioner ifølge Sundhedsloven (2018) er ansvarlige i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til den enkelte (86).

3. Problemformulering

- *Hvordan oplever ufrivillig barnløse kvinder at deres mentale sundhed påvirkes af at være ufrivillig barnløs, og hvordan kan denne viden bidrage til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag, rettet mod kommuner og regioner, til forandring af nuværende forebyggende og sundhedsfremmende strategier?*

3.1 Forskningsspørgsmål

- *Hvilke nuværende tiltag eksisterer i forhold til at fremme ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed eller forebygge forværring heraf?*
- *Hvordan oplever og erfarer ufrivillig barnløse kvinder deres mentale sundhed som følge af at være ufrivillig barnløs?*

4. Metode

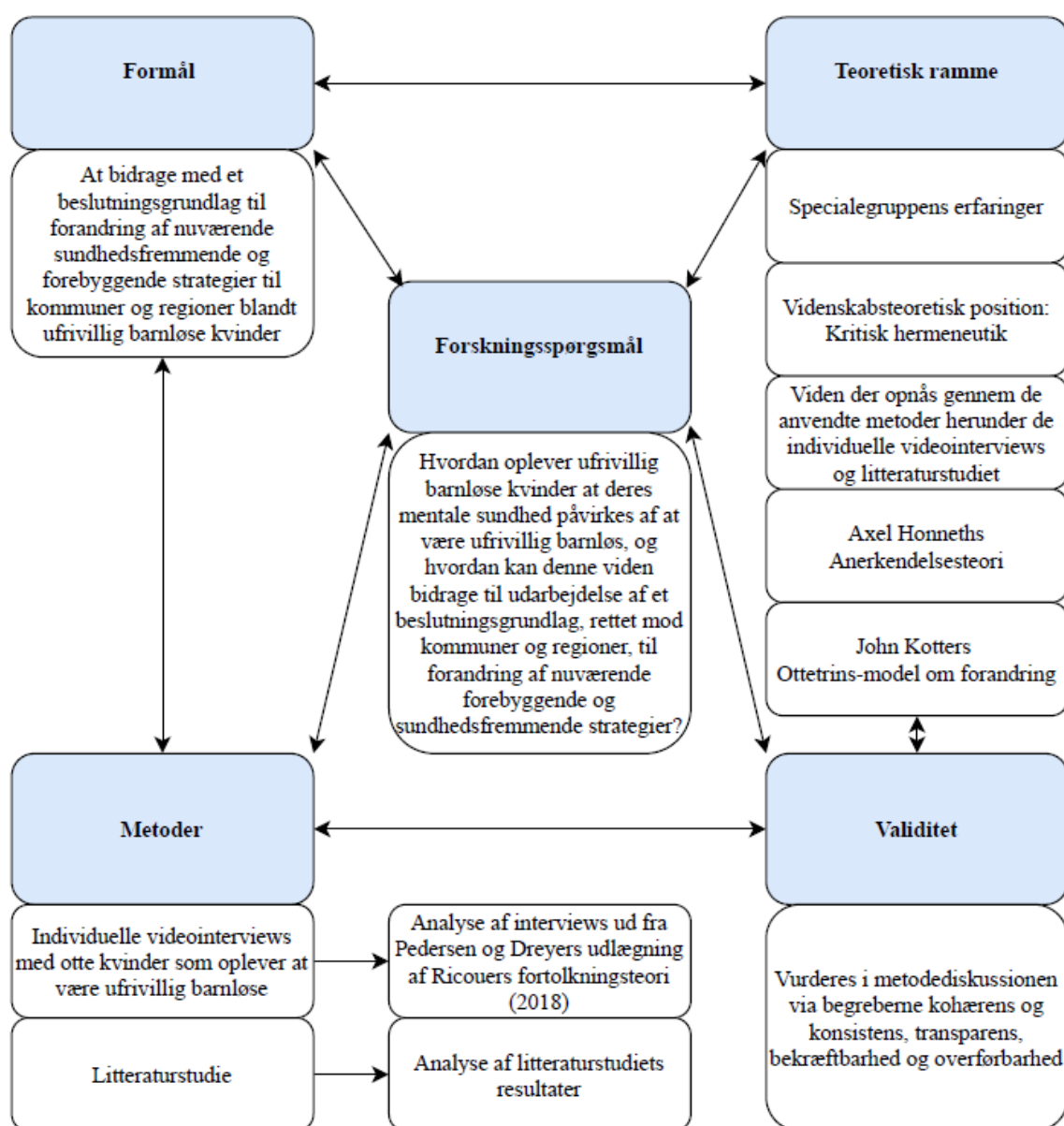
I dette afsnit vil formål, specialets paradigme, design og metodiske elementer forklares og begrundes med henblik på at skabe sammenhæng ved at anvende Maxwells interaktive model (2005). Metodeelementerne omfatter videnskabsteoretisk position, indledende og systematiske litteratursøgning samt udvælgelse og kritisk vurdering af de fremsøgte studier fra litteraturstudiet. Efterfølgende begrundes valget af en kvalitativ tilgang, herunder valg og gennemførelse af interviews samt datahåndtering og analysestrategi. Sidstnævnte udføres med udgangspunkt i Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs kritiske fortolkningsteori (2018). Forskningsetiske overvejelser håndteres løbende i afsnittet, hvilket er i tråd med Maxwells anbefalinger herom (126).

4.1 Specialets formål og design

Formålet med specialet er at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af nuværende sundhedsfremmende og forebyggende strategier til kommuner og regioner vedrørende mental sundhed blandt ufrivillig barnløse kvinder. I specialet skal viden om ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed ud fra deres oplevelse og erfaringer bidrage til beslutningsgrundlaget. For at imødekomme formålet placeres specialets metodiske fremgangsmåde indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor den grundlæggende antagelse er, at viden om og indsigt i sociale forhold opnås gennem forståelse og indlevelse i de pågældende sociale fænomener, der undersøges (127). Hertil beskriver Launsø et al. (2017) at data, metoder og teorier anvendes med henblik på at skabe en forståelse samt fortolkning af menneskelige handlinger og intentioner. Ifølge Launsø et al. (2017) bliver fokus dermed på at indsamle menneskers beskrivelser af sig selv, oplevede begivenheder, handlinger og erfaringer samt fortolke disse (127), hvilket betyder at der i specialet søges viden om ufrivillig barnløse kvinders oplevelse med fænomenet, og hvordan dette påvirker deres mentale sundhed. Dette er i overensstemmelse med den forstående forskningstype, som tilhører det fortolkningsvidenskabelige paradigme (127). Den forstående forskningstype karakteriseres ved, at den viden der søges baseres på subjektive fortolkninger af et bestemt fænomen i en given kontekst. Ifølge Launsø et al. (2017) tilhører casestudiedesignet den forstående forskningstype, da der blandt andet anvendes interview med interessenter samt aktuelle og potentielle brugere af en given indsats med det formål at opnå forståelse af et komplekst problem gennem omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning. (127) Idet specialegruppen ønsker at opnå viden om ufrivillig barnløse kvindens subjektive fortolkninger af deres mentale sundhed, er det relevant at anvende et casestudie design ud fra Launsø et al. (2017).

4.2 Sammenhæng mellem projektets metodeelementer

Til at fremme sammenhængen mellem specialets metodeelementer, anvendes professor i læring og forandring Joseph A. Maxwells (Maxwell) interaktive model (2005), til at skabe og højne intern konsistens herimellem. Modellen består af fem elementer, der internt interagerer med og influerer på hinanden, og hvor der kontinuerligt arbejdes frem og tilbage mellem faserne. Elementerne i modellen er formål, forskningsspørgsmål, teoretisk ramme, metoder og validitet. (126) I nedenstående, figur 3, ses en sammenkobling af Maxwells interaktive model med specialets elementer, hvor de blå kasser repræsenterer Maxwells originale model, og de hvide kasser illustrerer hvordan elementerne indgår og anvendes i specialet.



Figur 3: Oversigt over og sammenhæng mellem specialets metodiske elementer

Formål omhandler bevæggrunde for at udføre studiet samt hvilket område der influeres (126), og omhandler i specialet udarbejdelse af et beslutningsgrundlag til forandring af kommuner og regioners nuværende strategier til håndtering af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder. Forskningsspørgsmålet er det specifikke spørgsmål der undersøges (126) og er specialets problemformulering og forskningsspørgsmål. Den teoretiske ramme omhandler hvilken litteratur der er indenfor problemfeltet, hvilke relevante teorier der belyser problemet, forskerens erfaringer samt den viden der opnås på baggrund af de anvendte metoder (126), i dette tilfælde litteraturstudiet og de individuelle videointerviews. Specialets teoretiske ramme udgøres af den videnskabsteoretiske position, kritisk hermeneutik, samt teorien anvendt gennem analysen og diskussionen. Metoder henviser til de anvendte metodiske tilgange og dataindsamlingsmetoder (126), og vil i specialet omhandle en systematisk litteratursøgning samt kvalitative videointerviews. Validiteten omhandler trusler mod resultater, alternative fortolkninger og troværdighed i resultater (126) og diskuteres i metodediskussion. Således vil Maxwells model medvirke til systematisering af specialet samt strukturen heri, hvor gruppen bevæger sig frem og tilbage mellem de fem elementer med henblik på at sikre konsistens mellem elementerne, hvilket illustreres via de dobbelte pile i figuren. Dette sker gennem hele projektet, hvor gruppen søger at sikre, at problemformuleringen hænger sammen med videnskabsteoretisk position, at metoder for dataindsamling og analyse gør det samme, samt ved at validiteten konstant overvejes gennem metodeelementerne. Som det fremgår af figur 3, udgøres specialets teoretiske ramme af den videnskabsteoretiske position, kritisk hermeneutik. Kritisk hermeneutik er valgt som videnskabsteoretisk position, da denne omhandler fortolkning af levede erfaringer fra det enkelte subjekt (128). Derudover anvendes den tyske filosof Axel Honneths (Honneth) anerkendelsesteori (1995, 2003), som forklaringskraft i den kritiske fortolkning af den indsamlede empiri fra videointerviews, med henblik på at opnå en forståelse af samt forklare hvad der er alment gældende for ufrivillig barnløse kvinder. Endelig anvendes professor i ledelse, John Kotters (Kotter) teori om forandring (1999), med henblik på at udarbejde et beslutningsgrundlag til forandring af nuværende strategier til kommuner og regioner, der har til formål at fremme mental sundhed, og forebygge forværring heraf, blandt ufrivillig barnløse kvinder. Metoder udgøres af kvalitative videointerviews med ufrivillig barnløse kvinder som oplever og erfarer hvordan deres mentale sundhed påvirkes af at være ufrivillig barnløs. Desuden bidrager et litteraturstudie med at identificere, hvilke nuværende tiltag der eksisterer i forhold til at fremme mental sundhed og forebygge forværring heraf hos ufrivillig barnløse kvinder. Dataindsamlingerne forløber parallelt med hinanden. Interviewdata analyseres ved hjælp af ph.d. i sygepleje Birthe D. Pedersen og Pia

Dreyers (Pedersen og Dreyer) udlægning af den franske sprogfilosofs Paul Ricoeurs (Ricoeur) kritiske fortolkningsteori (2018).

4.3 Kritisk hermeneutik som videnskabsteoretisk position

Formålet med dette afsnit er at beskrive og begrunde valget af videnskabsteoretisk position, kritisk hermeneutik ud fra Ricoeur. Igennem problemanalysen er der fremanalyseret et behov for viden om kvinders levede erfaringer og subjektive oplevelser med mental sundhed i forbindelse med ufrivillig barnløshed, med henblik på at fremme den mentale sundhed eller forebygge at den mentale sundhed forværres, hvilket afspejles i specialets problemformulering samt det andet forskningsspørgsmål. Ifølge Maxwell (2005) ligger formål og forskningsspørgsmål til grund for valg af teoretisk ramme (126), hvorfor der i specialet anvendes en kritisk hermeneutisk videnskabsteoretisk position, idet denne position, gør det muligt at forholde sig reflektivt til institutionaliserede rutiner og dermed forandre dem til det bedre (129). I specialet udmønter denne refleksivitet sig ved et beslutningsgrundlag til forandring af nuværende strategier således ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed forbedres.

4.3.1 Ricoeurs kritiske hermeneutik mellem to videnskabsteoretiske positioner

Ricoeurs kritiske hermeneutik bygger bro mellem to videnskabsteoretiske positioner; fænomenologi og hermeneutik (130). Ricoeur anerkender den fænomenologiske idé om, at den sande viden ligger hos det enkelte menneske og dets væren i verden. Dog afviser Ricoeur, at mennesket kan fralægge sig sin forforståelse, hvorfor en fænomenologisk beskrivelse af essenser ikke er fyldestgørende i forhold til at beskrive menneskets handlingsliv, og må derfor komplimenteres af hermeneutikken (130), hvormed Ricoeur ifølge, lektor ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet ved Aalborg Universitet, Søren Rudbæk Juul (Juul) (2012) adskiller sig fra fænomenologien (131). Det kommer til udtryk ved at Ricoeur (2002) anerkender den filosofiske hermeneutiske idé om, at det ikke er muligt at opnå en absolut essensbeskrivelse idet menneskers beskrivelser og erfaringer er bestemt af en forforståelse, der afhænger af deres eksistentielle situation (130). Ifølge Ricoeur (2002) skal det hermeneutiske princip om, at forforståelsen ikke kan tilsidesættes, anerkendes med henblik på at opnå en forståelse, dog bør forskeren tage distance fra materialet og den genererede viden (130). Ricoeurs kritiske hermeneutik kan både forstås som en epistemologi og metodologi (132), idet han mener at visheden omkring menneskers væren i verden opnås gennem teksttolkninger (130). Det kritiske element for Ricoeur opstår, når subjektets bevidsthedsdannelse betvivles i teksttolkningen. Således adskiller Ricoeur (2002) sig fra den tyske filosof Hans Georg Gadamer (Gadamer) filosofiske hermeneutik gennem distance. (130) Distancen tillader ifølge Ricoeur (2002) en større mulighed for

erkendelse, og distance bliver dermed en betingelse for at opnå forståelse (130), hvilket i specialet eksempelvis kommer til udtryk når lydoptagelserne af videointerviewene transskriberes til tekst, hvormed der er sket en distancering.

4.3.2 Fortælling og tekst

I Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) indgår centrale begreber, som er relevante for at forstå den kritiske hermeneutik; *fortælling, oplevelser og erfaring*. Ved fortælling forstås, at mennesket lever i en tilværelse der føles, sanses og forestilles, og denne tilværelse bliver genstand for sproget (128). I specialet kommer dette til udtryk ved, at det som de ufrivillig barnløse kvinder fortæller, ikke er en afspejling af virkeligheden som den er, men er kvindernes fortolkning af virkeligheden som de oplever og erfarer den. Mennesker er en del af den kontekst og historie de udspringer fra, og forstår hinanden ud fra en sammenfletning af oplevelser og erfaringer, som de udvikler i fællesskab via gensidig udveksling (128). Oplevelser og erfaring bliver dermed et betydningsfuldt element for menneskers liv, og en udveksling af de fælles erfaringer i hverdagslivets kompleksitet skaber fortællingen. Fortællingen indeholder både tanker, værdier, meninger, handlinger og holdninger, hvilket sammenfletter både fortid, nutid og fremtid. Fortællingen kan både være mundtlig og skriftlig og er ikke blot en kopi eller beskrivelse af virkeligheden, idet den også indeholder en fortolkning. (128)

4.3.3 Ricoeurs forståelse og forklaring i fortolkningen af tekst

I specialet er den tekst der undergår teksttolkning, det transskriberede materiale fra videointerviewene. Ricoeur (2002) beskriver, at der ikke er et modsætningsfyldt forhold mellem forståelse og forklaring i fortolkning af tekster (130). Forståelse er indføling og engagement, mens forklaring er en objektiv beskrivelse og distancering. Ricoeur (2002) beskriver, at forklaringen går forud for forståelsen, hvormed teksten skal forklares før den kan forstås. (130) Teksten bliver løsrevet fra den oprindelige fortælling idet den bliver nedfældet på skrift (128,130), hvormed den får sin egen historie (133). Dette kommer i specialet til udtryk ved, at kvindernes fortælling transskriberes og dermed bliver til en tekst frem for en fortælling. Ricoeur (2002) mener derimod at forskeren skal distancere sig fra sin egen forforståelse og sætte spørgsmålstejn ved denne og teksten, med henblik på at opnå en forståelse gennem forklaringen (130). Ifølge Ricoeur (1973) er det således gennem teksten, muligt at opnå forståelse (133), og dermed opnå en ny forståelse af den almengyldige væren i verden (130).

4.3.4 Ricoeurs trefoldige mimesis

Ricoeur bygger videre på Aristoteles mimesis-begreb til at forstå menneskelige handlinger. Den trefoldige mimesis er et epistemologisk redskab til at forstå menneskets handlingsliv, hvor der ifølge Ricoeur (2002) opstår en ny virkelighed når forfatteren rekonstruerer den sagte virkelighed til en tekst. Mimesis I er en præfigurativ virkelighed der kendetegnes ved en ureflekteret forforståelse, hvormed fortællingen bliver en del af en meningsgivende proces hvor mennesket ønsker at forstå dets liv. (130) I specialet kommer dette til udtryk ved ufrivillig barnløse kvinders fortællinger om deres mentale sundhed, og hvordan dét at være ufrivillig barnløs påvirker deres umiddelbare liv. Mimesis II er en konfiguration af præfigurationen, hvor forfatteren skaber en tolkning af det sagte (130). Dette kommer i specialet til udtryk ved, at gruppen laver en strukturanalyse ud fra Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018). Mimesis III er en refiguration af konfigurationen, hvor fortolkeren sammenholder mimesis I og II med det formål at give teksten mening (130), hvilket kommer til udtryk i analysens tredje trin; den kritiske fortolkning.

4.4 Litteraturstudie

Litteraturstudiet har til formål at kvalificere samt øge kvaliteten af specialet (134), samt afdække hvilke eksisterende tiltag der er i forhold til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Nedenfor beskrives først den indledende litteratursøgning til problemanalysen og efterfølgende søgeprotokollen samt anvendte søgetekniske værktøjer, med henblik på at øge systematikken og gennemsigtigheden i den systematiske litteratursøgning (135), og er udarbejdet efter anbefalingerne i Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering (2007). Endvidere beskrives tjeklister til kritisk vurdering af de inkluderede studier.

4.4.1 Indledende søgning

Der er i specialet udført en indledende litteratursøgning, se bilag 1: Indledende søgebilag, hvor der er opstillet blokke med anvendte søgeord. Der er på Aalborg Universitets hjemmeside, aub.aau.dk, undersøgt samtlige databasers anvendelsesområder og indhold, og herudfra udvalgt relevante databaser, hvorfor der er søgt i et stort antal af databaser. Dette for at afsøge problemområdet og medtage databaser med indhold vedrørende eksempelvis lovgivning, organisatoriske forhold samt økonomi, med henblik på at sikre, alt relevant litteratur inkluderes. Den indledende litteratursøgning er således udført i 19 databaser herunder The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase og Web of Science. Den indledende søgning er suppleret med kædesøgninger, og den indledende søgning har medvirket til at udfolde videnshullet samt danne grundlag for problemformuleringen. I kædesøgningen er der anvendt Buus et al.s (2008) fire

principper for at fremsøge relevante artikler: 1: skimning af referencers referencer og derved fremfinde ældre og relevante artikler, 2: undersøge artiklers anvendelse af nøgleord og anvende disse i egen søgning, 3: citationssøgning i databasen med henblik på at finde de nyeste referencer samt 4: anvendt funktionen ”related articles” hvor der udvælges relaterede artikler (134). Den indledende søgning er suppleret med søgninger på Google.com og Google Scholar, hvor der er anvendt både danske og engelske søgetermer, med henblik på at identificere grå litteratur, herunder danske rapporter på området, samt dansk videnskabelig litteratur.

4.4.2 Søgeprotokol for litteraturstudiet

Søgeprotokollen for litteraturstudiet opbygges efter en blokstruktur, for at sikre overblik i søgningen og dokumentation, samt for at højne kvaliteten (134). Søgningen tager udgangspunkt i det første forskningsspørgsmål, da et specifikt og præcist spørgsmål vil medføre præcision i søgningen (135). I en bloksøgning inddeles søgetermer i blokke (134) og i specialet søges der i tre blokke fraset CINAHL hvor der kun søges i to blokke. Nedenstående tabel 1 er et eksempel på bloksøgning, se bilag 2: Søgeprotokol, over de systematiske litteratursøgninger.

Tabel 1: Eksempel på bloksøgning i litteraturstudiet

PubMed		
Nr.	Søgeord	Hits
Blok 1: Ufrivillig barnløse kvinder		
1	Infertility [MeSH]	65.219
2	Infertil*	97.328
3	Subfertil*	8.118
4	1 OR 2 OR 3	102.412
Blok 2: Forebyggelse og sundhedsfremme		
5	Health promotion [MeSH]	75.713
6	“Health promotion”	112.048
7	Preventive health services [MeSH]	588.251
8	5 OR 6 OR 7	623.228
Blok 3: Mental sundhed		
9	Mental health [MeSH]	37.173
10	“psychological health”	5.203
11	9 OR 10	41.542
AND kombination		
12	4 AND 8 AND 11	9

Der anvendes i søgningen både tesaurustermene og fritext termer. Tesaurustermene er kontrollerede emneord der er indekseret og kategoriseret i den enkelte database (134). Der kan være stor variation i de enkelte databaser indeksering (134), hvorfor disse med fordel kan undersøges individuelt (135). Ligeledes suppleres der med fritext termer da der kan være artikler, der endnu ikke er indekseret under en tesaurusterm, og der kan ligeledes være tesaurustermene der endnu ikke er oprettet, hvor fritext medtager disse (136). En fordel ved at anvende tesaurustermene er, at der medtages studier, som er indekseret under termen, men som man ikke selv havde medtaget i søgningen (135). Tesaurustermene benævnes forskelligt i databaserne, hvorfor både indeksering og benævnelser herfor varierer på tværs af databaser. Der anvendes ligeledes funktionen *explode*, der sikrer at underkategorier til tesaurustermen medtages (135). Funktionen varierer inden for databaserne (135), hvorfor de undersøges manuelt ved at udfolde emnetræet for hver database. Nogle databaser exploder automatisk, eksempelvis databasen PubMed, og i andre databaser skal det gøres manuelt, eksempelvis i databasen CINAHL. Der anvendes ligeledes søgetekniske værktøjer for at højne systematikken, eksempelvis trunkering. Trunkering markeres med asteriks (*) og sikrer, at alle gradbøjninger af ordet efter asteriksen medtages (134–136). Der anvendes boolske operatorer i søgningen, hvor *OR* anvendes om synonymer inden i søgeblokken for at udbrede søgningen, og *AND* anvendes på tværs af søgeblokkene for at indsnævre søgningen (134,137,138).

4.4.3 Valg af databaser

Forud for valg af databaser, undersøges databasernes relevans ud fra indhold, ved hjælp af Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering (135) og Aalborg Universitetsbiblioteks hjemmeside, således det imødekommes, at alle relevante databaser anvendes. Dette øger sandsynligheden for, at alt relevant litteratur på området afsøges. Der vil ud fra dette princip afsøges i databaserne CINAHL, Cochrane Library, Embase, PsychINFO, PubMed samt Sociological abstracts. CINAHL anvendes idet databasen er bred i forhold til videnskabelige retninger, hvilket blandt andet dækker sundhedsfaglige områder (136,137,139) og det derfor antages at databasen bidrager med studier der omhandler indsatser rettet mod mental sundhed i forbindelse med ufrivillig barnløshed. Cochrane Library afsøges, da databasen har et højt antal internationale reviews (136,137,140), hvilket kan bidrage med syntese af flere forskellige tiltag og deres effekter (137) i forhold til tiltag der kan fremme mental sundhed blandt ufrivillig barnløse kvinder. Embase vælges, idet databasen er den største samling af databaser inden for det medicinske felt samt lignende områder (136,141), hvilket blandt andet inkluderer databasen MEDLINE (141). Derfor antages det, at artikler fremsøgt i Embase kan bidrage med viden om tiltag til ufrivillige barnløse kvinder i forhold til mental

sundhed. Databasen PsycINFO indeholder litteratur vedrørende psykologi samt adfærd-, social- og sundhedsvidenskab (136,137,142), hvorfor en søgning i denne database kan bidrage med kvalitative studier omhandlende indsatser rettet mod ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Der søges i databasen PubMed, idet denne er stor og indeholder referencer omkring flere sundhedsvidenskabelige områder (136,137,143), hvilket kan bidrage med viden om forskellige interventioner der kan forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Sociological abstracts vælges idet databasen blandt andet beskæftiger sig med adfærds- og socialvidenskab (144), hvilket antages at bidrage med viden om indsatser rettet mod gruppen af ufrivillig barnløse kvinder.

4.4.4 Udvælgelse af studier

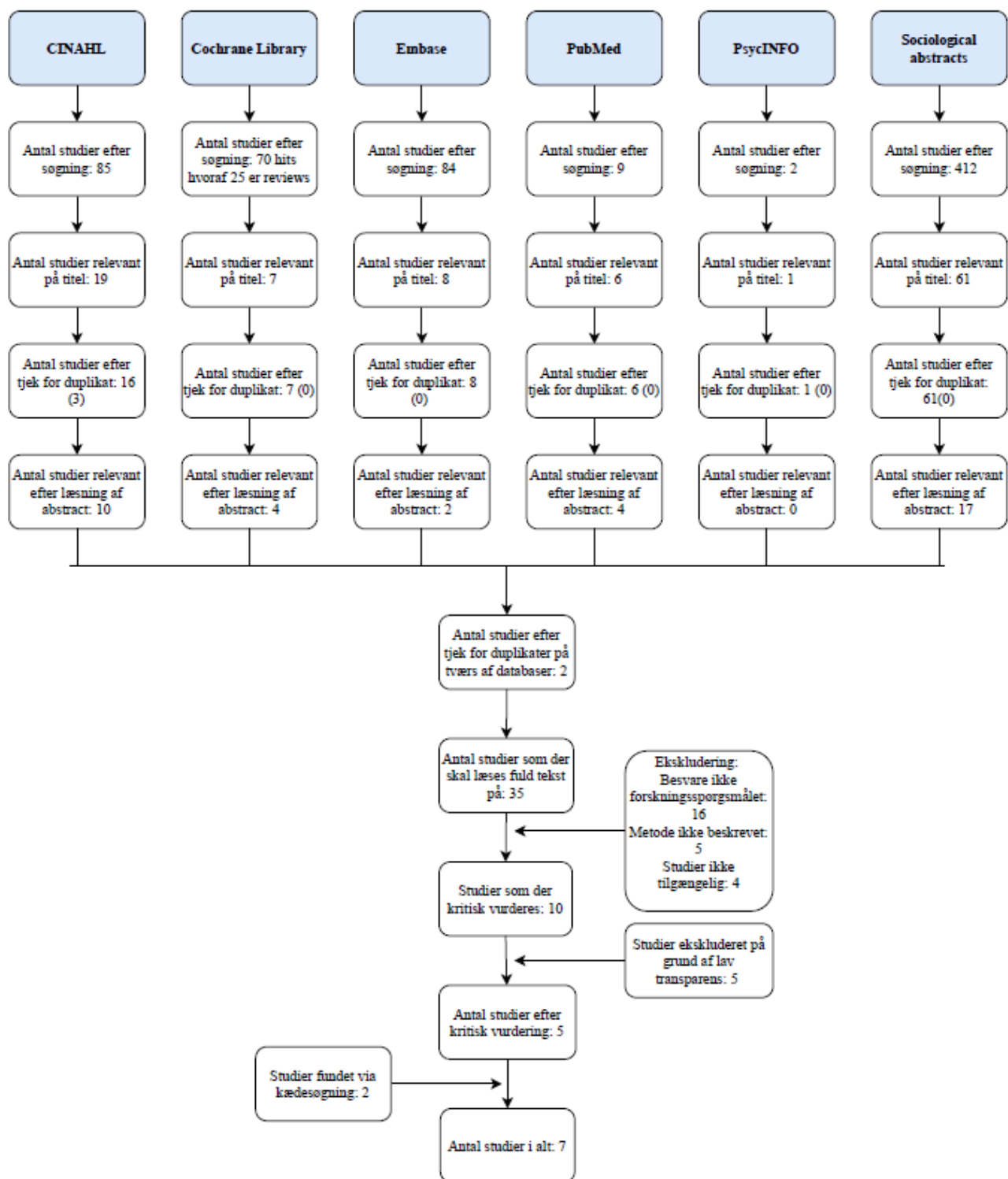
For at præcisere søgningen, er der opstillet in- og eksklusionskriterier (135) som anvendes aktivt i den systematiske litteratursøgning, og ses i nedenstående tabel 2:

Tabel 2: In- og eksklusionskriterier for studier i den systematiske litteratursøgning

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier som omhandler ufrivillig barnløshed	Studier som ikke omhandler ufrivillig barnløshed
Studier som inkluderer kvinder	Studier som udelukkende inkluderer mænd
Alder på deltager >18 og <45 år	Alder på deltager <18 og >45 år
Studier som omhandler mental sundhed i relation til ufrivillig barnløshed	Studier som omhandler mental sundhed hos kvinder med specifikke somatiske eller psykiske diagnoser
Studier som indeholder en tydelig beskrivelse af deres metoder	Studier som ikke indeholder en tydelig beskrivelse af deres metoder
Studier som behandler mænd og kvinder separat i analyser og resultater	Studier som ikke behandler mænd og kvinder separat i analyser og resultater

Ved den systematiske litteratursøgning er der i alt fremsøgt 617 studier på tværs af de seks databaser, hvor specialegruppen sammen har gennemgået titel og abstract for databasen CINAHL ud fra ovenstående in- og eksklusionskriterier. For de resterende databaser har gruppens medlemmer individuelt udvalgt studier ud fra in- og eksklusionskriterierne. Herefter overføres de udvalgte studier til referencehåndteringsprogrammet Mendeley, hvor der for hver enkelt database er blevet tjekket for duplikater. Der er kun blevet identificeret duplikater i databasen CINAHL. Efterfølgende er der blevet

læst abstracts, for hver enkelt database, og de udvalgte abstracts er blevet samlet i én mappe, hvor der igen kontrolleres for duplikater på tværs af databaserne. To duplikater er i denne proces identificeret. Denne trinvis sortering resulterer i 35 studier som der blev læst fuldtekst på og vurderet ud fra de opstillede in- og eksklusionskriterier. Af de 35 studier blev 25 ekskluderet idet de ikke opfyldte inklusionskriterierne, herunder relevans for forskningsspørgsmålet samt at metoderne i studierne ikke var beskrevet. Endvidere er fire studier blevet ekskluderet, da det ikke var muligt at finde eller fremskaffe fuldtekst af studierne via Aalborg Universitetsbibliotek. Dermed blev 10 studier kritisk vurderet, ud fra relevante tjeklister for de respektive studiedesigns, hvoraf fem ekskluderes. Af de fem resterende studier er der foretaget en kædesøgning, hvormed to studier er blevet inkluderet og har undergået kritisk vurdering, se flowchart, figur 4 for en grafisk illustration af udvælgelsesprocessen.



Figur 4: Flowchart over studievælgelsen

Af flowchartet fremgår endvidere at der er foretaget kædesøgninger på de fremsøgte studier fra den systematiske litteratursøgning. I kædesøgninger tages der udgangspunkt i et eller flere udvalgte studiers referencer, hvor referencerne gennemgås med henblik på at identificere relevante studier som kan bidrage med at besvare forskningsspørgsmålet (136). Specialegruppen identificerede to studier gennem kædesøgningen, hvoraf det ene studie var blevet refereret til i fire ud af de fem udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgning, mens det andet studie var blevet refereret til en gang, se bilag 3: Kædesøgning, for en visuel model over hvilke studier fra den systematiske litteratursøgning der refererede til de to studier identificeret fra kædesøgningerne.

4.4.5 Kritisk vurdering af inkluderede studier

De udvalgte studier vil blive kvalitetsvurderet ud fra relevante tjeklister i forhold til det enkelte studies design. I dette tilfælde anvendes Joanna Briggs Institutes (JBI) tjeklister til at kvalitetsvurdere de udvalgte studier. JBI anbefaler, at minimum to personer udfører den kritiske vurdering (145–149), hvorfor to gruppemedlemmer har vurderet studierne. Fælles for tjeklisterne af JBI er, at de er peer reviewed (146–149). Den metodologiske kvalitet af de kvantitative studierne vil blive vurderet ud fra de kvantitative kvalitetskriterier, som omhandler intern validitet, ekstern validitet og reliabilitet. Intern validitet handler om gyldigheden af studiets resultater, det vil sige, hvorvidt studiets procedure har målet det som var hensigten. Ekstern validitet handler om, hvorvidt resultaterne fra studiet kan generaliseres ud over målgruppen. (150) Reliabiliteten handler om, hvorvidt resultaterne fra studiet kan reproducere (151). Der er inkluderet et opinionpaper, som vurderes ud fra de kvalitative kvalitetskriterier der omhandler bekræftbarhed, overførbarhed og transparens.

4.5 Kvalitativ interviewundersøgelse

I følgende afsnit redegøres og begrundes den kvalitative interviewundersøgelse, som anvendes i specialet. Formålet med afsnittet er at øge transparens i interviewundersøgelsen.

4.5.1 Interview som metode

Ifølge Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) er en fortælling en sammenfletning af erfaringer og oplevelser om begivenheder og hændelser i det levede liv. En fortælling er dermed velegnet til at få indblik i menneskers opfattelser og fortolkninger af verden. (128) Dette er centralt i specialet, hvor der er fokus på kvinders erfaringer med, og oplevelser af, hvordan ufrivillig barnløshed påvirker deres mentale sundhed, hvorfor der søges kvindernes fortælling af dette. Fortællinger er overleveringer og erfaringer via hverdags sproget, de er dynamiske og åbne, og bliver dermed et udgangspunkt for dialog og forståelse mellem mennesker (128).

Formålet med fortællinger er formidling af levede erfaringer og på den måde at blive i stand til bedre at forstå sin egen situation og være i verden (128). I specialet erfares fortællingerne gennem dialog med ufrivillig barnløse kvinder, der kan medvirke til fortolkning og forståelse af deres tanker, meninger og holdninger i relation til deres oplevelse af at være ufrivillig barnløs, og hvilken påvirkning det har på deres mentale sundhed. Denne dialog skabes gennem telefon- og videointerview, der er velegnede dataindsamlingsmetoder til at undersøge personers oplevelser, holdninger og livshistorier (152). Interviewet er en dynamisk interaktion mellem to eller flere personer, og medfører sociale og kontekstbundne svar. Det er desuden en metode til at opnå adgang til personers oplevelser af forskellige fænomener i deres livsverden, hvor livsverden forstås som den verden informanten møder i hverdagen. Et veludført interview er ifølge professor i psykologi Svend Brinkmann og professor i pædagogisk psykologi Lene Tanggaard (Brinkmann og Tanggaard) (2015) en velegnet metode til at forstå mennesket og komme så tæt som muligt på dets oplevelser. (153) Interview muliggør undersøgelsen af, hvordan personer forstår bestemte situationer og fænomener (152,153), hvilket gør metoden velegnet i forhold til at undersøge kvindernes levede erfaringer relateret til ufrivillig barnløshed samt påvirkning af deres mentale sundhed.

4.5.2 Telefon- og videointerview

Interview kan udformes på flere måder afhængigt af formål, og kan blandt andet være individuelle og gruppebaserede ansigt til ansigt samtaler eller telefoninterview (154), og indebærer mundtlige spørgsmål til et specifikt emne (155). Som følge af Regeringens (2020) anbefalinger om at undgå forsamlings samt social afstandtagen i forbindelse med COVID-19, bliver interviewene indsamlet gennem telefon- eller video. Ansigt til ansigt interviewet har flere ligheder med det telefoniske interview, idet der inden for begge områder skal tages stilling til, eksempelvis udvælgelse af informanter, udformning af spørgsmål samt spørgeteknik og hvor mange der skal interviewes (155). Telefoninterviewet kan endvidere have fordele såsom ophævelse af geografiske begrænsninger og øget mulighed for anonymitet (156) samt større sandsynlighed for ærlighed i forbindelse med socialt uacceptable eller følsomme emner hvormed risikoen for, at informantens svar påvirkes af interviewerens mindskes (155). Videointerviews kan ligeledes ophæve geografiske begrænsninger og muliggør observering og kan desuden give informanten en øget tryghed, da de får mulighed for at blive interviewet i eget hjem (157). Dette gør telefon- og videointerview til særligt velegnede metoder inden for fænomenet ufrivillig barnløshed, der af flere studier beskrives som en situation præget af blandt andet skyld (41), skam (27) og stigma (6,10,22,99,100). Endvidere er telefoninterviews særlig velegnede, når der ønskes viden om sårbare emner herunder mental sundhed (156). Ydermere er der

god overensstemmelse mellem hvad der siges i et ansigt-til-ansigt interview sammenlignet med et telefoninterview (155). Telefon- og videointerview er derfor velegnede metoder til at undersøge personfølsomme emner og oplevelser hos informanter, blandt på grund af muligheden for anonymitet, hvorfor metoderne anvendes i specialet. Informanter foretrækker ofte at blive interviewet i eget hjem (158), hvilket er muligt med telefon- eller videointerview (157). Professorer i kvalitative metoder Sharan B. Merriam og Elizabeth J. Tisdell (Merriam og Tisdell) (2016) samt professorer i psykologi Steinar Kvale og Svend Brinkmann (Kvale og Brinkmann) (2015) håndterer telefon- og videointerview som en fælles metode kaldet computerstøttet kommunikation (152,159) hvorfor det fremadrettet i specialet ligeledes håndteres som en samlet metode. Interviewene udformes som individuelle interviews, da der ønskes dybdegående beskrivelser af ufrivillig barnløshed, hvilket anses som et potentielt følsomt emne. Individuelle interviews er velegnede ved følsomme emner, som informanten muligvis ikke vil tale om, hvis der er andre tilstede, eksempelvis en partner (158).

4.5.3 Udvalgelse af informanter

Begrebet *sampling* beskrives af Maxwell som problematisk inden for kvalitativ forskning, da det antyder, at formålet med udvælgelsen af populationen er repræsentativitet (126), hvorfor der i specialet anvendes begrebet *udvalgelse* af informanter, i stedet. Udvalgelsen vil foregå efter princippet formålstjenstlig udvælgelse, hvor der bevidst udvælges informanter ud fra bestemte kriterier med henblik på, at kun denne gruppe kan besvare spørgsmål relateret til det undersøgte fænomen (126). Professor i strategi og ledelse Emily S. Block og ph.d. i sundhedspolitik Laura Erskine (2010) anbefaler formålstjenstlig udvælgelse i forhold til telefoninterview, når der ønskes besvarelse af åbne spørgsmål (155). I specialet udvælges kvinder, der oplever ufrivillig barnløshed og påvirkning af deres mentale sundhed, idet disse kan bidrage med oplevelser og levede erfaringer relateret hertil. Idet konsekvenserne i forhold til nedsat mental sundhed er særlig fremtrædende hos kvinder, sammenlignet med mænd (70–72), er målgruppen i specialet kvinder. Formålstjenstlig udvælgelse af informanter berører, hvordan der bedst kan udvælges informanter, der kan besvare forskningsspørgsmålet (126). Et af Maxwells (2005) kriterier inden for formålstjenstlig udvælgelse omfatter typikalitet i forhold til individer og indebærer, at der er fokus på at medtage informanter, der afspejler de gængse holdninger og oplevelser inden for området. (126) Ifølge Merriam og Tisdell (2016) er formålet med *typisk formålstjenstlig udvælgelse* at fremhæve hvad der er typisk, normalt eller gennemsnitligt og dermed vælges informanter ud fra at de ikke er atypiske, ekstreme tilfælde eller afvigende (159). I specialet kommer typisk formålstjenstelig udvælgelse til udtryk ved, at informanterne skal have en oplevelse af at være ufrivillig barnløs og at dette påvirker deres mentale

sundhed. Endvidere selekteres der ud fra den alder hvor det er muligt at få medicinsk behandling for ufrivillig barnløshed således, at kvinderne skal være i alderen 18-45 år (13). Specialegruppen har dermed en antagelse om, at informanterne kan udtale sig om ufrivillig barnløshed og påvirkningen af deres mentale sundhed, og dermed være med til at finde den typiske erfaring og oplevelse med fænomenet ufrivillig barnløshed. Derfor udvælges alle informanter der passer på den valgte profil, som inkluderes i den typiske formålstjenstlige udvælgelse (159). Nedenstående tabel 3 viser in- og eksklusionskriterier ved udvælgelse af informanter.

Tabel 3: In- og eksklusionskriterier ved udvælgelse af informanter

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Kvinder som oplever ufrivillig barnløshed	Kvinder som ikke længere eller ikke oplever ufrivillig barnløshed
Kvinder som oplever bekymringer relateret til at være ufrivillig barnløs	Kvinder som ikke oplever bekymringer angående det at være ufrivillig barnløs
Alder >18 og <45 år	Alder <18 og >45 år
Kvinder som taler og forstår dansk	Kvinder som hverken taler eller forstår dansk
	Mænd

Kontakt til deltagere sker via forskellige platforme, med henblik på at opfylde Maxwells (2005) udvælgelseskriterium, om at den typiske informant matchende in- og eksklusionskriterier, da det formodes, at der kan skabes kontakt til den gruppe personer der er typiske, indenfor problemfeltet. Der kan dog forekomme begrænsninger idet en sådan udvælgelse udelukker personer uden internet, og der er således risiko for at ekskludere relevante deltagere (158,159). Internettet kan være en effektiv måde at etablere og indsamle data til kvalitativ forskning (158), ved eksempelvis programmet Skype (159), og internettet vælges i specialet som kontaktmedie til informanter. Kontakten sker gennem Facebook-opslag både på gruppemedlemmernes private profiler samt i grupper for ufrivillig barnløse, med henblik på at nå ufrivillig barnløse kvinder, se bilag 4: Informationsmateriale til informanter. Derudover har gruppemedlemmerne lavet opslag på deres LinkedIn-profiler. Dette med henblik på at skabe kontakt til den typiske kvindelige informant i forhold til oplevelser af nedsat mental sundhed vedrørende ufrivillig barnløshed.

4.5.4 Interviewguide

Interviewformen i specialet er semistruktureret, idet denne tilgang tillader fokus på bestemte fænomener (126), her ufrivillig barnløshed samt påvirkningen på den mentale sundhed. En semistruktureret interviewguide muliggør desuden styringen i interviewet samt besvarelse af på forhånd udvalgte spørgsmål, relateret til problemet, med samtidig mulighed for at forfølge den fortælling informanten er optaget af (153). Semistruktureret interview muliggør derfor kreativitet i interviewet, sammenlignet med et struktureret interview, men bidrager med større struktur end et ustruktureret interview (153), og muliggør desuden tilføjelse af temaer undervejs (160). Interviewguiden, se bilag 5: Interviewguide, udformes med henblik på at opnå besvarelse af det andet forskningsspørgsmål.

Endvidere opdeles interviewguiden i forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål og opfølgende spørgsmål. Forskningsspørgsmålene anvendes til at besvare problemformuleringen, og vil være mere teoretiske og abstrakte sammenlignet med interviewspørgsmålene, som vil være mere letforståelige og hverdagspræget i sproget, dette jævnfør Brinkmann og Tanggaard om udformning af interviewguide. Hverdagssproget er ifølge Dreyer og Pedersens udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) ligeledes centralt, da det anvendes i fortællinger og medvirker til at synliggøre menings- og betydningshorisonter på grund af dets nuancer og udtryksrigdom (128). En anden forskel mellem forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål drejer sig om forskningsspørgsmålets søgen mod forklaringer af fænomener og sammenhænge modsat interviewspørgsmål, der rettes mod beskrivelser af disse (153). Endvidere vil interviewguiden indledningsvist indeholde simple og ligefremme spørgsmål, da dette kan øge informantens tiltro til egne evner og nedsætte eventuel ængstelse forbundet med deltagelse i interviewet (156). Informantens fortællinger forfølges med opfølgende spørgsmål, såfremt interviewereren finder dette relevant. De opfølgende spørgsmål omhandler blandt andet sonderende spørgsmål og fortolkende spørgsmål med henblik på at udfolde og afklare informantens svar (152). Sonderende spørgsmål kan endvidere medføre, at informanten finder sin egen stemme (156) og kan medvirke til at skabe en detaljeret beskrivelse (153). Dette er især vigtigt i forbindelse med telefoninterview idet der ved denne metode er en særlig risiko for manglende detaljerighed i informanternes beskrivelse (155). Nedenstående viser et uddrag af interviewguiden, tabel 4:

Tabel 4: Uddrag af interviewguide

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Hvordan påvirkes den mentale sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder	Hvordan oplever du, at ufrivillig barnløshed påvirker dig psykisk?	Kan du fortælle mere om det? Kan du prøve at komme med eksempler på dette? Er det rigtigt forstået at ...?
	Hvilke udfordringer oplever du i din hverdag ved at være ufrivillig barnløs?	Kan du fortælle mere om det?

Forud for afholdelse af interview anbefales, at interviewguiden testes via et pilotinterview, med henblik på at foretage eventuelle rettelser (158).

4.5.5 Gennemførelse af videointerviews

Hvert interview gennemføres af et af gruppemedlemmerne som videointerview over Skype, efter informanternes ønske. Informanter deles således op mellem gruppens medlemmer, hvor hvert medlem udfører interviewet alene. Der afsættes 45 minutter til hvert interview, hvoraf de første fem minutter er afsat til briefing mens de sidste fem minutter er afsat til debriefing af informanten. Informanterne skal under briefing og debriefing informeres om formålet med og procedurerne for forskningsprojektet, herunder fortrolighed, i forhold til hvem der har adgang til datamaterialet (152). Under briefing vil formålet med interviewundersøgelsen præsenteres hvorefter samtykkeerklæringen, se bilag 6: Samtykkeerklæring, gennemgås. Dette omhandler, at interviewet vil blive optaget på et diktafonredskab, og at informantens udtalelser vil blive behandlet fortroligt, og endeligt afsluttes briefing med, at der spørges ind til, om informanten har nogle spørgsmål forud for interviewets start. Samtykkeerklæringen har til formål at sikre, at informanten er bekendt med, at det er frivilligt at deltage i interviewet, og at informanten på hvilket som helst tidspunkt kan tilbagetrække sit samtykke. Fortrolighed vedrører de aftaler, der er mellem forskeren og informanterne, i forhold til hvad den genererede data kan anvendes til, hvem der har adgang til data, samt hvordan data behandles med henblik på at sikre informanterne anonymitet og beskytte deres privatliv (152). Til debriefingen adspørges informanterne, om de ønsker at tilføje noget eller spørge

om noget vedrørende interviewundersøgelsen eller specialet. Dette giver informanten anledning til at åbne op for eventuelle bekymringer eller spørgsmål, som er opstået under interviewet (152). Der vil under interviewet være fokus på at skabe så tillidsfuld og afslappet en stemning som muligt, da dette kan være en udfordring ved telefoninterview (155). Således vil informanterne kunne vælge, om de ønsker billede af både dem selv og interviewer under samtalen, kun af interviewer eller ingen af delene. Dette antages at kunne skabe en situation tilnærmelsesvis tilsvarende et personligt møde. Endvidere har der været øget fokus på small-talk med informanten for at skabe en tillidsfuld relation. Der gennemføres et pilotinterview med den første informant. Dette anbefales idet interviewguiden testes overfor informanten i forhold til om denne forstår spørgsmålene, hvorefter der kan foretages nødvendige rettelser (158). Pilotinterviewet indgår i det samlede datamateriale, da der kun var få tilrettelser til interviewguiden, og specialegruppen vurderer, at interviewet har en god kvalitet. Dette understøttes af Christensen et al. (2011), som beskriver, at pilotinterviews kan medtages i det samlede datamateriale, såfremt det har den nødvendige kvalitet (158).

4.5.6 Transskription og transskriptionskonventioner

Som start på analysen skal informanternes fortællinger konverteres til tekst (128). Dette medfører, at fortællingen løsriver sig fra ophavsmanden (128,130), hvormed teksten får sin egen historie (133). Det vil sige, at kvindernes fortællinger distanceres fra dem og bliver til tekst som gruppen kan fortolke, gennem forklaring og forståelse. Forud for oversættelsen af teksten udarbejdes transskriptionskonventioner, se bilag 7: Transskriptionskonventioner, med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2015) således kompleksiteten i oversættelsesprocessen lettes (152). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bør det overvejes, om der i transskriptioner medtages ord som *øh*, pauser og betoning (152), da dette kan have betydning for fortællingen og fortolkningen af denne, hvorfor dette medtages i transskriptionerne, jævnfør Dreyer og Pedersens udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) i forhold til sproget i og fortolkning af fortællingen. Således søges der at transskribere det talte sprog og toneleje så præcist som muligt. Efterfølgende er ord som *øh* slettet fra de udvalgte citater anvendt i analysen, da det er vurderet, at disse ikke har betydning for fortællingen. I specialet transskriberes de enkelte interviews af den person som har udført det, hvilket anbefales af Tanggaard og Brinkmann samt Kvale og Brinkmann da dette øger sandsynligheden for at gengive den præcise ordlyd (152,153). Efterfølgende gennemlyttes og læses de transskriberede interviews af en anden fra specialegruppen med henblik på at sikre, at transskriberingen er fejlfri, hvilket er i overensstemmelse med Christensen et al.s (2011) anbefalinger herom (158).

4.5.7 Datahåndtering

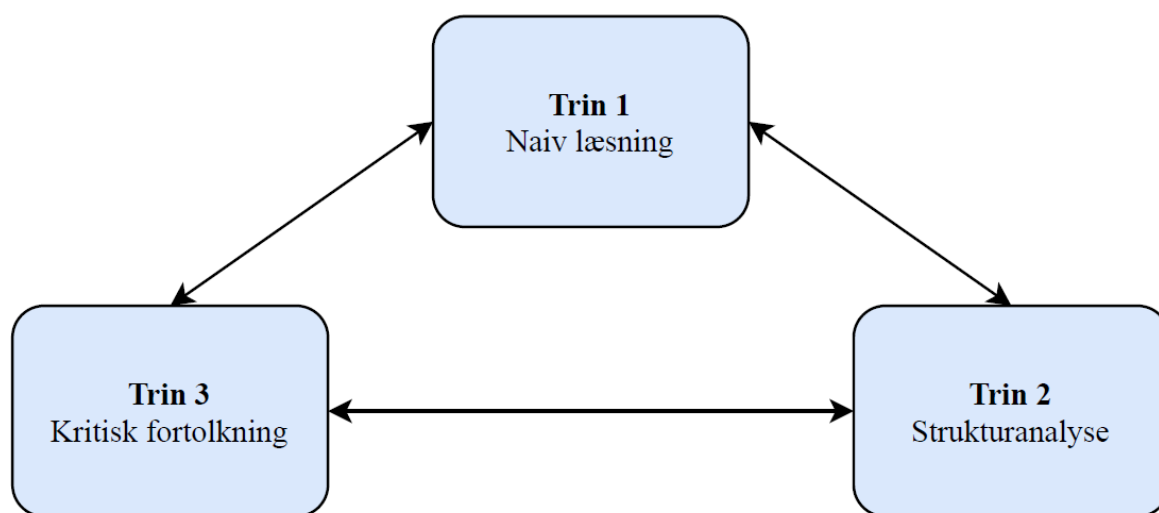
Interviewene optages med henblik på at kunne dokumentere og senere analysere de pågældende interviews (152), i dette tilfælde optages interviewene på et diktafonredskab på specialegruppens mobiltelefoner. Fordelene ved at optage interviewene omhandler blandt andet, at intervieweren har mulighed for, at koncentrere sig om selve interviewet og det informanten fortæller, samt sikre at interviewet dokumenteres detaljeret, hvormed interviewene kan gennemlyttes flere gange så ordene og deres lyd genkaldes (152). Data fra interviewene behandles efter gældende regler fra Datatilsynet, hvilket blandt andet indebærer sikker opbevaring af personoplysninger vedrørende informanterne (161). Lydfilen fra hvert enkelt interview er overført til en krypteret del af gruppemedlemmernes harddisk efter endt interview, hvorefter lydfilen på mobiltelefonen slettes omgående. Interviewene transskriberes via programmet InqScribe på den krypterede harddisk, hvorefter de anonymiserede transskriptioner deles mellem gruppens medlemmer. Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler, at informanterne og andre omtalte personers identitet løbende sløres under transskriberingen (152), hvilket gøres ved at informanternes navne løbende erstattes med pseudonymer. De indhentede samtykkeerklæringer fra informanterne, er opbevaret på en af gruppemedlemmernes krypterede harddisk. Alle filer på den krypterede harddisk, herunder lydfiler og samtykkeerklæringer, slettes når specialet afsluttes, hvilket er i overensstemmelse med Datatilsynets anbefalinger (162).

4.6 Analysestrategi

Pedersen og Dreyers fænomenologisk-hermeneutiske forskningstilgang inspireret af Ricoeurs fortolkningsteori (2018), udgør specialets analysestrategi, da denne tager udgangspunkt i Ricoeurs kritiske fortolkningsteori og er velegnet til at fortolke levede erfaringer og dermed frembringe en ny fortolkning af væren i verden (128,163). Formålet med analysen er at fortolke ufrivillig barnløse kvinders levede erfaringer, med henblik på at forklare hvordan dette fænomen påvirker ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

Ifølge Maxwell (2005) skal der tilstræbes sammenhæng mellem den teoretiske ramme samt valgte metoder (126), hvilket i specialet kommer til udtryk ved, at den valgte videnskabsteoretiske position, kritisk hermeneutik, bestemmer valget af analysestrategi. Idet der er sammenhæng mellem videnskabsteoretisk position og analysestrategi kan dette ud fra Maxwell (2005) være med til at sikre konsistens og kohærens i specialet. Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) kan anvendes til fortolkning af det meningsskabende og betydningsfulde i det levede liv, hvor analyse og fortolkning ses som en bevægelse fra overfladefortolkning til dybdefortolkning (128,163). Dette kan relateres til Ricoeurs trefoldige mimesis, hvor specialegruppen bevæger sig

mellem forklaring og forståelse med henblik på at opnå en dybere forståelse af det almene. Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) indeholder tre trin: naiv læsning, strukturanalyse samt kritisk fortolkning (128,163). I specialet udfoldes trin tre som to separate afsnit, hvor der i den kritiske fortolkning anvendes Honneths anerkendelsesteori til at forklare hvad der er alment på spil hos ufrivillig barnløse kvinder i forhold til deres mentale sundhed, ud fra temaerne i strukturanalysen. Specialets resultatdiskussion indeholder yderligere forklaring af det alment gældende med inddragelse af fund fra litteraturstudiet samt anden relevant empiri og teori, og er således ikke en del af analysen. I nedenstående figur 5, vises de tre analysetrin anvendt i specialet.



Figur 5: Illustration af de tre analysetrin med inspiration fra Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori

4.6.1 Trin 1: Naiv læsning

I specialet vil de otte transskriberede interviews gennemlæses, hvor specialegruppen noterer de antagelser som fremkommer gennem den naive læsning, og derefter sammenskrive dette til en sammenhængende tekst. Ud fra Ricoeur (2002) relaterer dette sig til mimesis I (130), og er ifølge Pedersen og Dreyer (2018) således første trin i analysen, *naiv læsning*, og fortolkningsprocessen begynder med en åben læsning af hele teksten (128), i dette tilfælde det transskriberede materiale af interviewene. I den naive læsning skal forskeren stille sig åben og modtagende overfor teksten, hvor de første indledningsvise og kvalificerede antagelser om teksten foretages, hvormed det første trin resulterer i en umiddelbar analyse af teksten (128). Denne åbenhed i den naive læsning, i forhold til

hvad der umiddelbart træder frem, bidrager med det fænomenologiske perspektiv i analysen og den første og umiddelbare analyse sammenskrives til en sammenhængende tekst (128).

4.6.2 Trin 2: Strukturanalyse

Trin to, *strukturanalyse*, omhandler ifølge Pedersen og Dreyer (2018) at teksten gennemlæses igen, med det formål at forklare strukturen heri (128). Ud fra Ricoeur (2002) relaterer dette sig til mimesis II, og Ricoeur (1973) beskriver forklaring som:

“[...] at forklare er at afdække strukturen, det vil sige de indre afhængighedsforhold, der udgør tekstens statiske funktion.” (132, p. 126)

I dette trin foretages en åben kategorisering af tekstens strukturer med udgangspunkt i meningsenheder, som relateres til de antagelser i teksten, der blev udledt på baggrund af den naive læsning i det første trin (128). I denne proces søges der forklaringer gennem meningsenheder, det vil sige *hvad der siges*, til betydningsenheder som er *hvad der tales om*, med henblik på at udlede temaer fra teksten (128). Ud fra Ricoeurs forståelse af tekst og tekstfortolkning jævnfør afsnit 4.3.3 *Ricoeurs forståelse og forklaring i fortolkning af tekst*, vil *det der siges*, forstås som teksten og *det der tales om*, forstås som tekstfortolkningen. Strukturanalysen indeholder ifølge Pedersen og Dreyer (2018) det forklarende element, som er overgangen fra naiv fortolkning, overfladefortolkning, til kritisk fortolkning, dybdetolkning (128). Således gennemlæses transskriptionerne endnu engang med henblik at identificere det essentielle i materialet samt at forklare betydningen heraf. Til dette anvendes et strukturanalyseskema, se tabel 5, som kan hjælpe med at skabe overblik over *hvad der siges* til *hvad der tales om*, og derigennem udlede temaer (128).

Tabel 5: Strukturanalyseskema

Meningsenhed <i>Hvad der siges</i>	Betydningsenhed <i>Hvad der tales om</i>	Tema
Citat fra teksten	Forklaring af teksten	Tema

Strukturanalyseskemaet anvendes ifølge Pedersen og Dreyer (2018), ved at indsætte citater fra teksten, der af forskeren opfattes som essentielle (128). Dette sker i specialet, ved at gruppen først distancerer sig, og dermed forklarer meningsenhederne i betydningsenheder, for derefter at opsætte temaer. Denne proces gentages, hvor gruppen bevæger sig frem og tilbage mellem meningsenhed, betydningsenhed og tema, indtil gruppen har identificeret de essentielle temaer fra den tekst.

4.6.3 Trin 3: Kritisk fortolkning

Det tredje og sidste trin, i Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018) omhandler kritisk fortolkning og diskussion, hvor der inddrages litteratur og anden forskning (128). I forhold til Ricoeurs fortolkningsteori (2002) relaterer dette sig til mimesis III (130). Tredje trin i specialets analyse præsenteres som en kritisk fortolkning af temaer med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori, hvilket herefter diskuteres i afsnit 7. *Diskussion af resultater*, med brug af fund fra litteraturstudiet samt anden relevant empiri og teori. Den kritiske fortolkning foregår mellem det konkrete og det almene med udgangspunkt i de fremanalyserede temaer fra strukturanalysen (128). Dette jævnfør afsnit 4.3.3 *Ricoeurs forståelse og forklaring af tekst*, hvor Ricoeur (2002) ønsker at opnå forståelse af noget almengyldigt om væren i verden. Ifølge Ricoeur (2002) løsrives den oprindelige fortælling om menneskets væren i verden idet den nedfældes på skrift (130), hvorfor informanternes fortællinger bliver et udtryk for deres individuelle konkrete oplevelse af væren i verden, men når disse fortællinger nedfældes på skrift og denne tekst undergår fortolkning bliver teksten et udtryk for noget alment gældende i gruppen af ufrivillig barnløse kvinder. Fortolkningsprocessen muliggør ifølge Ricoeur (2002) at opnå en ny og almengyldig forståelse af væren i verden (130). Igennem hele fortolkningsprocessen vil de mest sandsynlige tolkninger og betydninger opstå i den aktuelle kontekst, det vil sige, at de er påvirket af den sammenhæng og samtid, som fortolkningen finder sted i, hvormed fortolkningen bevæger sig fra det konkrete til det almene niveau. (128) Der anvendes teori af Honneth til at forklare teksten og dermed løfte denne strukturanalyse i trin to til et alment niveau. Efter at have udført analysen, er der ifølge Pedersen og Dreyer (2018) et sidste trin i processen, som omhandler formidling af den fremanalyserede fortolkning til praksis, hvor dette kan gøres både skriftligt og mundtligt (128). I specialet vil den kritiske fortolkning blive diskuteret med fund fra litteraturstudiet samt anden relevant empiri og teori, hvorefter der udarbejdes et beslutningsgrundlag der kan danne grundlag for forandring af forebyggende og sundhedsfremmende strategier i forhold til forbedring mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder. Dette beslutningsgrundlag videreformidles til beslutningstagere i danske kommuner og regioner.

4.6.3.1 Teoretisk ramme til kritisk fortolkning ud fra Honneths anerkendelsesteori

Afsnittet vil indeholde sidste trin i analysen ud fra Pedersen og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018), den kritiske fortolkning. I den kritiske fortolkning bevæges fra det konkrete i strukturanalysen, til det almene (128,163). Den kritiske fortolkning vil derfor indeholde en fortolkning af, hvordan det alment opleves at være ufrivillig barnløs kvinde, og hvordan det påvirker

deres mentale sundhed. Til at løfte analysen fra det konkrete til det almene anvendes Honneths anerkendelsesteori (1995, 2003) til at forklare hvad der alment er på spil fra resultaterne, der blev præsenteret i strukturanalysen. Honneths anerkendelsesteori kan anvendes som analytisk redskab af empiriske undersøgelser (164), og anvendes i specialet til at forklare hvad der er på spil blandt ufrivillig barnløse kvinders levede erfaringer og væren i verden. Således anvendes Honneths teori til at løfte fortolkningen fra de konkrete erfaringer repræsenteret i strukturanalysen, til et alment niveau i den kritiske fortolkning, der forklarer anerkendelses betydning i forhold til at være ufrivillig barnløs kvinde og påvirkningen af den mentale sundhed.

4.6.3.2 Honneths teori om behov for anerkendelse

Behovet for anerkendelse tager udgangspunkt i, at dette behov er altafgørende for, at mennesker blomstrer op og opnår et godt liv (165). Hvis et menneske ikke anerkendes, føler sig støttet eller opnår kognitiv og social respekt, risikerer mennesket at miste et positivt forhold til sig selv og dermed miste grundlaget for personlig udvikling (164). Hvis et menneske ikke opnår anerkendelse fra de personer det omgiver sig med, mister det dermed muligheden for personlig udvikling og opnåelse af det gode liv (164,165). Dette antages at komme til udtryk ved, at hvis ufrivillig barnløse kvinder ikke opnår social støtte, kognitiv og social respekt samt anerkendelse fra de mennesker de omgiver sig med, vil de ikke have mulighed for at opnå det gode liv, hvilket påvirker deres mentale sundhed i negativ grad. For at opnå anerkendelse er det nødvendigt for mennesket at opnå tre forholde-måder der fortæller, hvordan personen forholder sig til sig selv og som er et led i individets selvudvikling. Disse omhandler: selvtillid, selvrespekt og selv værdsættelse. Hvis de tre forholde-måder ikke er realiseret, vil der skabes ubalance i forhold til det gode liv. (164) Ifølge Honneth (1995, 2003) er der tre sfærer der forudsætter menneskers opnåelse af de tre forholde-måder: *den private*, *den solidariske* og *den retslige sfære* (164,165).

4.6.3.3 Den private sfære

Den private sfære omhandler det gensidige kærlighedsforhold, der foregår mellem menneskers nærmeste relationer, som eksempelvis forældre eller partner. I denne gensidige relation får mennesket mulighed for at etablere en fortrolighed med egne værdier, ressourcer og holdninger og se dem modtaget og anerkendt af andre. Denne sfære er essentiel for udvikling af den fundamentale selvtillid, og familien og venskabet bliver dermed en forudsætning for hvordan mennesket omgiver sig i verden. Kærlighed og venskab bliver ifølge Honneth (2003) den følelsesmæssige anerkendelse, der gør mennesket i stand til at se sig selv, som et menneske der kan agere og deltage i nære fællesskaber og samfundsmæssige forhold. Foruden manglende anerkendelse i den private sfære, kan der desuden

være en række krænkelser, der medvirker til, at mennesket mister et positivt forhold til sig selv. Disse krænkelser kan være fysisk misbrug, voldtægt og tortur, og forvolder alle skade på den grundlæggende selvtillid og integritet. (164)

4.6.3.4 Den solidariske sfære

Den solidariske sfære, og anerkendelsen heri, opnås gennem menneskets positive engagement og deltagelse i relationen til en gruppe, et fællesskab eller et samfund, (164), og forudsætter dermed en aktiv deltagelse i fællesskabet. Gennem fællesskabet opnår mennesket en samhørighed med andre, hvor det kan genkende sig selv, og anerkendes for dets unikke og særegne kvaliteter. Mennesket vil gennem deltagelse i fællesskabet og vil, ved oplevelse af værdsættelse af personlige kvaliteter og aktiv deltagelse, opleve at det bidrager positivt til samfundet og opnår et tilhørsforhold hertil. Den personlige værdsættelse kan eksempelvis ske på baggrund af særlige livsforløb, handlinger eller særlige funktioner og vil udløse den tredje forholde-måde: selvværdsættelse i det solidariske fællesskab. Foruden den manglende anerkendelse i den solidariske sfære, er der ligeledes en række krænkelser, der kan påvirke selvbilledet negativt. Krænkelserne kan komme til udtryk ved direkte krænkelser, ydmygelse eller misagtelse på en måde, så mennesket ikke længere føler sin særegenhed anerkendt. Krænkelser kan ligeledes komme til udtryk i et kontinuum fra manglende hilsen til ekstreme former for stigmatisering af en mennesket. (164)

4.6.3.5 Den retslige sfære

Den tredje og sidste sfære er den retslige sfære og opnås gennem menneskets autonome og moralske handlinger. Mennesket kan i denne sfære opnå selvrespekt, gennem de universelle rettigheder, der gives til alle medlemmer i samfundet, eksempelvis samfundets velfærdsgoder. Universelle rettigheder er dermed med til sikre anerkendelse og de grundlæggende muligheder mennesket har for at opretholde sin autonomi samt opfattelsen af lighed. Foruden behovet for anerkendelse i den retslige sfære, er der ligeledes en række krænkelser der kan true menneskets selvbillede. Disse krænkelser kan komme til udtryk hvis menneskets moralske ansvarlighed, som rettighedsbærer ignoreres, eksempelvis ved diskriminering af grupper i det juridiske system og kan medføre skade eller ødelæggelse på menneskets selvrespekt. (164)

Honneths teori om anerkendelse (1995, 2003) medvirker dermed til at forklare med henblik på at forstå ufrivillig barnløse kvinders oplevelser i forhold til deres levede erfaringer, og påvirkningen af deres mentale sundhed.

5. Analyse af resultater fra litteraturstudiet

I afsnittet præsenteres resultaterne fra de inkluderede studier i litteraturstudiet, for at kunne syntetisere de enkelte studiers resultater, med henblik på at besvare problemformuleringen. Der er i alt inkluderet syv studier, hvor hensigten er at besvare forskningsspørgsmålet: *Hvilke nuværende tiltag eksisterer i forhold til at fremme ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed eller forebygge forværring heraf?* Nedenstående matrice, se tabel 6, viser en oversigt over de udvalgte studiers karakteristika og resultater. Bilag 8: Kritisk vurdering af inkluderede studier, viser tjeklisterne anvendt til kritisk vurdering af de inkluderede studier.

Tabel 6: Matrice over de udvalgte studiers karakteristika og resultater

Forfatter, år, titel og land	Formål	Design og metode	Resultater	Kvalitetsvurdering
Ahmadi et al. (2019) <i>The Effect of Behavioral Couple Therapy on the Improvement of Mental Health and Reduction of Marital Conflict in Infertile Couples in Kermanshah: A Randomized Controlled Trial</i> (RTC). Iran.	Formålet er at evaluere effekten af adfærdsmæssig parterapi i forhold til mental sundhed og ægteskabelige konflikter.	Randomiseret kontrolleret studie, hvor 24 par blev udvalgt ved convenience sampling og randomiseres til en kontrolgruppe og en interventionsgruppe med henholdsvis 12 par i hver. Mental Health Questionnaire (GHQ-28) blev brugt til indsamling af data. Spørgeskemaerne blev udfyldt ved baseline og efter interventionen samt ved to måneders follow-up.	Adfærdsmæssig parterapi forbedrer signifikant kvinders mentale sundhed. Desuden reducerer adfærdsmæssig parterapi ægteskabelige konflikter signifikant.	JBI Checklist for Randomized Controlled Trials. Den interne validitet vurderes acceptabel. Den eksterne validitet vurderes høj. Reliabiliteten vurderes acceptabel.
Ehsan at al. (2019) <i>Effects of Group Counseling on Stress and Gender-Role Attitudes in Infertile Women: A Clinical Trial</i> . Iran.	Formålet er at undersøge effekten af grupperådgivning hos infertile kvinder i forhold til stress.	Randomiseret kontrolleret studie, med convenience sampling hvor 90 deltagere deles ved blokrandomisering i interventionsgruppe (fem sessioner med gruppe rådgivning) og kontrolgruppe (der modtager rutinemæssig behandling). Deltagere har alle udfyldt spørgeskema i forhold til	Stress forbundet med infertilitet reduceres signifikant over tid som følge af deltagelse i grupperådgivning. Længden af tid påvirker signifikant den stress der er forbundet med infertilitet.	JBI Checklist for Randomized Controlled Trials. Den interne validitet vurderes høj. Reliabiliteten vurderes acceptabel.

		fertilitetsproblematikker før og efter interventionen samt efter en måneds follow-up.	Rådgivning påvirker ligeledes signifikant den stress der er forbundet med infertilitet.	Den eksterne validitet vurderes ligeledes som høj.
Frederiksen et al. (2015) <i>Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis.</i> Danmark.	Formålet er at evaluere psykosociale interventioners effekt i forhold til at øge graviditetsrate samt nedsætte psykologisk belastning for par i fertilitetsbehandling.	Metaanalyse. Studiet afsøger 6 databaser og inkluderer 39 studier der opfylder de opstillede inklusionskriterier. Der er beregnet effekter i forhold til interventionernes evne til at højne graviditetsrate samt forbedre den psykologiske belastning.	Studiet finder, at der er signifikant sandsynlighed for, at psykologiske interventioner har positive indvirkninger på kvindernes psykologiske belastning som stress, angst og depression. Studiet finder, at den relative risiko for at opnå graviditet er dobbelt så stor, hvis kvinden deltager i en psykologisk intervention.	JBI Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Studiet har høj intern validitet og den eksterne validitet vurderes som høj. Reliabiliteten vurderes høj.
Galhardo et al. (2013) <i>Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study.</i> Portugal	Formålet er at vurdere effekten af interventionen 'Mindfulness-Based Program' i forhold til forskellige mentale sundhedsmæssige outcomes i forbindelse med infertilitet, eksempelvis depression, angst og skam.	Quasi-eksperimentelt design, med en krop og sind intervention. Intervention indeholder 1 ugentlig gruppesession, over 10 uger. Sessionerne ledes af en psykolog.	Interventionen medfører signifikant fald i angst, depression og skam.	JBI Checklist for Quasi-experimental Studies (non-randomized studies). Studiet har høj intern samt ekstern validitet. Reliabiliteten vurderes høj.

LoGiudice & Massaro (2018) <i>The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review.</i> USA.	Formålet er at evaluere den påvirkning som komplementær terapi har på psykosociale faktorer hos kvinder der er i IVF behandling.	Systematisk review. Studiet afsøger databaserne CINAHL og PubMed og medtager 11 studier der imødekommer de opstillede inklusionskriterier. Ud af de 11 studier er syv randomiserede kontrollerede studier. De inkluderede studier indeholder interventioner som eksempelvis adfærdsterapi, akupunktur, internet-intervention samt krop og sind interventioner.	Komplementær terapi medvirker til at nedsætte kvinders angst, depression, følelsesmæssig belastning og stress samt kan medvirke til at øge deres livskvalitet.	JBI Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Intern validitet vurderes som høj. Ekstern validitet vurderes acceptabel. Reliabiliteten vurderes høj idet den metodiske fremgangsmåde er velbeskrevet.
Pasch et al. (2016) <i>Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services?</i> USA	Formålet er at afgøre i hvilket omfang kvindelige fertilitetspatienter og deres partner oplever kliniske niveauer af angst og depression. Desuden at undersøge hvor mange der modtog materiale om, samt deltog i mentale sundhedsinterventioner.	Prospektivt, longitudinelt kohortestudie. 352 kvinder og 274 mænd som deltager i 'The Fertility Experiences Project', som er en undersøgelse af hetroseksuelle pars oplevelse af at søge behandling for infertilitet. Ved baseline udføres interviews og der indsamles spørgeskemaer som deltagerne har udfyldt. Follow-up ved 4, 10 og 18 måneder efter baseline med	26,7% af kvinderne rapporterer, at en fertilitetsklinik har givet dem information om mentale sundhedsinterventioner, og endvidere har 21% af kvinderne modtaget mentale sundhedsinterventioner i forhold til at få hjælp til personlige eller forholdsmæssige udfordringer relateret til deres ufrivillige barnløshed.	JBI Checklist for Cohort Studies. Intern validitet vurderes høj. Den eksterne validitet vurderes acceptabel. Studiets reliabilitet vurderes høj.

		spørgeskemaer og telefoninterview.		
Peterson et al. (2012). <i>An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals.</i> USA, England, Belgien og Tyskland.	Formålet er at identificere centrale udfordringer vedrørende mental sundhed i forhold til arbejdet med ufrivillig barnløse par, samt anbefalinger praksis.	Ekspertudtalelse. Anbefalinger fra førende eksperter til sundhedsprofessionelle vedrørende arbejdet med mental sundhed i forbindelse med ufrivillig barnløshed.	Studiet kommer med en række anbefalinger i forhold til sundhedsprofessionelle, herunder at de sundhedsprofessionelle bør have viden om forskellige interventioner, således de kan tilbyde den bedste. Derudover bør interventionerne individualiseres i forhold til den enkeltes behov. Desuden bør sundhedsprofessionelle være særligt uddannet, således de har kompetencer til at varetage de opgaver, de har ansvar for.	JBI Checklist for Text and Opinion Papers. Studiets bekræftbarhed vurderes acceptabel. Overførbarheden vurderes høj. Transparensen vurderes acceptabel.

De inkluderede studier omhandler hvordan forskellige typer af indsatser påvirker ufrivillig barnløses mentale sundhed, om par i fertilitetsbehandling tilbydes information om mentale sundhedstilbud og hvordan mental støtte og hjælp bør være, i forhold til bedst muligt at hjælpe ufrivillig barnløse kvinder med at forbedre deres mentale sundhed. Der blev identificeret to temaer: *Interventioner der hjælper med at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed* og *Information vedrørende samt deltagelse i mentale sundhedstilbud*.

5.1 Interventioner der hjælper med at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed

5.1.1 Typer af interventioner

De forskellige studiers interventioner kan inddeles i tre kategorier: kognitiv adfærdsterapi, krop og sind interventioner samt komplementære interventioner. Den danske metaanalyse af Frederiksen et al. (2015) undersøger effekten af 39 interventioners effekter, i forhold til at forbedre pars mentale sundhed samt opnå graviditet i forbindelse hermed (27). Frederiksen et al. (2015) finder, at kognitiv adfærdsterapi interventioner har størst effekt i forhold til de samlede psykologiske effekter, når der sammenlignes med krop og sind interventioner og komplementære interventioner (27). Et systematisk review af LoGiudice og Massaro (2017) konkluderer ligeledes, at psykologiske og komplementære interventioner, herunder hypnose, coaching, ægteskabelig rådgivning, stresshåndtering og expressive writing intervention, er effektive i forhold til at reducere de mentale konsekvenser som ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling medfører. Studiet har undersøgt forskellige interventioners evne til at reducere symptomer på angst, stress og følelsesmæssig belastning. På baggrund af interventionernes effekter konkluderes, at sundhedsprofessionelle har et ansvar i forhold til at diskutere psykologiske tilbud med patienter, med henblik på at afhjælpe den følelsesmæssige belastning de oplever, blandt andet da en reduktion i stressniveauet kan føre til et mindre frafald i fertilitetsbehandling. (166) Et randomiseret kontrolleret studie (RCT) af Ehsan et al. (2019) har undersøgt effekten af grupperådgivning hos ufrivillig barnløse kvinder i forhold til parametre som fertilitetsrelateret stress og parforholdsmæssige bekymringer. Studiet viser, at grupperådgivning medfører signifikante reduktioner i forhold til kvindernes sociale, seksuelle og parforholdsmæssige bekymringer, afvisning af barnløs adfærd, behov for forældreskab og samlet stressniveau. Studiet viser, at gruppe-rådgivning, der er designet ud fra en guideline fra British Infertility Counselling Association, er effektiv i forhold til at reducere fertilitets relateret stress, herunder sociale og parforholdsmæssige bekymringer. (167) Et andet RCT studie af Ahmadi et al. (2019), har undersøgt

effekten af adfærdsmæssig parterapi i forhold til kvinders mentale sundhed og ægteskabelige konflikter. Studiet viser, at kvindernes mentale sundhed forbedres gennem parterapi, og er signifikant forbedret ved sluttest, sammenlignet med baseline. Dog viser studiet, at der ved follow-up er en lille, men signifikant, forværring af kvindernes mentale sundhed, hvilket antyder, at parterapiens effekter ikke er vedvarende. Dog er denne lille forværring af kvindernes mentale sundhed ved follow-up ikke faldet til samme niveau som ved baseline. (168) Et Quasi-eksperimentelt studie af Galhardo et al. (2013) har undersøgt effekten af krop og sind interventioner i forhold til ufrivillig barnløse kvinders niveau af depression, angst, skam og følelsen af nederlag, accept og handling, samt egenomsorg. Studiet viser, at krop og sind intervention medfører en signifikant reduktion i interventionsgruppen ved sammenligning af før- og eftermålinger for depression, egenomsorg i forhold til isolation, selvkritik, accept og handling. Studiet viser desuden en stigning i kvindernes fertilitetsrelaterede self-efficacy, hvilket er troen på egne evner i forhold til deres ufrivillige barnløshed. (169)

Det tyder derfor på, at forskellige interventionstyper hvis formål er at forbedre mental sundhed, medfører forbedringer hos ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, blandt andet i forhold til depression, angst, isolation, bekymringer relateret til parforholdet og sociale relationer samt stress. I nedenstående vil interventionernes karakteristika sammenholdes med henblik på at identificere særlige karakteristika ved interventioner, der i højere grad medfører forbedringer i forhold til kvindernes mentale sundhed.

5.1.2 Diversitet i typer af interventioner og effektmål

I studierne er der adskillige interventionstyper, der er med til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, i forhold til at reducere angst, depression, stress og bekymringer. Der er fundet positive effekter af parterapi (168), grupperådgivning (167), krop og sind interventioner (169) kognitiv adfærdsterapi og komplementære terapiformer som eksempelvis akupunktur og hatha yoga (27,166). Det tyder derfor på, at forskellige typer af interventioner med forskelligt indhold, kan medvirke til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

På grund af interventionernes forskellige indhold samt forskellige effektmål, er det vanskeligt at sammenligne studierne internt. Studierne indeholder effektmål som eksempelvis graviditetsrate (27,166), fertilitetsrelateret stress (27,167), depression (27,166,169), self-efficacy (169) og generel mental sundhed (168). Endvidere anvender studierne forskellige scoringsredskaber til at måle eksempelvis depression, hvorfor studier med overensstemmende valg af effektmål ikke kan

sammenlignes, hvis de ikke måler med samme scoringsredskaber. Eksempelvis er depression både målt ud fra Beck depression Scale og Edinburgh Depression Scale (27,166).

5.1.3 Interventionernes karakteristika

Interventionerne varierer på tværs af de inkluderede studier, både i længde samt antal sessioner, hvor interventionerne spænder mellem en session på en uge, og 24 sessioner over 32 uger (27,166–170). Studiet af Frederiksen et al. (2015) viser, at ud af de 39 inkluderede studier, ses der en tendens hvor interventioner på henholdsvis seks, ti og tolv uger med en session om ugen har en høj effekt i forhold til psykologiske outcomes vedrørende ufrivillig barnløshed (27). Reviewet af LoGiudice og Massaro (2018) viser, at korte interventioner på fire til fem sessioner kan have positive effekter i forhold til at reducere angst. Reviewet viser ligeledes en signifikant reduktion af ufrivillig barnløse kvinders stress, angst samt depression ved kognitiv adfærdsterapi med 15 sessioner. (166) Metaanalysen af Frederiksen et al. (2015) viser lav effekt i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, ved interventioner der forløber mellem to og syv uger (27).

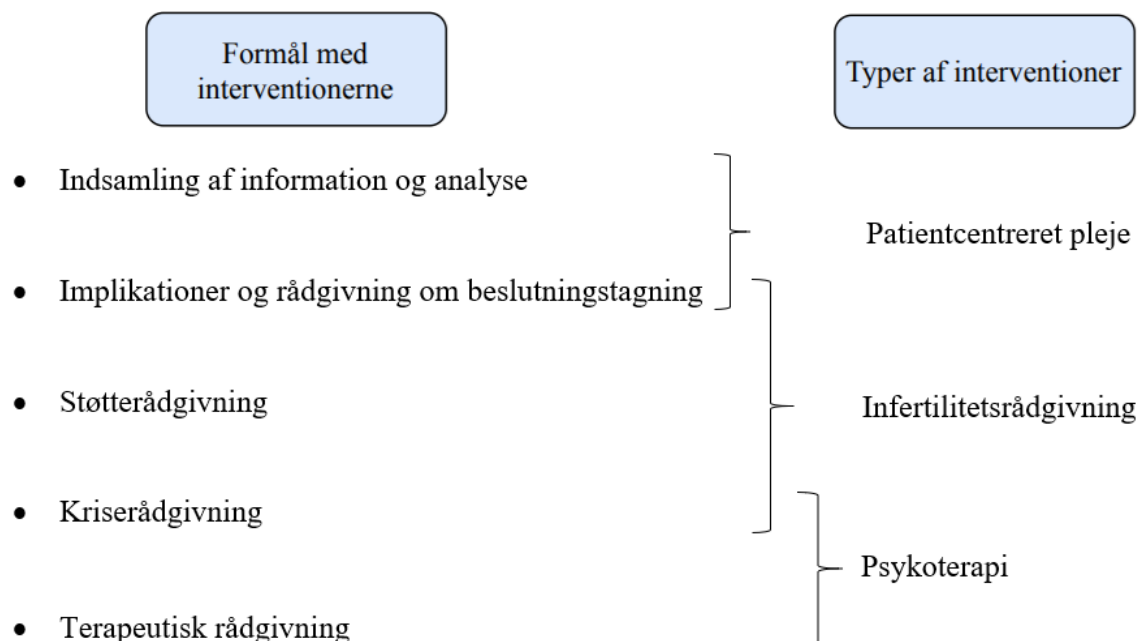
Det kan derfor tyde på, at der fortsat er stor usikkerhed forbundet med et passende antal af sessioner i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, men at der kan ses en tendens til, at interventioner mellem seks og 12 sessioner, muligvis viser bedre effekter i forhold til at forbedre kvindernes mentale sundhed, sammenlignet med interventioner på interventioner under seks sessioner.

De inkluderede studiers interventioner varierer ligeledes i indhold i forhold til om de er organiseret som gruppe (27,166,167,169), individuelle (27,166), online (27,166) eller par interventioner (27,168). Studiet af LoGiudice og Massaro (2018) finder især manglende signifikant effekt for individuelle og online-interventioner, sammenlignet med gruppe-interventioner (166). Frederiksen et al. (2015) finder lavest effekt i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed inden for interventioner der er individuelle eller online. Metaanalysen af Frederiksen et al. (2015) finder, at de fem interventioner med størst effekt, i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, alle er gruppebaserede. (27)

Det tyder således på, at gruppebaserede interventioner er mest effektive i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, sammenlignet med individuelle og online-interventioner.

5.2 Information vedrørende samt deltagelse i mentale sundhedstilbud

For at ufrivillig barnløse kvinder deltager i interventioner rettet mod at forbedre deres mentale sundhed kræves det, at de informeres om og tilbydes disse. Kohortestudiet af Pasch et al. (2016) undersøger, i hvor høj grad ufrivillig barnløse kvinder informeres om og modtager mentale interventioner, i forbindelse med fertilitetsproblematikker (170). Studiet viser, at 26,7% af kvinderne modtager information om mentale interventioner, og at 21% anvender dem (170). Således tyder det på, at næsten alle der informeres om tilbud vedrørende mental sundhed i forbindelse med ufrivillig barnløshed, vælger at benytte sig af disse tilbud. Studiet inddeler kvinderne i en risikogruppe og en højrisikogruppe i forhold til at udvikle problemer med angst og depression, ud fra kvindernes nuværende niveauer af angst og depression (170). Risikogruppen har moderat risiko for at udvikle yderligere problemer med angst og depression i forbindelse med ufrivillig barnløshed, og højrisikogruppen har høj risiko for at udvikle yderligere problemer med angst og depression. Studiet finder, at kvinder i højrisikogruppen i mindre grad tilbydes information om mentale interventioner, sammenlignet med alle andre kvinder (170). Det kan således tyde på, at sundhedsprofessionelle ikke differentierer mellem, hvem der har behov for information om og hvem der tilbydes mentale interventioner. I forhold til at opspore individer, som har behov for at modtage mentale sundhedsinterventioner, anbefaler studiet af Peterson et al. (2012), at der anvendes validerede screeningsredskaber som eksempelvis FertiQol eller SCREENIVF, der måler fertilitetsproblematikker og -behandlings påvirkning på personlige, sociale og relationelle livsdomæner. Disse redskaber kan anvendes til at opspore individer med særlige behov samt anvendes i forhold til at evaluere forskellige interventioners effekter. (171) Studiet af Peterson et al. (2012) er det eneste studie der beskriver generelle anbefalinger til sundhedsprofessionelle i forbindelse med mentale sundhedsinterventioner rettet mod ufrivillig barnløse. Studiet beskriver, at der er forskellige typer af interventioner med forskellige formål, som illustreres i nedenstående figur 6:



Figur 6: Illustration af forskellige typer samt formål af interventioner med inspiration fra Peterson et al. (2012)

Studiet beskriver, at det er de sundhedsprofessionelles ansvar at tilbyde den bedst egnede intervention i forhold til individets individuelle behov. Patientcentreret pleje omhandler indsamling af information om individet og information om beslutninger, herunder fordele og ulemper i forbindelse med behandlingsmuligheder. Infertilitetsrådgivning kan dække over tre områder, herunder beslutningsrådgivning, støtterådgivning samt kortvarig kriserådgivning. Psykoterapi omfatter primært terapeutisk rådgivning, men kan ligeledes omfatte langsigtet kriserådgivning. Hertil er det vigtigt, at ydelser udføres af sundhedsprofessionelle, med den rette ekspertise, i forhold til den hjælp der skal ydes, så de ufrivillig barnløse kvinder er i stand til at håndtere personlige faktorer: valg af personlige mestringsstrategier og følelser forbundet med at være kvinde; kontekstuelle eller sociale faktorer: parforholdsrelaterede problemer og svækkelse af sociale netværk; hyppige påmindelser om ufrivillig barnløshed og behandlingsrelaterede faktorer: medicinske bivirkninger, aborter og behandlingsfejl, som ufrivillig barnløse oplever. Ligeledes beskrives det i studiet, hvordan sundhedsprofessionelle, eksempelvis parterapeuter, bør have viden om og tage hensyn til kønsmæssige forskelle i forhold til håndtering af de følelser som henholdsvis mænd og kvinder oplever, idet eksempelvis mandens mestringsstrategi kan forværre kvindens mentale sundhed og desuden have betydelige og negative indvirkninger på parforholdet. Endvidere beskriver Peterson et al. (2012), hvordan ufrivillig barnløshed kan medvirke til at skabe betydelige udfordringer i

parforholdet i forhold til intimitet, idet ufrivillig barnløshed kan medføre nedsat sexlyst, tab af kontrol og manglende selvværd samt følelse af nederlag, hvilket tilsammen kan medføre fald i selvværd og selvtillid. Forskerne anbefaler derfor, at fertilitetsrådgivere og parterapeuter med videre, har viden om disse problematikker, således at denne viden kan anvendes i arbejdet med ufrivillig barnløse. Studiet understreger, at der er behov for individuel mental støtte og hjælp til ufrivillig barnløse, samt at denne støtte bør være tilgængelig på alle tidspunkter i oplevelsen af ufrivillig barnløshed. (171)

5.3 Opsummering af resultater fra inkluderede studier

Det tyder på, at interventioner rettet mod at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, har signifikant effekt i forhold til reduktion af fertilitetsrelateret stress (167), angst (166), depression (166,169), skam (169) samt ægteskabelige konflikter (27,168) og desuden medvirke til forbedring af mental sundhed (168) og self-efficacy (169). Interventioner, rettet mod mental sundhed, kan desuden medføre en fordobling i graviditetsrater (27). Endvidere tyder det på, at interventionernes længde har betydning for effekterne, og at usikkerheden forbundet med effekterne er størst, for de interventioner, der har under 6 sessioner. Endvidere ses der størst effekt for gruppebaserede-interventioner (167–169) sammenlignet med individuelle eller online-interventioner (27,166). Ufrivillig barnløse kvinder i højrisiko for at udvikle problemer med angst og depression, informeres i mindre grad om mentale tilbud end andre ufrivillig barnløse kvinder (170). Endvidere viser det sig, at næsten alle der modtager information om mentale sundhedsinterventioner deltager i disse (170), hvilket antyder et større behov for oplysning omkring mentale sundhedsinterventioner. Afslutningsvist anbefales, at mentale sundhedsinterventioner individualiseres i forhold til den enkeltes behov og problematikker, og at de udføres af sundhedsprofessionelle med særlige kompetencer og erfaring inden for de områder, de skal vejlede omkring (171). Det er derfor essentielt, at sundhedsprofessionelle er uddannet i blandt andet ufrivillig barnløsheds påvirkning af kvinders personlige, sociale og behandlingsrelaterede faktorer samt kønsmæssige mønstre i mestringsstrategier da det kan have indflydelse på den mentale sundhed samt parforholdet (171).

6. Analyse af interviewundersøgelsen

I følgende afsnit udledes resultaterne af otte semistrukturerede videointerviews med kvinder der oplever ufrivillig barnløshed samt påvirkning af deres mentale sundhed. Gennem først den naive læsning og derefter strukturanalysen er der udledt seks temaer med dertilhørende undertemaer på baggrund af det essentielle i kvindernes fortælling. Afslutningsvis anvendes Honneths anerkendelsesteori (1995, 2003) med henblik på at løfte analysen fra det konkrete til det almene samt besvare forskningsspørgsmålet: *Hvordan oplever og erfarer ufrivillig barnløse kvinder deres mentale sundhed som følge af at være ufrivillig barnløs?*

6.1 Beskrivelse af informanterne

Nedenstående tabel 7, viser karakteristika som alder, civilstatus, uddannelseslængde samt længde på ønske om børn for informanterne.

Tabel 7: Karakteristika vedrørende informanterne

Alle interviews er udført fra d. 07.04.2020 - 10.04.2020			
Alder	Kæreste/partner	Uddannelse	Ønske om børn i
31	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	2 år
40	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	2 år
25	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	2 år
41	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	3 år
31	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	5 år
30	Nej	Lang videregående uddannelse	2 år
24	Ja	Gymnasial uddannelse	3 år
26	Ja	Mellemlang videregående uddannelse	4 år

6.2 Resultater af naiv læsning

Kvinderne beskriver, at de føler misundelse og jalousi når de konfronteres med graviditet og børn. Samtidig beskriver kvinderne, at de ikke kan være disse følelser bekendt samt at det forventes af dem at de udviser glæde. Kvinderne beskriver, at de står udenfor det fællesskab som deres veninder med børn har, og at det er psykisk hårdt for dem, da de så føler sig endnu mere alene. Som en reaktion herpå beretter kvinderne, at de trækker sig fra sociale arrangementer. Kvinderne oplever at negative følelser forstærkes ved mislykkede graviditetsforsøg, og at menstruation bliver en månedlig påmindelse om nederlag, og at fejle som kvinde. Herudover fremgår, at kvinderne, føler skyld i forhold til deres partner idet, de ikke kan give ham et barn. Kvinderne oplever det som vigtigt at kunne snakke med sin partner om fertilitetsforløbet og ytrer behov for nye livsmål for at flytte fokus fra fertilitetsproblemet. Kvinderne oplever et stort pres fra forældre, der ønsker at blive bedsteforældre. Kvinderne beskriver, at der i de sociale relationer opstår en misforstået hensyntagen, hvor pårørende er berøringsangst og bange for at gøre kvinderne kede af det, og omvendt er kvinderne tilbageholdende idet de er bange for at bringe de pårørende i forlegenhed. Dog beskriver kvinderne et stort behov for at kunne få lov til at tale om deres bekymringer, da det hjælper dem med at håndtere deres følelser. Arbejdslivet opleves blandt kvinderne som en stor forhindring, i forhold til at håndtere og prioritere fertilitetsbehandling og samtidig kunne rumme deres følelser og psykiske problematikker, hvorfor det bliver svært at være professionel og rumme sorgen på jobbet. Kvinderne oplever, manglende fleksibilitet fra arbejdsgiver og har dårlig samvittighed over, at skulle tage fri fra job og have sygedage i forbindelse med fertilitetsbehandling. Kvinderne oplever, at kommunikationen fra fertilitetsklinikkerne er forvirrende og bliver dermed i tvivl om, hvad de skal forvente af forløbet. Kvinderne føler frustration over dette og føler samtidig, at de får frataget behandlinger og tilbud, de har ret til.

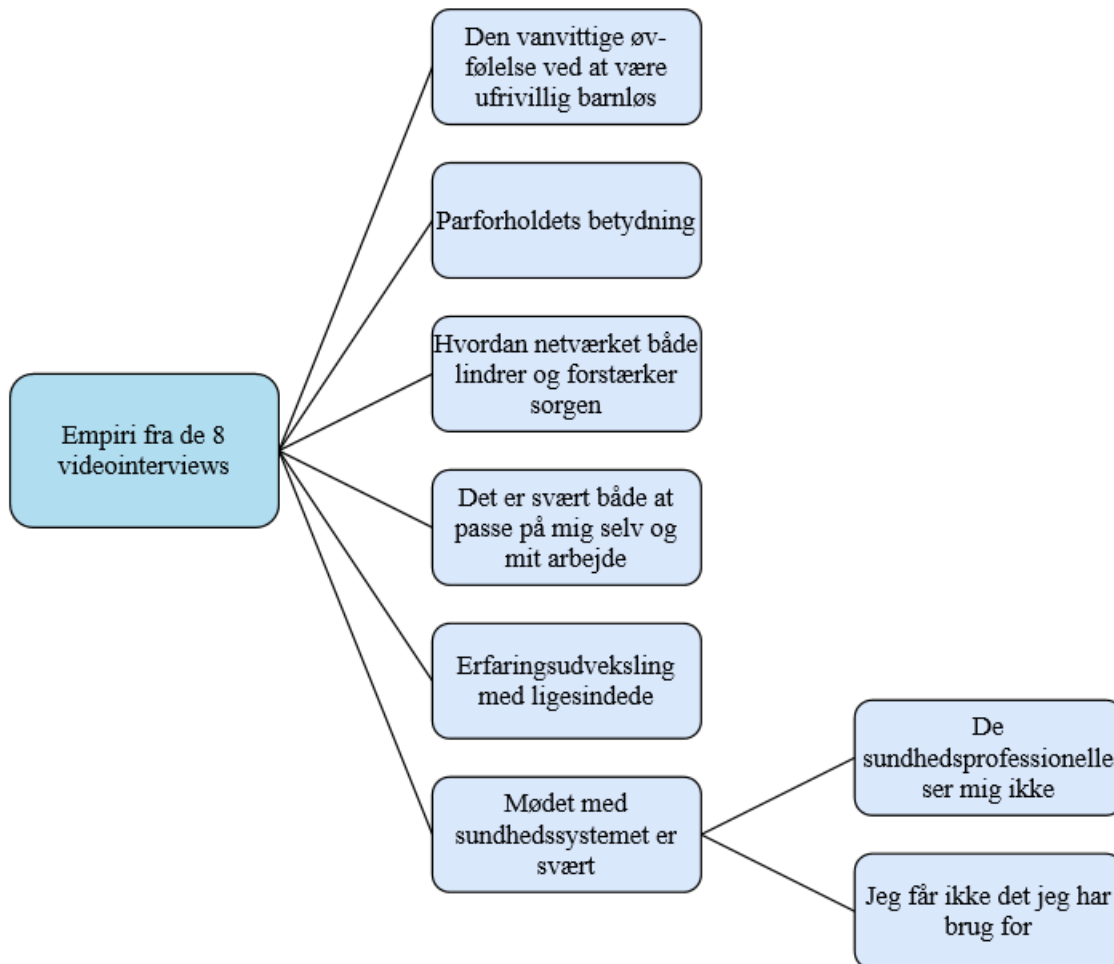
6.3 Resultater af strukturanalysen

Gennem strukturanalysen udledes seks temaer med tilhørende undertemaer. Resultater fra de seks temaer udledes i nedenstående afsnit. Tabel 8 viser et uddrag af den kondenserede strukturanalyse, hvor meningsenhed og betydningsenhed leder hen til de seks identificerede temaer. Den kondenserede strukturanalyse, se bilag 9: Kondenseret strukturanalyse, er udarbejdet for at skabe overblik i analysen for læseren, idet den fulde strukturanalyse omfatter 68 sider.

Tabel 8: Uddrag af kondenseret strukturanalyse

Meningsenhed <i>Hvad der siges</i>	Betydningsenhed <i>Hvad der tales om</i>	Tema
Den vanvittige øv-følelse ved at være ufrivillig barnløs		
<i>“Så sidder man alene nogle gange fordi hele ens omgangskreds sidder derhjemme med en baby og så bliver det jo en form for ensomhedsfølelse også altså, det er jo mig blandt alle de andre” - Freja</i>	Kvinden oplever, at hun ikke er en del af klubben, hvormed hun føler sig alene og ensom og udenfor fællesskabet	Den vanvittige øv-følelse ved at være ufrivillig barnløs
Mødet med sundhedssystemet er svært		
<i>“[...] det er et system der slet ikke <u>forstår</u> hvor voldsomt og hvor hårdt det kan være at gå igennem [...] altså, hvis de <u>vidste</u> det, altså hvis de <u>fattede</u> det, så ville det blive håndteret på en anden måde.” – Ditte</i>	Sundhedsvæsenet kan ikke håndtere de følelsesmæssige udfordringer, som kvinden oplever ved at være i fertilitetsbehandling	Mødet med sundhedssystemet er svært - De sundhedsprofessionelle ser mig ikke

Strukturanalysen resulterede i seks temaer med dertilhørende undertemaer, som er afbilledet i nedenstående kodetræ, figur 7.



Figur 7: Kodetræ som resultat af strukturanalysen

6.3.1 Den vanvittige øv-følelse ved at være ufrivillig barnløs

Af strukturanalysen udledes temaet *Den vanvittige øv-følelse ved at være ufrivillig barnløs*, og dette omhandler nuancer af føler og oplevelser i forhold til hvordan kvinderne oplever, at deres ufrivillig barnløshed påvirker dem følelsesmæssigt. Kvinderne oplever, at de er utilstrækkelige og ikke kan det de bør kunne som kvinde, nemlig at skænke deres mand et barn, hvilket medfører en stor sorg, selvbefredelse, skyld og skam hos kvinderne:

“Jamen også fordi jeg føler det er min skyld ikke? Altså han er jo testet til at virke. Det er jo mig den er gal med, og det lægger for mig som kvinde et enormt pres, fordi det er det jeg skal sådan helt i min grundessens. Det er det kvinder kan, som mænd ikke kan. Og det kan jeg ikke. Altså så den der identifikation af mig selv som kvinde. Så kommer jeg sgu på prøve indimellem.” – Hanna

Kvinderne oplever dét at blive mor som et helt basalt og grundlæggende behov, og det medfører en dyb sorg for dem, når dette af forskellige årsager ikke lykkes. Kvinderne ytrer bekymringer om, at andre menneskers syn på dem ændres som følge af, at de ikke kan give deres mand børn, hvorfor deres følelser influeres af tanker om deres partners forventninger til dem. I forbindelse hermed bliver menstruation en månedlig påmindelse for kvinderne, som forstærker deres sorg, vælter deres verden og bekræfter dem i, at de mislykkes som kvinde. Kvinderne føler en enorm misundelse ved at se andre kvinder med barnevogn, blive konfronteret med børn via sociale medier eller være i samtale med veninder om graviditet og spædbørn:

“Jeg synes det påvirker mig i den grad at jeg får sådan en vanvittig øv-følelse og ‘hvor er det unfair’ når jeg ser andre enten der er gravide eller med en barnevogn eller folk der poster billeder af deres børn på nettet fordi jeg får en følelse af, at ‘hvorfor kan de når jeg ikke kan?’ Jeg har i perioder rigtig svært ved at glæde mig på andres vegne og alligevel så har jeg ikke en skid at have det i. Det er jo dem der er heldige, men jeg får nogle gange en følelse af ‘ej jeg håber virkelig at de har haft rigtig svært ved at få det lille barn.’” - Anja

Kvinderne oplever, at de ikke møder forståelse fra andre for den sorg og de følelser de har, og at deres følelser er uberettigede og forkerte. Kvinderne ønsker ikke at være til besvær og oplever dårlig samvittighed samt frygt for at såre andre, og ønsker ikke at være i centrum ved eksempelvis sociale arrangementer. Kvinderne oplever at være alene med de problemer og bekymringer de har, i forbindelse med at være ufrivillig barnløs.

“Det er lidt som om man er Palle alene i verden nogle gange render man rundt lidt ligesom om man føler at man har en hemmelighed, uden det egentlig skal være en hemmelighed, men fordi det er svært at snakke om.” - Beate

Det at være ufrivillig barnløs opleves af kvinderne som en form for hemmelighed, der er svær at gå med alene og samtidig snakke med andre om. Endvidere opstår ensomhedsfølelsen som følge af viden om, at omgangskredsen er i en anden situation end kvinderne selv og bekræfter dem i hvad de ikke har, og det fællesskab de ikke er en del af:

“Så sidder man alene nogle gange fordi hele ens omgangskreds sidder derhjemme med en baby og ... så bliver det jo en form for ensomhedsfølelse også altså, det er jo .. mig blandt alle de andre.” - Freja

Kvinderne føler dermed, at der ikke er andre som er i samme situation som dem selv, og ensomheden bliver invaliderende for dem. Kvinderne føler, at deres situation i forhold til at være ufrivillig barnløs og at være i fertilitetsbehandling ændrer dem som person og gør, at de ikke kan være sig selv eller være den person, de gerne vil være over for andre, fordi det frembringer sorg:

“Jeg var enormt sur på fertilitetsbehandlingen og for det det gjorde ved mig, at jeg blev ked af det. Det gjorde det ved mig at jeg kunne ikke være den veninde over for nogen af mine veninder som jeg gerne ville. Så jeg kunne ikke være mig. Og det har jeg så gået og bokset med mentalt ret meget også, som jo er super hårdt, at man går og bruger så meget energi på det og pisse træls og frustrerende.” - Ditte

Kvinderne bliver konfronteret med disse følelser i almindelige hverdagssammenhænge som indkøbsture, lørdags-aftener alene og ved sociale arrangementer som babyshowers eller barselsbesøg. Når kvinderne bliver konfronteret med eksempelvis veninders afsløring af graviditet resulterer det i, at de gang på gang bryder grædende sammen, hvilket de beskriver som forfærdeligt for både dem selv og de pårørende:

“Jeg kan få rigtig ondt i maven på mine egne vegne over, helt egoistisk over når mine veninder bliver gravide. Det tog mig nogle år at lære at lade være med at græde i ekstrem afmagt og sorg, når folk fortalte mig at de var gravide. Det er ikke en fed reaktion at få. Det er heller ikke en fed reaktion at have, altså.” - Hanna

Endvidere oplever kvinderne, at følelser som afmagt og sorg er så voldsomme for dem, at det tager utrolig lang tid for dem at kontrollere over for andre. I relation hertil fortæller kvinderne, at det er svært for dem at opretholde en følelsesmæssig facade, og vælge hvem og hvornår de ikke behøver dette. Kvinderne har behov for at opretholde denne facade, da det kan give dem følelsen af kontrol over situationen:

“[...] men det føles ubehageligt at, det er fordi, det er ikke rart at dele en følelse om at der er noget jeg mangler. Det er jo mærkeligt fordi jeg er meget meget åben, men man lægger sig selv sådan frem og blotte sig selv rigtig meget på den måde og blotte den usikkerhed eller bekymring hvor der måske ellers bare er styr på det hele.” - Freja

Kvinderne fortæller, at det føles sårbart når de blotte sig over for andre, og dermed udstiller sig selv, og føler at de skal vise, at der er styr på situationen.

Det tyder på, at kvinderne oplever en gennemgribende følelse af at være alene med deres erfaringer og oplevelser, og at det er svært for andre at forstå hvordan de har det. De føler sig udenfor og oplever en enorm ensomhed ved ikke at være med i klubben for mødre. Endvidere har kvinderne et behov for at kunne opretholde en form for følelsesmæssig facade og selv kunne vælge, hvornår de vil åbne op og blotte sig for andre, med henblik på at opretholde en form for kontrol. Dét at være ufrivillig barnløs medfører, at kvinderne føler sig utilstrækkelige og at de fejler som kvinde, hvilket medfører følelser som sorg, afmagt, ensomhed, misundelse og skyld, og disse følelser opleves af kvinderne som uberettigede.

6.3.2 Parforholdets betydning

Af strukturanalysen udledes endvidere temaet *Parforholdets betydning*. Kvinderne oplever, at deres partner er en betydningsfuld støtte som de deler store og små bekymringer, om det at være ufrivillig barnløs, med. Partneren er en god støtte fordi de kender kvinden så godt som de gør og hans væremåde kan give dem ro og nærhed. Når parforholdet og relationen til partneren er velfungerende, finder kvinderne en stor støtte i partneren i hverdagen, der overgår støtten fra andre relationer:

“[...] det er jo primært ham til daglig, hvis jeg bliver ramt af et eller andet, så siger jeg det til ham som det er, at jeg synes det er lidt svært. Så sidder han og snakker med mig og får vendt min tankegang lidt til det positive i stedet for. Så der er han virkelig god [...] der har jeg helt sikkert en støtte i ham der overgår alle andre.” - Gry

Et velfungerende parforhold er essentielt og forudsætter, at parret taler åbent sammen og accepterer hinandens følelser og væremåde, for bedst at kunne støtte og være der for hinanden. Parforholdet og intimiteten bliver dog også udfordret af at være ufrivillig barnløs på grund af, at dét at få et barn bliver et invaliderende og altoverskyggende fokus for parret og kommer til udtryk ved at intimiteten forsvinder, og erstattes med frustration over udeblivende positive test-svar og manglende spontanitet i sexlivet:

“Vi var et sted, hvor det hele handlede om børn. Altså jeg var så fokuseret at jeg tog ægløsningstest hver dag i 90 dage. Det bliver man altså skør i hovedet af, for den var aldrig positiv. Og den stakkels mand skulle jo stille op på alle tidspunkter af døgnet, så det holdt op med at være fedt og rart og spontant og alt det det skal være at være sammen med sin mand ikke? Det var en sur pligt. Så hvis man ikke kender hinanden rigtig godt og man ikke passer rigtig godt på, så gennemsyrrer det simpelthen ens forhold og ens liv at være ufrivillig barnløs.” - Hanna

Det er vigtigt for kvinderne at være i et parforhold hvor de kender deres partner godt og passer på hinanden bedst muligt, for at de kunne være i det sammen og ikke lade dét at være ufrivillig barnløs overskygge alt. Endvidere oplever kvinderne, at der opstår flere ligegyldige konflikter i deres relation til partneren på grund af de følelser de hver især går med, herunder følelser af nedtrykthed:

“Helt vildt og ens private personlige liv, mig og partner imellem, altså alle de ord og tanker og følelser der kører rundt i begge vores hoveder og går ud over hinanden. Jeg kan ikke nævne hvor mange diskussioner vi har haft, der bare har startet fordi jeg har været helt nede i kulkælderens og han har været ked af det, som har været totalt irrelevante, fordi ligeså snart det her er overstået, så kan vi jo godt se, at det var totalt latterligt. Jeg kan godt forstå at der er nogen der går fra hinanden i sådan nogle forløb her, fordi det bare påvirker ens parforhold så meget.” - Clara

De følelser kvinden oplever, kan i yderste konsekvens resultere i, at parret holder op med at tale med hinanden og dermed true parforholdet:

“Altså vi holdt simpelthen op med at kunne tale sammen. Fordi alting bare gjorde ondt hele tiden.” - Hanna

Kvinderne har derfor svært ved at finde et formål med parforholdet, da de har svært ved at få børn:

“Altså til at starte med der var jeg bange for at det hele skulle gå helt galt, fordi jeg havde tanker som 'hvad nytter det så' og 'når vi nu ikke kan og hvad skal der nu blive af os' og jeg havde rigtig mange grimme tanker faktisk og overvejede hvad fanden det her parforhold skulle nytte, og hvad der skulle ske fremover nu når vi stod i den situation.” - Gry

Ufrivillig barnløshed bidrager dermed til frustrationer og nedtrykthed i parforholdet som giver kvinderne bekymringer om deres fremtidige liv sammen og får dem til at tvivle på sig selv og parforholdet. Disse problematikker medvirker endvidere til, at kvinderne har et stort behov for at tale med andre udover deres partner:

“[...] man skal også bare passe på parforholdet, at det ikke kun kommer til at omhandle det, og det ikke kun er sorgen der får lov at fylde og de udfordringer der er. Så hellere læsse af nogle gange det kunne være rigtig rart, for så at kunne komme hjem og pleje forholdet også på en god måde ikke?” - Beate

For kvinderne er der et behov for at få følelsesmæssigt afløb ved at tale om ufrivillig barnløshed med andre end deres partner, for at aflaste parforholdet og for ikke at lade følelserne og tankerne omkring ufrivillig barnløshed blive centrum for hele deres parforhold.

Det tyder derfor på, at parforholdet og relationen til partneren giver kvinderne en enorm støtte når de og partneren formår at lytte til hinanden, og taler sammen om de ting de finder svært i deres situation ved at være ufrivillig barnløs. Kvinderne kan opnå afløb ved at snakke med andre om deres situation, således de kan finde overskud til at pleje deres forhold.

6.3.3 Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen

Af analysen udledes temaet *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen*, der omhandler hvordan både venner og familie er et essentielt element i kvindernes hverdag og håndtering af at være ufrivillig barnløs. Kvinderne beskriver at de generelt er meget åbne om deres problemer med at få børn, og har delt det med betydningsfulde personer i deres netværk som venner, familie og kollegaer. Kvinderne har foruden at snakke med partneren, et stort behov for at tale med netværket, herunder venner, familie og kollegaer, om de følelser og erfaringer de har med at være ufrivillig barnløs:

“[...] jeg synes faktisk det er rart når folk spørger lidt ind til det og vil snakke om det. Det værste det er nok hvis folk de ikke spørger ind til det. Jeg vil hellere fortælle for meget end for lidt næsten.” - Eva

Kvinderne ønsker, at deres netværk spørger ind og er opsøgende i forhold til det at være ufrivillig barnløs, og kvinderne vil gerne svare på spørgsmål selvom emnet er følsomt og personligt. Det værste netværket kan gøre, er ikke at være nysgerrige eller vise interesse i kvinderne samt at udvise berøringsangst over for deres situation. Kvinderne har flere i deres netværk der bidrager til afløb af følelser og frustrationer ved at de kan blive lyttet til, græde ud, få råd og omsorg i den svære situation de er i:

“Min mor er omega [...] det er bare der jeg har min faste klippe, ligesom hvor man kan sidde og brokke mig og skælde ud og vide at hun jo, jeg kan sige hvad jeg vil også kan jeg få et kram bagefter.” - Clara

Kvinderne bruger deres daglige netværk til at få afløb for deres sorg og frustrationer, og især det at blive lyttet til og få vist interesse fra netværket er betydningsfuldt og hjælper kvinderne med at få afløb for følelser og bekymringer. Netværket kan dog medvirke til at forstærke kvindernes sorg,

ensomhed og misundelse, hvilket kommer til udtryk når netværket er forældre eller bliver gravide. Dette medfører, at kvinderne trækker sig socialt eller bliver socialt ekskluderet fra arrangementer, og at venskaber ødelægges:

“Jeg er holdt op med at deltage i babyshowers, jeg gider ikke. De er også holdt op med at invitere mig, så det er egentlig meget fint. Det er fordi jeg græder hver gang. Altså jeg græder fra jeg kommer til jeg går. Og det har også kostet et par venskaber [...] Fordi deres behov på en eller anden måde skulle styre hvordan jeg skulle indgå i det, og det kan jeg ikke. Det er ikke rart.” - Hanna

Denne sociale isolering og ekskludering bidrager til yderligere at forstærke den ensomhed og sorg som kvinderne føler.

Det tyder dermed på at kvindernes sociale relationer medvirker til at kvinderne får afløb for deres følelser som sorg, afmagt og ensomhed, men kan ligeledes forstærke dem. Følelserne kvinderne oplever forstærkes når kvinderne konfronteres med graviditet eller børn, da det minder dem om det de ikke har, og det sociale fællesskab de ikke er en del af. Denne vekslen mellem et støttende netværk og et ikke-støttende netværk medvirker til, at kvinderne enten trækker sig socialt eller bliver ekskluderet fra sociale arrangementer og fællesskaber omhandlende børn og babyer.

6.3.4 Det er svært både at passe på mig selv og mit arbejde

Af analysen udledes temaet *Det er svært både at passe på mig selv og mit arbejde*. For kvinderne er det svært at finde en balance mellem fertilitetsbehandling og arbejdsliv. Arbejdet giver anledning til stress og uro i kvindens krop, og manglende fleksibilitet fra arbejdsgiveren gør det svært at få ro og finde harmoni mellem arbejde og fertilitetsliv. Denne disharmoni medfører, at kvinderne i højere grad søger nye jobs for at kunne opfylde deres behov og skabe ro:

“[...] nogle råd til når nu man har et arbejde, hvordan beholder du dit arbejde og går i fertilitetsbehandling? [...]. Og som sygeplejerske har det været vanvittig svært at stå og vide 'okay nu har jeg så menstruation her til morgen, men jeg skal stadigvæk ind og passe Hr. Jensen som har brug for mig'. Hvordan kan jeg være der for andre mennesker i mit arbejde eller i det sociale når jeg også skal være der for mig selv?” - Anja

Kvinderne oplever en stor udfordring ved at være professionel på arbejde, når de er mentalt påvirket af deres mislykkede graviditetsforsøg, og det kan derfor være svært at føle sig tilstrækkelig. Især fertilitetsbehandling giver udfordringer for kvinderne i form af sygedage i forbindelse med

eksempelvis ægudtagning, og kvinderne mangler derfor imødekommenhed fra arbejdsgiveren og forståelse for den situation de er i, samtidig med, at de føler dårlig samvittighed på grund af deres manglende tilstedeværelse, både fysisk og mentalt. Den manglende tilstedeværelse medfører, at kvinderne føler sig nødsaget til at opdigte en skade som forklaring herpå:

“[...] så skal man jo fake en skade 'ah jeg har ondt i ryggen' [...] Og det der med at gå og lyve hele tiden, det gør det bare dobbelt træls og dobbelt hårdt fordi hvis der er nogen der er syge og har en skade og sådan noget, så bekymrer man sig jo. Det er jo vel ment fra ens kollegaer, men det skal man jo bare ikke snakke med dem om fordi så er det lynhurtigt oppe ved chefen.” - Ditte

Det at have fraværdsdage fra arbejde, og i yderste konsekvens føle sig nødsaget til at lyve, er med til at forværre kvindernes bekymringer, på grund af det følelsesmæssige aspekt i forhold til at skulle lyve for arbejdsgiver samt kolleger og samtidig frygte at miste jobbet. Desuden er det vigtigt for kvinderne at finde en ordning der kan skabe balance mellem arbejds- og fertilitetsliv, så den dårlige samvittighed kan afhjælpes og fokus igen flyttes til kvinden selv:

“100 procent at den der dårlige samvittighed over at man skal have fri fra arbejde og nogle gange at man skal være sengeliggende i bund og grund i to uger. Det giver noget mere frihed til mig til at jeg ligesom kan være mig og så sige ‘okay, jeg ved at der er nogen der stadigvæk kan passe mit arbejde og sørge for at der ikke sker noget’, og ‘jeg ved at jeg kan få min økonomi til køre, og at min arbejdsgiver ikke lige pludselig står og tænker hvor er Clara?’ ” - Clara

Kvinderne har svært ved at finde ud af, om de skal dele med deres arbejdsgiver at de er ufrivillig barnløs, både i forhold til om det vil påvirke deres arbejde og de opgaver de tilbydes. Arbejdslivet bidrager dermed til konstante bekymringer for kvinderne, som gør det svært at være professionelle på arbejdet. Deres professionalisme udfordres yderligere i forhold til, at de ligeledes på jobbet konfronteres med graviditet og børn, der kan forstærke de følelser de har:

“Jeg tror at når jeg er på arbejdet så er jeg så professionel som jeg kan være. Jeg prøver lidt at skubbe det til side, og bliver ramt engang imellem når der kommer en gravid mor ind eller en kollega får et barnebarn, når de klasker det her fotografi op ikke.” - Beate

Konfrontation med børn og graviditet sker derfor ligeledes på arbejdet og påvirker kvindernes professionalisme.

Det tyder dermed på, at kvinderne har svært ved at finde en balance mellem arbejdslivet og dét at være ufrivillig barnløs både i forhold til at beholde deres job, finde et job hvor de har mulighed for at kunne passe deres fertilitetsbehandling. Det er svært for kvinderne ikke at kunne være åben omkring deres ufrivillige barnløshed, da de føler sig nødsaget til at lyve over for kollegerne af frygt for, at kollegerne ville sige det videre til arbejdsgiveren. Kvinderne vælger derfor at hemmeligholde deres ufrivillig barnløshed over for arbejdet, hvilket er med til at forstærke deres sorg og de følelser de går med, yderligere.

6.3.5 Erfaringsudveksling med ligesindede

Af strukturanalysen udledes temaet *Erfaringsudveksling med ligesindede*. Temaet handler om, at de ufrivillig barnløse kvinder har brug for at spejle sig i andre kvinder i lignende situationer, da kvinderne føler, at de er alene med deres følelser og oplevelser:

“[...] Noget at spejle sig i, fordi man kan meget hurtigt føle sig meget alene i det her. Altså jeg er jo så heldig jeg har en veninde der har været igennem det, men man mangler noget at spejle den umiddelbare følelse man har, og en, og en accept af at det er okay ikke at kun få barn. Man behøver ikke få fra hele verden men bare inde i sig selv, fordi man føler sig så forkert.” – Hanna

Kvinderne oplever, at spejling i andre kan medføre accept af deres følelser og den situation de er i. I den forbindelse oplever kvinderne, at deres veninder er utilstrækkelige i forhold til at opfylde behovet for spejling, fordi de ikke forstår den situation kvinderne er i, hvormed behovet for spejling ikke kan opfyldes i kvindernes umiddelbare netværk. Dette nuanceres i følgende:

“[...] sådan at man har nogen til at sådan at lige få sparring på nogle spørgsmål eller måske danne nogle relationer med andre der står i samme situation, så man ligesom selv kan snakke med dem udenfor. Fordi jeg synes det er svært selv at finde nogen at snakke med.” – Gry

Kvinderne har derfor behov for sparring med andre i samme situation, som de kan spørge om råd og danne relationer med. De ufrivillig barnløse kvinder søger denne sparring i andre gennem eksempelvis online-grupper, hvor de kan søge råd og støtte hos andre ufrivillig barnløse:

“Altså, den gruppe, den er helt fantastisk, [...] hvis man har et eller andet spørgsmål om alt helt ned til, ‘hvad nu hvis jeg skal til fødselsdag og skal have de her skide sprøjter her’ eller helt ned til ‘når jeg nu har fået en abort, hvad skal der så ske nu?’ [...] at der ligesom sidder i hvert fald ti andre kvinder der kan svare inden for et minut, som har prøvet det samme og så ved jeg godt at det er fremmede kvinder, men det er nogen der er i samme situation som mig selv og det giver bare et eller andet, at man ligesom ved at der sidder en masse andre der kan give en gode råd og vejledning om hvad der egentlig har hjulpet dem.” – Clara

Kvinderne oplever tryghed ved tilgængeligheden blandt andre ufrivillig barnløse kvinder, og kan bruge gruppen til både stort og småt. Selvom kvinderne har glæde af online-grupper med ligesindede, kan disse ikke opfylde behovet fuldstændigt, da kvinderne har behov for fysiske relationer med ligesindede:

“[...] så kunne det være rart at have nogle flere at snakke med lidt a la mødregrupper, altså en for ufrivillig barnløse. Der kunne oprettes nogle grupper hvor vi kan mødes engang imellem.” - Beate

Kvinderne fortæller at de fysiske grupper kan arrangeres som et mødested der er sammenlignelig med mødregrupper.

Det tyder på, at ufrivillig barnløse kvinder har behov for at kunne spejle sig i ligesindede, hvor de kan udveksle erfaringer samt have mulighed for at stille spørgsmål. Den høje tilgængelighed gør, at kvinderne kan finde god støtte i online-grupper via eksempelvis Facebook, men disse kan ikke opfylde kvindernes behov for fysiske relationer med ligesindede, der benævnes som essentielt.

6.3.5 Erfaringsudveksling med ligesindede

Af strukturanalysen udledes temaet *Erfaringsudveksling med ligesindede*. Temaet handler om, at de ufrivillig barnløse kvinder har brug for at spejle sig i andre kvinder i lignende situationer, da kvinderne føler, at de er alene med deres følelser og oplevelser:

“[...] Noget at spejle sig i, fordi man kan meget hurtigt føle sig meget alene i det her. Altså jeg er jo så heldig jeg har en veninde der har været igennem det, men man mangler noget at spejle den umiddelbare følelse man har, og en, og en accept af at det er okay ikke at kun få barn. Man behøver ikke få fra hele verden men bare inde i sig selv, fordi man føler sig så forkert.” – Hanna

Kvinderne oplever, at spejling i andre kan medføre accept af deres følelser og den situation de er i. I den forbindelse oplever kvinderne, at deres veninder er utilstrækkelige i forhold til at opfylde behovet for spejling, fordi de ikke forstår den situation kvinderne er i, hvormed behovet for spejling ikke kan opfyldes i kvindernes umiddelbare netværk. Dette nuanceres i følgende:

“[...] sådan at man har nogen til at sådan at lige få sparring på nogle spørgsmål eller måske danne nogle relationer med andre der står i samme situation, så man ligesom selv kan snakke med dem udenfor. Fordi jeg synes det er svært selv at finde nogen at snakke med.” – Gry

Kvinderne har derfor behov for sparring med andre i samme situation, som de kan spørge om råd og danne relationer med. De ufrivillig barnløse kvinder søger denne sparring i andre gennem eksempelvis online-grupper, hvor de kan søge råd og støtte hos andre ufrivillig barnløse:

“Altså, den gruppe, den er helt fantastisk, [...] hvis man har et eller andet spørgsmål om alt helt ned til, ‘hvad nu hvis jeg skal til fødselsdag og skal have de her skide sprøjter her’ eller helt ned til ‘når jeg nu har fået en abort, hvad skal der så ske nu?’ [...] at der ligesom sidder i hvert fald ti andre kvinder der kan svare inden for et minut, som har prøvet det samme og så ved jeg godt at det er fremmede kvinder, men det er nogen der er i samme situation som mig selv og det giver bare et eller andet, at man ligesom ved at der sidder en masse andre der kan give en gode råd og vejledning om hvad der egentlig har hjulpet dem.” – Clara

Kvinderne oplever tryghed ved tilgængeligheden blandt andre ufrivillig barnløse kvinder, og kan bruge gruppen til både stort og småt. Selvom kvinderne har glæde af online-grupper med ligesindede, kan disse ikke opfylde behovet fuldstændigt, da kvinderne har behov for fysiske relationer med ligesindede:

“[...] så kunne det være rart at have nogle flere at snakke med lidt a la mødregrupper, altså en for ufrivillig barnløse. Der kunne oprettes nogle grupper hvor vi kan mødes engang imellem.” – Beate

Kvinderne fortæller at de fysiske grupper kan arrangeres som et mødested der er sammenlignelig med en mødregruppe.

Det tyder på, at ufrivillig barnløse kvinder har behov for at kunne spejle sig i ligesindede, hvor de kan udveksle erfaringer samt have mulighed for at stille spørgsmål. Den høje tilgængelighed gør, at

kvinderne kan finde god støtte i online-grupper via eksempelvis Facebook, men disse kan ikke opfylde kvindernes behov for fysiske relationer med ligesindede, der benævnes som essentielt.

6.3.6 Mødet med sundhedssystemet er svært

I strukturanalysen er der udledt temaet *Mødet med sundhedssystemet er svært*, hvor det fremkommer, at de ufrivillig barnløse kvinder har negative erfaringer med fertilitetsklinikkerne. Til dette tema er der udledt to undertemaer: *De sundhedsprofessionelle ser mig ikke* og *Jeg får ikke det jeg har brug for*.

6.3.6.1 De sundhedsprofessionelle ser mig ikke

De ufrivillig barnløse kvinder oplever, at det er mentalt hårdt at gennemgå fertilitetsbehandling, og at fertilitetsklinikkerne ikke formår at forstå og møde kvinderne dér hvor de er:

“[...] det er et system der slet ikke forstår hvor voldsomt og hvor hårdt det kan være at gå igennem [...] altså, hvis de vidste det, altså hvis de fattede det, så ville det blive håndteret på en anden måde.” – Ditte

Fertilitetsklinikkerne formår ikke at tage hånd om de følelsesmæssige udfordringer, som kvinderne oplever, ved at være ufrivillig barnløs, hvilket er frustrerende for dem. De ufrivillig barnløse kvinder oplever, at der ikke tages hånd om deres mentale sundhed i sundhedssystemet, hverken på de offentlige klinikker eller på privatklinikkerne:

“Så tror jeg helt klart den mentale del spiller en rolle og det er der jo intet af, altså ingenting fra det offentlige. Eller privatklinikkerne heller, altså, der er jo intet.” – Ditte

Det mentale aspekt spiller en vigtig rolle for kvinderne, dog erfarer de, at sundhedssystemet ikke inkluderer det i forbindelse med fertilitetsbehandlingen med udgangspunkt i den enkelte kvindes behov. Kvinderne ytrer, at der er manglende individualisering i de sundhedsprofessionelles håndtering af deres behov og situation:

“Fordi sådan føles det i hvert fald, at det er bare, er alle over en kam og alle skal bare kunne gøre præcis det samme, selvom man står i forskellige situationer. Så der synes jeg at der skulle være en ændring, eller at det skulle blive tilpasset lidt bedre til hver situation [...] jeg har faktisk følt at jeg har været lidt sur på klinikken over at de ikke vil gøre noget som helst. Det har også været rigtig svært.” – Gry

Den manglende individualisering og følelsen af, at klinikken ikke vil hjælpe, medvirker endvidere til at situationen bliver svær for kvinderne at håndtere. De ufrivillig barnløse kvinder oplever endvidere, at sundhedssystemet ikke formår at tilbyde dem hjælp til at håndtere deres mentale sundhed, da fertilitetsklinikkerne er mere optaget af den fysiologiske del af behandlingen:

“[...] man kunne lave et mere helhedsorienteret tilbud til de her unge kvinder som jo ikke kun på en eller anden måde går i stykker i underlivet, fordi det ikke virker, men går i stykker over det hele. Det tror jeg kunne være ret fedt. Det tror jeg at der er mange unge kvinder som også kunne finde noget ro i. At man ikke føler sig helt så sparket ud af døren.” – Hanna

Ufrivillig barnløse kvinder erfarer, at sundhedssystemet kun fokuserer på den fysiologiske del af behandlingen, hvorimod det psykologiske, og dermed mentale, ikke er en del af behandlingen. De ufrivillig barnløse kvinder oplever et behov for at blive set som et helt menneske, hvor krop og sind er i et ligeværdigt fokus, således deres mentale sundhed også inkluderes i behandlingen.

6.3.6.2 Jeg får ikke det jeg har brug for

Yderligere udledes undertemaet Jeg får ikke det jeg har brug for, der omhandler de misforståelser der sker mellem ufrivillig barnløse kvinder og sundhedssystemet. De ufrivillig barnløse kvinder oplever, at fertilitetsklinikken ikke er ærlige omkring de udfald der kan forventes af fertilitetsbehandlingen:

“[...] så det har været rigtig hårdt at man ligesom blev stillet noget i udsigt som ikke skete. I stedet for at sige 'nu får i nogle forsøg, så må vi se og hvis det ikke lykkes, så finder vi på noget andet'. Det var ikke den vi blev mødt med til at starte med.” – Anja

Den manglende realisme i beskederne fra fertilitetsklinikken er med til at gøre forløbet hårdt, fordi der ikke sker en tilstrækkelig forventningsafstemning og dermed gives der falske forhåbninger til kvinderne. Endvidere føler de sig overladt til sig selv, når de har brug for hjælp til at håndtere den situation de går igennem som ufrivillig barnløse:

“[...] hvis der havde været noget der kunne vise mig hvad retning jeg skulle gå i eller havde mulighed for at gå i, og måske også en der havde sagt 'vi har erfaret at det her det faktisk er rigtig godt' eller 'jeg kender nogen du kan snakke med' eller 'dem her de er gode at tale med efter det forløb du har været i.'” – Anja

De ufrivillig barnløse kvinder har behov for konkret rådgivning og vejledning, i forhold til at finde ud af hvordan de skal håndtere, den situation de er i. Dog har de erfaret, at de ikke kan få tilstrækkelig

hjælp og information af fertilitetsklinikken, i forhold til hvordan de skal komme videre både med hensyn til nye behandlingsmuligheder, eller i forhold til at tage hånd om deres bekymringer. Desuden oplever de ufrivillig barnløse kvinder, at kommunikationen mellem dem og de sundhedsprofessionelle har betydning for de følelser og bekymringer kvinderne oplever:

“[...] der stopper hun os så i en af vores midtvejsscanninger og siger, at der er noget der er helt galt og det forstår vi jo så ikke helt, og vi sidder sådan lidt, hvad er det hun mener? Det er ikke så rart at få at vide under en scanning, at der er noget der ikke er som det skal være.” – Clara

De ufrivillig barnløse kvinder har erfaret, at kommunikationen fra de sundhedsprofessionelle kan være uden situationsforståelse, hvilket kan bidrage til yderligere bekymring hos kvinderne, der er i en sårbar situation. Endvidere oplever kvinderne, at kommunikationen fra de sundhedsprofessionelle ikke er klar og tydelig, hvilket kan medvirke til, at kvinderne misforstår information:

“Jamen, som jeg forstod det så var det her med at man får tre chancer, hvis man kan kalde det det. Så det der med at efter første forsøg, da det ligesom går galt, der bliver jeg ringet op og får at vide at det selvfølgelig ikke er lykkedes, og hvis andet forsøg ikke bliver bedre, må de stoppe behandlingen. Det kom bag på mig at jeg ikke have de tre forsøg, jeg troede at jeg stadigvæk havde to forsøg tilbage. Pludselig følte jeg at jeg var fratrædet et forsøg [...] jeg troede at uanset hvad så havde jeg tre forsøg at gøre godt med [...]” - Beate

De ufrivillig barnløse kvinder oplever, at misvisende kommunikation kan øge den frustration, de oplever i forbindelse med deres situation, og at det bidrager til mistillid og vrede rettet mod sundhedssystemet.

Det tyder således på at de ufrivillig barnløse kvinder oplever, at de sundhedsprofessionelles kommunikation kan være misvisende og at der ikke sker en tilstrækkelig forventningsafstemning i forhold til resultater samt konsekvenser ved fertilitetsforløbet, hvilket medfører frustration og vrede hos kvinderne samt, at de ikke føler sig mødt og forstået. Kvinderne efterspørger et større fokus på de bekymringer og følelser de oplever relateret til at være ufrivillig barnløs, hvorfor de foreslår en mere helhedsorienteret behandling og tilgang med både fokus på det fysiske og mentale. Endvidere ytrer kvinderne, at de sundhedsprofessionelles håndtering ikke tager udgangspunkt i den enkelte

kvindes behov, hvormed de føler en manglende individualisering i tilgangen til den ufrivillig barnløse kvinde.

6.4 Kritisk fortolkning med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori

I nedenstående afsnit anvendes Honneths anerkendelsesteori (1995, 2003) til at løfte fortolkningen fra de ufrivillig barnløse kvinders erfaringer repræsenteret i strukturanalysen, til et alment niveau i den kritiske fortolkning, hvormed teorien medvirker til at forklare anerkendelsens betydning i forhold til at være ufrivillig barnløse kvinde og hvordan det påvirker den mentale sundhed. I den kritiske fortolkning af de seks udledte temaer, anvendes Honneths anerkendelsesteori (1995, 2003) til at fortolke og forklare, hvad der er på spil i ufrivillig barnløse kvinders levede erfaringer, og påvirkningen af deres mentale sundhed. Honneths anerkendelsesteori (1995, 2003) anvendes til at strukturere den kritiske fortolkning, og den opdeles ud fra Honneths tre anerkendelsessfærer: *den private*, *den solidariske* og *den retslige sfære*. Den private sfære omhandler temaerne: *Parforholdets betydning* og *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen*, idet disse temaer indeholder kvindernes nærmeste relationer som partner, nære venner og familie, hvilket ud fra Honneth, vedrører den private sfære. Den solidariske sfære indeholder temaerne: *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen*, *Det er svært både at passe på mig selv og mit arbejde* og *Erfaringsudveksling med ligesindede*, da temaerne indeholder de sociale relationer der kommer til udtryk på arbejdet, og og det behov kvinder har, for at dele erfaringer med kvinder i samme situation som dem selv. Ifølge Honneth (2003) indeholder den solidariske sfære netop relationen til grupper, fællesskabet og samfundet (164), hvilket er i overensstemmelse med temaernes indhold. Temaet *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen* figurerer således både i den private samt den solidariske sfære, idet netværket både indeholder nære og perifere relationer. Den retslige sfære indeholder temaet: *Mødet med sundhedssystemet er svært*, og omhandler de udfordringer kvinderne oplever i mødet med sundhedssystemet, herunder den uretfærdighed de oplever, at de møder. Ifølge Honneth (2003) indeholder den retslige sfære de universelle rettigheder og goder individet har i samfundet (164), hvilket er i overensstemmelse med temaets indhold. Afslutningsvist samles den kritiske fortolknings resultater på tværs af de tre sfærer.

6.4.1 Den private sfære

6.4.1.1 Manglende anerkendelse i parforholdet skader kvindens selvbillede

Ifølge temaet *Parforholdets betydning* oplever kvinderne, at deres parforhold er velfungerende, når de og partneren stoler på og deler bekymringer med hinanden. På denne måde kan parforholdet give afløb for nogle af de frustrationer og den sorg kvinderne påvirkes af i relation til at være ufrivillig

barnløs. Ud fra Honneth (1995, 2003) indgår der i en vellykket relation fortrolighed og bekræftelse i hinandens værdier, og denne relation er forudsætning for, at individet kan træde ud i verden og indgå i relationer i andre fællesskaber (164,165). Således kan Honneths teori anvendes til at forklare, at ufrivillig barnløse kvinder kan opnå anerkendelse hos deres partner, når de har en vellykket relation, og dermed opleve fortrolighed over for og bekræfte hinanden i den situation de oplever. Honneth beskriver (2003), at individet kan opnå selvtillid, selvrespekt og selvværdsættelse når de anerkendes af deres partner, hvilket kan medvirke til en selvudvikling, således individet opnår det gode liv. Endvidere er der et gensidigt anerkendelsesforhold indlejret i den velfungerende relation, hvor parret kan blive en emotionel støtte for hinanden. (164) Ud fra Honneth kan det forklares, at når parret ikke taler sammen og giver hinanden emotionel støtte, så opnås der ikke anerkendelse i den private sfære. Den manglende anerkendelse imellem parret bliver dermed en trussel mod parforholdet og kvindens selvtillid, selvrespekt og selvværdsættelse, hvorfor hendes mentale sundhed trues. Af temaet *Parforholdets betydning* fremgår desuden, at de ufrivillig barnløse kvinder oplever, at der i parforholdet opstår ligegyldige konflikter når parret ikke lytter og taler sammen, hvilket resulterer i manglende intimitet, hvor opnåelse af graviditet er eneste omdrejningspunkt. Ifølge lektor i pædagogik Britta Nørgaards (Nørgaard) (2013) udlægning af Honneths anerkendelsesteori, kan der i relationen til partneren således opleves krænkelse i form af omsorgssvigt, når anerkendelsen og kærligheden i den private sfære ikke opnås (172) Således kan det forklares, at manglende anerkendelse og kærlighed i parforholdet medfører en krænkelse i form af omsorgssvigt. Ifølge Honneth (2003), danner vellykkede relationer fundamentet for individets selvtillid således at det kan træde ud i verden (164). Kvinderne kan dermed miste den fundamentale selvtillid der er med til, at de kan indgå i fællesskaber i den solidariske og retslige sfære, når de ikke oplever en vellykket relation til partneren. Ifølge Honneth (1995, 2003) kan krænkelse og manglende anerkendelse i den private sfære medføre, at individets positive selvbillede, selvtillid og integritet trues (164,165). Således kan det ud fra Honneths anerkendelsesteori forklares, at krænkelse og manglende anerkendelse i parforholdet skader de ufrivillig barnløse kvinders positive selvbillede, herunder selvtillid og integritet, hvilket er forudsætningen for, at ufrivillig barnløse kvinder kan indgå i fællesskaber i den solidariske og retslige sfære.

6.4.1.2 Hvordan manglende anerkendelse i netværket skader kvindernes selvbillede

I temaet *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen* fortæller kvinderne, at de kan få afløb hos deres nære sociale relationer via gode råd, omsorg og social støtte, hvorfor det er vigtigt, at kvindernes venner og familie er opsøgende i kontakten, viser interesse og spørger ind til kvindernes

situation. Ifølge Honneth (2003) opnår individet anerkendelse i den private sfære ved at opnå et indbyrdes afhængighedsforhold af følelsesmæssig støtte, blandt andet på baggrund af fortrolighed og anerkendelse for sine individuelle egenskaber. (164) Det kan derfor forklares, at når ufrivillig barnløse kvinder oplever at blive forstået, lyttet til, vises interesse og dermed indgår i et indbyrdes afhængighedsforhold fra deres nære relationer, opnår de emotionel støtte og anerkendelse fra netværket. Denne anerkendelse fra kvinders privatsfære medvirker til at reducere kvinders følelser som sorg og frustration, og dermed forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

Af temaet *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen* fremgår desuden, at kvinderne oplever, at der kan være problemer i relationen med det nære netværk. Det, at kvinderne oplever manglende forståelse og interesse fra netværket medfører, at kvinderne oplever en stor ensomhedsfølelse, misundelse og sorg. Det resulterer i, at kvinderne enten ekskluderes fra det sociale netværk eller isolerer sig socialt og dermed ikke opnår vellykkede relationer gennem fællesskabet. Ifølge Honneth (2003) udgør vellykkede relationer i det nære netværk en forudsætning for at træde ud i verden, og bliver dermed en forudsætning for individets grundlæggende selvtillid og relationer til andre, samt positive selvbillede (164). Med anvendelse af Honneths begreber kan det derved forklares, at når ufrivillig barnløse kvinder ikke oplever vellykkede relationer til netværket, herunder opnå emotionel støtte, møder forståelse og anerkendelse, så oplever de ikke værdsættelse og deres selvtillid svækkes. Denne værdsættelse forudsætter, at kvinder accepteres for deres særegenhed, føler at de deltager og bidrager positivt, samt indgår i et fællesskab, hvor de kan genkende sig selv. Idet ufrivillig barnløse kvinder føler sig følelsesmæssigt distanceret fra gruppen og derfor ikke kan genkende sig selv, opnår de ikke værdsættelse og bliver enten ekskluderet eller isolerer sig selv socialt, hvorfor de negative konsekvenser i den private sfære får konsekvenser i den solidariske sfære, i form af eksempelvis social isolation. Denne sociale isolation og ensomhedsfølelse har en stor indflydelse på ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, blandt andet på grund af manglende følelsesmæssige støtte fra netværket. Når ufrivillig barnløse kvinder ikke opnår anerkendelse fra deres solidariske sfære, mister de derfor et positivt billede af sig selv, som er grundlæggende for selvudvikling. Af temaet *Hvordan netværket både lindrer og forstærker sorgen* fremgår, at de ufrivillig barnløse kvinder oplever, at deres egne behov tilsidesættes i forhold til eksempelvis veninders, hvilket medfører, at de ufrivillig barnløse kvinder trækker sig socialt, da de kommer i situationer der er ubehagelige for dem. Ifølge Honneth (2003) kan krænkelser i den solidariske sfære, herunder sociale fællesskaber medføre, at individet bliver ydmyget og ekskluderet fra fællesskabet (164). Ud fra Honneth kan de ufrivillig barnløse kvinders tilbagetrækning fra sociale fællesskaber

forklares ved, at de oplever ydmygelse og krænkelse, hvilket medføre, at deres selvværd nedsættes og de mister følelsen af at føle sig betydningsfuld og værdsat i det sociale fællesskab.

6.4.2 Den solidariske sfære

6.4.2.1 *Manglende anerkendelse fra arbejdsgiver skader kvindens selvbillede*

Af temaet *Det er svært både at passe på mig selv og mit arbejde* fremgår det, at kvinderne føler sig nødsaget til at lyve om skader eller sygdom over for kolleger og arbejdsgiver, da kvinderne ikke oplever, at de kan være ærlige på arbejdet på grund af frygten for at miste opgaver eller selve jobbet. Ifølge Honneth (2003) kan en krænkelse i den solidariske sfære komme til udtryk ved manglende tilkendegivelse, ignorering eller direkte stigmatisering af personen (164). Således kan Honneths teori anvendes til at forklare, at kvinderne føler sig nødsaget til at lyve om deres ufrivillig barnløshed, idet de frygter at blive krænkede ved ignorering eller stigmatisering i forbindelse med afskedigelse eller fordeling af arbejdsopgaver. Kvinderne oplever, at det er svært at være professionel og tilstedeværende når de er på job, hvilket medfører dårlig samvittighed i forhold til manglende både fysisk og psykisk tilstedeværelse. Ud fra Honneths anerkendelsesteori kan det være et udtryk for, at ufrivillig barnløse kvinder oplever manglende anerkendelse i den solidariske sfære. Dette forklares ved, at kvinderne oplever, at deres deltagelse på arbejdspladsen er nedsat og de dermed ikke føler, at de i ligeså høj grad bidrager til fællesskabet. Ifølge Honneth (2003) har mennesker behov for at føle sig som kompetente og deltagende individer i det solidariske fællesskab, da dette medvirker til at anerkende individet for sin særegenhed og dermed styrke dets positive selvbillede (164). Denne manglende følelse af bidrag til det solidariske fællesskab medvirker dermed til, at ufrivillig barnløse kvinder ikke opnår anerkendelse, og dermed ikke føler sig fuldt integreret i arbejdspladsen og samfundet. I relation hertil beskriver Nørgaard (2013) ud fra Honneths anerkendelsesteori, at der i samfundet er en tendens til, at anerkendelse på arbejdspladsen vurderes via produktivitet således, at anerkendelse kun opnås af medarbejdere med høj produktivitet, da det vurderes at være et højere bidrag til det solidariske fællesskab (172). Dette er problematisk ud fra Honneths teori, idet individet således ikke anerkendes for dets særegenhed, som kan være en anden egenskab end produktivitet. Det kan derfor ligeledes forklares, at ufrivillig barnløse kvinder ikke opnår tilstrækkelig anerkendelse fra arbejdsgiveren i den solidariske sfære, idet kvinderne ikke føler, at deres produktivitet er tilstrækkelig, som følge af eksempelvis sygedage relateret til deres ufrivillig barnløshed. Denne manglende anerkendelse fra arbejdsgiveren medvirker til, at ufrivillig barnløse kvinder ikke føler sig som bidrager til det solidariske fællesskab på arbejdet, hvilket kan skade kvindernes selvbillede.

6.4.2.2 Opnåelse af anerkendelse via erfaringsudveksling med ligesindede medvirker til at styrke kvindernes positive selvbillede

I temaet *Erfaringsudveksling med ligesindede* fremgår, at ufrivillig barnløse kvinder oplever et behov for fysisk at kunne dele erfaringer med andre i samme situation, så de ikke føler sig alene med sine følelser og bekymringer. Denne spejling i, og relationer til andre kan medføre, at kvinderne bedre kan acceptere deres situation, og de følelser de oplever. Ifølge Honneth kan individer opnå anerkendelse i et fællesskab gennem deltagelse, relationen til gruppen og individets positive engagement, der bygger på en fælles værdihorisont og med udgangspunkt i de enkeltes livshistorier. Denne form for anerkendelse medvirker til at anerkende individets særegenhed og bidrag til det solidariske fællesskab samt værdsættelse af sig selv. (164) Således kan det ud fra Honneth forklares, at ufrivillig barnløse kvinder søger anerkendelse fra et fysisk netværk med fælles værdier, og at dette skal ske gennem et netværk med ligesindede, der kan forstå og anerkende hvilke bekymringer og følelser kvinderne oplever. Ufrivillig barnløse kvinder kan gennem et sådant fællesskab opnå anerkendelse via engagement, aktive deltagelse og en vellykket relation, hvilket kan styrke deres selvværd. Denne anerkendelse kan medvirke til at forstærke kvinders selvtillid, selvrespekt og værdsættelse af sig selv, og dermed medvirke til at højne ufrivillig barnløse kvinders positive selvbillede.

6.4.3 Den retslige sfære

6.4.3.1 Manglende anerkendelse fra sundhedssystemet skader kvindernes positive selvbillede

Af temaet *Mødet med sundhedssystemet er svært* fremgår, at ufrivillig barnløse kvinder oplever, at relationen med sundhedssystemet ikke er vellykket, da de blandt andet føler, at sundhedssystemet ikke anerkender hvor følelsesmæssigt hårdt det er at være ufrivillig barnløs, og dermed ikke formår at tage hånd om de følelsesmæssige bekymringer og problematikker kvinderne oplever. Kvinderne oplever derfor ikke, at de tilbydes relevant støtte og hjælp til mentale bekymringer, med hensyntagen til både krop og sind og deres individuelle behov. Ud fra Honneth kan dettes forklares ved, at når ufrivillig barnløse kvinder ikke møder anerkendelse fra sundhedssystemet mister de troen på sig selv som et menneske, der er i stand til at agere som et autonomt og respekteret individ. Dette sker blandt andet på grund af kvindernes oplevelse af, at sundhedssystemet negligerer deres behov. En konsekvens af manglende anerkendelse i den retslige sfære er, at individer mister deres selvrespekt, selvtillid og selvbillede (164,165). Dermed bliver manglende anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders behov i den retslige sfære bestemmende for kvindernes af selvrespekt, selvtillid og selvbillede. Af temaet *Mødet med sundhedssystemet er svært* fremgår desuden, at de ufrivillig barnløse kvinder misforstår de sundhedsprofessionelle og ikke oplever tilstrækkelig forventningsafstemning i forhold til behandling og resultat, samtidig med, at kommunikationen kan

være uden situationsforfølelse. Denne dårlige kommunikation er med til at skabe en uhensigtsmæssig relation mellem de ufrivillig barnløse kvinder og de sundhedsprofessionelle. Ifølge Honneth (2003) er en vellykket relation en forudsætning for, hvordan mennesket begår sig i verden og opnår den fundamentale selvtillid som menneske (164). En mislykket relation mellem de ufrivillig barnløse kvinder og de sundhedsprofessionelle medvirker dermed til, at kvindernes fundamentale selvtillid svækkes. I temaet *Mødet med sundhedssystemet er svært*, kommer det til udtryk, at ufrivillig barnløse kvinder mangler forståelse af eller misforstår, hvad de har ret til, eksempelvis i relation til fertilitetsbehandling. Ifølge Honneth (2003) er de universelle rettigheder en forudsætning for, at mennesker føler sig ligeværdige (164), hvorfor en oplevelse af uretfærdighed i universelle goder, kan medføre manglende følelse af ligeværdighed hos ufrivillig barnløse kvinder. Denne oplevelse af uretfærdighed kan ifølge Honneth (2003) forklares som en krænkelse, hvor følelsen af diskrimination forårsager skade på individet, herunder selvspekt og selvtillid, og har betydning for dets positive selvbillede (164,165). Ufrivillig barnløse kvinders oplevelse af manglende anerkendelse fra sundhedssystemet medvirker dermed til at skade kvindernes selvbillede.

6.4.4 Kvindernes oplevelse af manglende anerkendelse i de tre sfærer skader kvindernes selvbillede og forhindrer et godt liv

Ifølge strukturanalysens tema *Den vanvittige øv-følelse af at være ufrivillig barnløs* fremgår, en lang række negative følelser i forbindelse med at være ufrivillig barnløs. Disse følelser kommer til udtryk i forskellige sociale sammenhænge eksempelvis i parforholdet, i relationen til familie, venner, kolleger, arbejdsgiver og sundhedsprofessionelle. Kvinderne beskriver følelser som sorg, ensomhed, frustration, vrede, stress, manglende kontrol, social isolation og nedsat selvtillid. Ifølge Honneth (2003) vil et individ, som ikke opnår følelsesmæssig støtte og respekt fra andre, miste dets positive syn på sig selv, og dermed miste muligheden for selvudvikling og et godt liv (164). Det kan derfor forklares, at de følelser ufrivillig barnløse kvinder oplever, sker som følge af manglende emotionel støtte, respekt og dermed anerkendelse fra andre, hvorfor de mister muligheden for at opnå et godt liv. De følelser ufrivillig barnløse kvinder oplever, bliver dermed en konsekvens af den krænkelse og manglende anerkendelse, de oplever fra de tre sfærer. Nedenstående bliver derfor en forklaring på, hvordan anerkendelse fra de tre sfærer påvirker ufrivillig barnløse kvinder.

Med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori kan det forklares, at kvindernes negative påvirkning af mental sundhed skyldes, en generel manglende anerkendelse, emotionel støtte eller krænkelse fra de tre sfærer de indgår i. Når ufrivillig barnløse kvinder krænkes eller ikke anerkendes, risikerer de at miste et positivt forhold til sig selv, som er grundlæggende for deres personlige udvikling. Desuden

skal alle tre anerkendelsessfærer opnås, for at ufrivillig barnløse kvinder kan erhverve de tre forholdemåder; selvrespekt, selvtillid og selvværdsættelse. Samlet set er anerkendelsen fra de tre sfærer og de tre forholdemåder en forudsætning for, at kvinderne kan opnå et godt liv og dermed en god mental sundhed. Manglende anerkendelse fra de tre sfærer medvirker dermed til at forklare, hvorfor ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed påvirkes negativt. Det kan desuden forklares, at de følelser ufrivillig barnløse kvinder oplever, som eksempelvis sorg, skyld, vrede og frustration bliver et udtryk for kvinders oplevelse af krænkelse eller manglende anerkendelse idet at være ufrivillig barnløs. Det kan derfor forklares, at det ikke udelukkende er situationen ufrivillig barnløshed, der har en negativ påvirkning på kvindernes mentale sundhed og følelser forbundet hermed. Ufrivillig barnløse kvinders negative påvirkning af mental sundhed kan dermed forstås som, at dette skyldes manglende anerkendelse eller krænkelse i relationen til andre, herunder til partneren, til venner, familie, kolleger samt sundhedsprofessionelle.

7. Diskussion af resultater

Diskussionen af resultaterne tager udgangspunkt i resultaterne fra den kritiske fortolkning samt litteraturstudiet. Desuden inddrages videnskabelig litteratur fra problemanalysen samt to nye studier til at supplere diskussionen vedrørende konsekvenser for kvinder i fertilitetsbehandling, herunder sammenhæng med mental sundhed, samt produktivitetstab i forbindelse med ufrivillig barnløshed. Derudover inddrages teori af Wenger (2000) og Timm (2000) i diskussionen af henholdsvis specialets resultater om behovet for erfaringsudveksling samt anerkendelse i sundhedssystemet hos ufrivillig barnløse kvinder. Diskussionen af resultaterne danner grundlag for specialets beslutningsgrundlag, der formidles til beslutningstagere i kommuner og regioner med henblik på at forandre strategier til at fremme mental sundhed og forebygge forværring af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder.

7.1 Erfaringsudveksling med ligesindede opfylder behovet for anerkendelse

Af den kritiske fortolkning fremkommer, at erfaringsudveksling med ligesindede er essentielt for, at ufrivillig barnløse kvinder kan opnå anerkendelse og dermed opretholde et positivt selvbillede med selvtillid, selvrespekt og selvværdsættelse. Dette på grund af erfaringsudveksling med ligesindedes positive bidrag i forhold til at få afløb for følelser og bekymringer samt spejle sig i ligesindede. Erfaringsudvekslingen er derfor med til at bekræfte ufrivillig barnløse kvinder i, at de ikke står alene i deres svære situation, og kan dermed mindske deres ensomhedsfølelse. Denne anerkendelse fra ligesindede kan i et omfang opfyldes af online-grupper, dog har ufrivillig barnløse kvinder et behov for fysiske støttegrupper, for at få tilstrækkeligt anerkendelse samt afløb og støtte, i forhold til deres følelser og bekymringer og dermed deres mentale sundhed. Af litteraturstudiet fremgår det, at der ligeledes ses størst effekt af gruppeinterventioner til ufrivillig barnløse (167–169) sammenlignet med individuelle eller online-grupper (27,166). Dette nuanceres af et eksplorativt studie af Malik og Coulson (2008), som undersøger ufrivillig barnløse kvinders erfaringer med et online-gruppe og finder, at kvinderne ved brug af gruppen føler sig mere i kontrol over egen situation, at ensomhedsfølelsen nedsættes og at det giver dem emotionel støtte. Dog finder de ligeledes, at online-gruppen kan medvirke til at forstærke kvindernes sociale isolation og øge misforståelser, især hos kvinder med en lang periode som ufrivillig barnløs. (6) Metaanalysen af Frederiksen et al. (2015) viser, at de fem studier med højeste effekt ud af 39 studier ses ved gruppeinterventioner, hvorimod de fem studier med lavest effekt ses ved individuelle eller online-interventioner (Frederiksen et al., 2015). Det tyder derfor på, at gruppe-interventioner er mest effektive i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, blandt andet da gruppeinterventioner muliggør spejling i

ligesindede. Dog kan ufrivillig barnløse kvinder ligeledes opnå en form for afløb for bekymringer og følelser samt emotionel støtte gennem online-interventioner.

Forståelsen for, hvorfor erfaringsudveksling med ligesindede er så betydningsfuldt for ufrivillig barnløse kvinder, kan muligvis findes i den schweiziske læringsteoretiker Étienne Wengers (Wenger) teori om praksisfællesskaber (2000). Teorien kan ifølge Wenger (2000) anvendes som analyseredskab, samt anvendes som guide til udførelsen i praksis (173), hvorfor den er relevant i specialet, som analyseredskab til udarbejdelse af beslutningsgrundlag målrettet kommuner og regioner. Ud fra Wenger (2000) erfarer mennesker viden på hver sin måde, og desuden er sociale kompetencer altid i samspil med menneskets erfaringer (173). Det er i dette samspil læring finder sted, og i mødet med andre, åbnes øjnene over for verden således på en ny måde (173). Dette kan i forhold til ufrivillig barnløse kvinder forklares ved, at i et socialt samspil med andre kan de gennem andres erfaringer opnå læring og dermed se deres verden på en ny måde, og dermed opnå en ny forståelse for væren i verden i forhold til at være ufrivillig barnløs.

Ud fra Wengers teori (2000), kan mennesket opnå en følelse af tilhørsforhold, når det interagerer og deltager i et praksisfællesskab, og disse tilhørsforhold kan kategoriseres i følgende tre: *engagement*, *forestilling* og *tilpasning*. Engagement omhandler eksempelvis at gøre ting og tale sammen. (173) Herigennem lærer mennesket, hvad det kan gøre, og hvordan andre reagerer på dets handlinger (173), hvorfor der i engagement ligger et element med aktiv deltagelse. Forestilling omhandler konstruktionen af et billede af sig selv og ens fællesskaber, i forhold til at reflektere over situationen og udforske sine muligheder. Tilpasning indeholder at opnå sikkerhed i, at deltagelsen i fællesskabet er i overensstemmelse med eksempelvis ens værdier. Wenger (2000) beskriver vigtigheden i at skelne mellem de tre tilhørsforhold, da de kan dominere i forskellig grad, selvom de ofte vil være til stede samtidigt. (173)

Ud fra Wenger kan det således tyde på, at ufrivillig barnløse kvinder kan opnå engagement ved at tale med og gøre ting sammen med andre ufrivillig barnløse. Altså kan ufrivillig barnløse kvinder opnå tilhørsforhold ved hjælp af aktiv deltagelse i et praksisfællesskab med andre i samme situation og med en fælles sag, ufrivillig barnløshed. Deltagelse i praksisfællesskaber med andre ufrivillig barnløse kan medvirke til at fremme en positiv forestilling om sit selv billede, ved at deltagelsen i praksisfællesskabet kan skabe refleksion over egen situation og muligheder. Endvidere bør der være fokus på at have klare retningslinjer omkring praksisfællesskabets værdier, da dette vil have indvirkning på kvindens engagement og deltagelse, såfremt disse ikke er i overensstemmelse, hvilket

vil medføre udeblivelse af tilhørsforholdet tilpasning og eksempelvis resultere i, at ufrivillig barnløse kvinder trækker sig fra praksisfællesskabet. Det kan derfor være relevant at praksis, herunder kommuner og regioner, i organisering af praksisfællesskaber, fokuserer på de forskellige tilhørsforhold til ufrivillig barnløse kvinder, således kvindernes udbytte af deltagelsen eksempelvis deres positive selvbillede og mentale sundhed fremmes.

7.2 Anerkendelse i mødet med sundhedssystemet

Af den kritiske fortolkning udledes, at ufrivillig barnløse kvinders oplevelse af ligeværdighed kan reduceres som følge af, at fordelingen af velfærdsstatens ydelser, af kvinderne opleves som uretfærdigt fordelt. Universelle rettigheder er en forudsætning for, at mennesker føler sig ligeværdige (164) hvorfor en oplevelse af manglende opfyldelse af universaliteten, medfører manglende ligeværd hos ufrivillig barnløse kvinder. Denne manglende følelse af ligeværd er, problematisk for ufrivillig barnløse kvinder, da dette medvirker til at ændre deres positive selvbillede, herunder reducere selvtillid, selvrespekt og selvværd. Denne påvirkning af kvindernes selvværd fremgår ligeledes i litteraturstudiet (169). Dog fremgår det ikke, hvad der er årsag til påvirkningen af kvindernes selvværd foruden, at det hænger sammen med det at være ufrivillig barnløs. Dette understøttes af flere studier der viser, at ufrivillig barnløse kvinder netop oplever betydelig påvirkning af deres selvværd (28,79,80), mentale sundhed (28,80,82) og livskvalitet (70,74), hvilket med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori kan forstås som, at kvindernes opnåelse af det gode liv forhindres, som følge af, at de oplever negativ påvirkning af deres selvværd, mentale sundhed og livskvalitet.

Endvidere udledes det af den kritiske fortolkning, at ufrivillig barnløse kvinder oplever et manglende helhedsorienteret syn i sundhedssystemets håndtering af at være ufrivillig barnløs, og at kvinder derfor oplever en opdeling mellem krop og sind, hvor sidstnævnte slet ikke håndteres i sundhedssystemet. I relation hertil beskriver Timm (2000), at denne opdeling af krop og sind får den konsekvens, at sundhedsprofessionelle udelukkende fokuserer på det biomedicinske perspektiv der omhandler kroppen, hvorimod sindet eksempelvis håndteres i humanvidenskaben (174). Denne opdeling af videnskaber kan være årsag til, at der ses en generel tendens til, at sundhedsprofessionelle ikke tager sig af både krop og sind, hvilket resulterer i den opdeling, ufrivillig barnløse kvinder erfarer. Dette kan nuanceres af studiet af Pasch et al. (2016) hvori det udledes, at de sundhedsprofessionelle ikke formår at adressere information om mentale interventioner til de ufrivillig barnløse kvinder med størst behov for information om og tilbud om, mentale interventioner (170). Det er således problematisk, hvis de ufrivillig barnløse kvinder med størst mentale behov, ikke

tilbydes den rette og nødvendige hjælp. I relation hertil anbefaler Peterson et al. (2012), at der anvendes validerede screeningsredskaber til at opspore de ufrivillig barnløse kvinder, der oplever mentale problemer, eksempelvis med FertiQol eller SCREENIVF, der begge er validerede redskaber. Udover at redskaberne kan være med til at opspore dem med størst behov, beskriver Peterson et al. (2012), at de ligeledes kan anvendes i evaluering af mentale tilbud, således effekterne vurderes, med henblik på at tilbyde de rette interventioner til individernes specifikke behov, for at muliggøre individualisering i tilbuddet. (171)

Det tyder således på, at der både ses problemer i, at ufrivillig barnløse kvinder ikke oplever, at deres mentale sundhed varetages i det nuværende sundhedssystem og ligeledes at de kvinder med størst behov, ikke nødvendigvis tilbydes den rette information og mentale tilbud. Der eksisterer validerede screeningsredskaber til at opspore de individer med størst mentale behov, men ud fra den kritiske fortolkning tyder det på, at ufrivillig barnløse kvinder oplever fravær af relevante tilbud rettet mod deres mentale sundhed. I forbindelse med målrettede interventioner er det dog vigtigt at fokusere på, at ufrivillig barnløse kvinder ikke skal føle sig diskrimineret eller forbigået i forhold til hvad de tilbydes eller føler sig frataget ret til, da dette med anvendelse af Honneths anerkendelsesteori anses som en krænkelse. Det kan således tyde på, at ufrivillig barnløse kvinder har behov for at føle sig mødt og forstået af sundhedssystemet samt have en oplevelse af, at hjælpen til håndteringen af deres mentale problematikker tager udgangspunkt i deres individuelle behov, således der ikke opstår en følelse af diskriminering.

7.3 Parterapi som intervention til at opnå anerkendelse i parforholdet

Ud fra den kritiske fortolkning udledes det, at manglende anerkendelse i ufrivillig barnløse kvinders sociale netværk kan skade deres selvbillede samt at en velfungerende relation. Desuden er anerkendelse i parforholdet essentielt for, at ufrivillig barnløse kvinders positive selvbillede opretholdes, herunder selvtillid og integritet. Hvis kvinder ikke opnår anerkendelse i parforholdet, eller oplever at blive krænket i form af eksempelvis omsorgssvigt, så medvirker det til, at de ikke formår at indgå i fællesskaber uden for den private sfære. Denne essentielle betydning af en velfungerende relation og anerkendelse i parforholdet støttes af studiet af Ahmadi et al. (2019) fra litteraturstudiet. Studiet viser desuden, at parterapi medvirker til at sænke mængden af ægteskabelige konflikter og forbedrer ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed (168). Dette nuanceres af et andet studie fra litteraturstudiet der finder, at grupperådgivning ligeledes medfører reduktion i ufrivillig barnløse kvinders seksuelle og parforholdsmæssige bekymringer (167). Studiet viser

endvidere, at grupperådgivning medvirker til reduktion i kvinders sociale bekymringer (167) hvorfor det kunne tyde på, at både parterapi og grupperådgivning har en positiv effekt i forhold til at reducere parforholdsmæssige bekymringer og konflikter, hvilket medvirker til at forbedre relationen i parforholdet og desuden bidrager til at forbedre kvindernes mentale sundhed. Endvidere kan det tyde på, at grupperådgivning, foruden positive effekter relateret til parforholdet, har positive effekter på kvindernes sociale bekymringer, hvorfor denne intervention kan være betydningsfuld i forhold til både parforholdsmæssige og sociale problematikker. I relation til sociale problematikker, fremgår det af den kritiske fortolkning, at ufrivillig barnløse kvinder oplever ekskludering, samt ekskluderer sig selv fra sociale fællesskaber, hvilket kan forklares ved at kvinderne oplever manglende anerkendelse eller føler sig krænket og ydmyget af fællesskabet. Der gælder i relation hertil, at personer med få sociale relationer og netværk, har næsten dobbelt så stor mortalitetsrate (175), hvorfor det er problematisk, at ufrivillig barnløse kvinder ekskluderes fra fællesskabet da dette, foruden følelsen af ensomhed, kan øge deres risiko for død. I litteraturstudiet er studiet af Ehsan et al. (2018) det eneste identificerede studie, der vurderer og finder en positiv effekt af interventionen i forhold til de sociale bekymringer, men det er også det eneste inkluderede studie, der har sociale bekymringer som et outcome. Det kan derfor tyde på, at det enten er usikkert, om forskellige interventioner, foruden grupperådgivning, har en positiv effekt på ufrivillig barnløse kvinders sociale bekymringer, eller om det skyldes, at studierne ikke har sociale bekymringer som outcome.

Af den kritiske fortolkning kan det desuden udledes, hvordan manglende intimitet og sexlyst samt konflikter i parforholdet medvirker til, at kvindernes selvværd og selvtillid svækkes. Dette støttes af studiet af Peterson et al. (2012) der nuancerer dette med, at kvinder og mænd desuden håndterer dét at være ufrivillig barnløse forskelligt, og at dét at de håndterer situationen forskelligt kan forstærke de negative indvirkninger ufrivillig barnløshed har på parforholdet (171). Peterson et al. (2012) anbefaler derfor, at parterapi kan være et vigtigt element til at forbedre relationen i parforholdet, og at det hertil er vigtigt, at sundhedsprofessionelle er specialiseret i blandt andet de kønsmæssige forskelle der ses i håndteringen af de bekymringer parret oplever (171). Disse kønsmæssige forskelle i parrets såkaldte mestringsstrategier, fremgår ikke andre steder i litteraturstudiet, men støttes af et andet studie, som anvender dansk data og finder, at valg af mestringsstrategi har betydning for partnerens mentale sundhed, særligt i forhold til kvinder (176). Forskerne anbefaler derfor, at sundhedsprofessionelle har viden om forskellige mestringsstrategier således, at de kan guide og støtte ufrivillig barnløse, og dermed hjælpe dem til at få en bedre mental sundhed (176).

Det kan således tyde på, at der kan ses kønsmæssige forskelle i mestringsstrategier i forhold til at være ufrivillig barnløs, der kan påvirke den mentale sundhed. Dog er det kun identificeret af ét studie i litteraturstudiet, hvorfor det er usikkert, om dette er essentielt, og derfor kræver yderligere undersøgelse. Honneths anerkendelsesteori (2003) kan forklare vigtigheden af anerkendelse og undgåelse af krænkelse i den private sfære, da det er en forudsætning for, hvordan individets deltager og indgår i den solidariske og retslige sfære (164). Dette har betydning, idet anerkendelse opnået i alle tre sfærer er en betingelse for, at individet fungerer og integreres i samfundet. Ifølge Honneth (2003) er det derfor essentielt at opnå en velfungerende relation og dermed anerkendelse mellem den ufrivillig barnløse kvinde og hendes partner. (164)

7.4 Anerkendelsens rolle i ufrivillig barnløse kvinders arbejdsliv

Af den kritiske fortolkning fremgår det, at ufrivillig barnløse kvinder hemmeligholder dét at være ufrivillig barnløs på arbejdet, for at undgå krænkelse i form af ignorering eller stigmatisering fra arbejdsgiver og kolleger. Desuden oplever kvinderne ikke, at de i ligeså høj grad som dem der ikke er ufrivillig barnløse, bidrager til det solidariske fællesskab som følge af nedgang i egen produktivitet. Resultatet er dermed, at kvinderne ikke opnår anerkendelse i det fællesskab de indgår i på arbejdet, hvilket påvirker deres selvbillede og selvværd negativt. Ingen af studierne fra litteraturstudiet beskæftiger sig med ufrivillig barnløse kvinders oplevelser med arbejdsmarkedet. Dog viser et kohortestudie, at der ses en betydelig tidsmæssig omkostning relateret til forskellige behandlinger, for ufrivillige barnløse kvinder (177). Studiet viser, at hver kvinde i gennemsnit bruger 125 timer, svarende til mere end 15 arbejdsdage, på behandlinger, over en periode på 18 måneder. Samtidig viser studiet, at de kvinder der bruger mest tid på behandling, har højere risiko for at opleve fertilitetsrelateret stress. (177) Sammenholdt med viden om, at ufrivillig barnløshed kan vare længere end 18 måneder, eksempelvis jævnfør de inkluderede informanter i specialet, tabel 7, kan det samlede tidsforbrug derfor blive stort. Et studie af Bouwmans et al. (2008) har undersøgt kvinders produktivitetstab forbundet med at være ufrivillig barnløs og viser, at dette i gennemsnit svarer til 33 timer over en periode på 10 uger (178). Over en fjerdedel af kvinderne angiver, at deres fravær fra arbejde skyldes følelsesmæssige problemer som ikke er relateret til fysiske gener i forbindelse med fertilitetsbehandling (178). Det tyder derfor på, at ufrivillig barnløse kvinder oplever et betydeligt fravær fra arbejdet i forbindelse med at være ufrivillig barnløs, og at dette fravær særligt kan relateres til følelsesmæssige problemer frem for fysiske. Dette er endvidere problematisk da det i den kritiske fortolkning fremgår, at fravær medvirker til, at ufrivillig barnløse kvinder ikke oplever anerkendelse fra deres arbejdsgiver, hvilket kan skade deres positive selvbillede. Det er muligt for arbejdsgiver at

få tilkendt kompensation for arbejdstagers sygefravær jævnfør bekendtgørelse af lov om sygedagpenge §56 (179), eksempelvis fertilitetsbehandling. Dog gælder dette kun ved et minimumsfravær på fire timer pr. uge (179), hvilket er problematisk set i forhold til at studiet af Bouwmans et al. 2008 viser, at det gennemsnitlige fravær er 3,3 timer pr uge, hvorfor det formodes at det er et fåtal af ufrivillig barnløse der kan tilkendes §56.

8. Forandring af strategier i forhold til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed

I dette afsnit vurderes forskellige forslag til forandring i forhold til at fremme og forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed på baggrund af diskussionen af resultaterne. Endvidere diskuteres udmøntningen af forandringsforslagene samt utilsigtede konsekvenser, med det formål at udarbejde et beslutningsgrundlag til beslutningstagere i kommuner og regioner vedrørende fremme og forbedring af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

8.1 Forslag til forandring

På baggrund af diskussionen af resultaterne, udvikles forandringsforslag med henblik på at diskutere evidensgrundlaget herfor. Forandringsforslagene systematiseres ud fra Dahlgren og Whiteheads socioøkologiske model (2007), hvori det beskrives, at indgriben mod flere niveauer, er mest effektiv (68), hvorfor der i forandringsforslagene foreslås tiltag rettet mod flere niveauer samtidig. På trods af, at prioriteringen af de fremsatte forandringsforslag går fra det individuelle niveau og ud til leve- og arbejdsvilkårs niveauet, er specialegruppen bevidste om, at effekten af indsatser, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), har størst effekt når de rettes mod de yderste niveauer, det socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige niveau samt leve- og arbejdsvilkår niveau (68). Nedenstående præsenteres beslutningerne i prioriteret rækkefølge, med baggrund i teori og resultater fra specialet.

- I. Fysiske støttegrupper med andre ufrivillig barnløse kvinder, for at fremme og forbedre deres mentale sundhed.
- II. Parterapi i forhold til at reducere parforholdsrelaterede problematikker samt fremme og forbedre den mentale sundhed for kvinderne.
- III. Sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundheds problematikker.
- IV. Screening af mentale problematikker hos ufrivillig barnløse kvinder, således de opspores og efterfølgende kan få den nødvendige hjælp.
- V. Kompensation for omkostninger afholdt af arbejdsgiver i forbindelse med medarbejders fertilitetsbehandling.

8.1.1 Det individuelle niveau

8.1.1.1 Fysiske støttegrupper med ligesindede

I forhold til etablering af støttegrupper med ufrivillige barnløse kvinder er der solid evidens herfor, da det støttes af informanterne, litteraturstudiet (27,166,167,169) og desuden kan forklares ud fra Wengers teori om deltagelse i praksisfællesskaber. Af resultaterne fremgår det, at ufrivillig barnløse kvinder opnår anerkendelse gennem praksisfællesskaber med andre ufrivillig barnløse kvinder, da de kan spejle sig i andre og dermed opleve, at andre har det ligesom dem selv. Dette er med til at nedsætte den ensomhedsfølelse ufrivillig barnløse kvinder oplever, og har dermed en positiv effekt på deres selvværd og selvtillid, hvorfor det medvirker til at forbedre deres mentale sundhed. Endvidere tyder det på, at gruppeinterventioner kan medvirke til at reducere parforholdsrelaterede og sociale bekymringer (167). Der mangler dog viden om, hvordan støttegrupperne skal udformes for at være mest effektive, herunder indhold, antal personer med videre, hvorfor der anbefales en systematisk litteratursøgning, med henblik på at afdække eksempelvis metaanalyser der undersøger effekten af forskellige gruppe-interventioner. Desuden kan der udformes litteratursøgninger med henblik på at afdække kvalitative studier der undersøger kvinders erfaringer og oplevelser med forskellige gruppeinterventioner. Begge søgninger kan bidrage med viden om, hvordan gruppeinterventionen bør udformes, for at være mest effektiv i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Endvidere anbefales det, at der udføres en systematisk litteratursøgning i forhold til at undersøge omkostningseffektiviteten af gruppeinterventioner via sundhedsøkonomiske evalueringer, således kommuner og regioner indfører den mest omkostningseffektive intervention, hvormed prioriteringsprincipper overholdes i forhold til at opnå mest mulig sundhed for pengene (180).

8.1.2 Det sociale niveau

8.1.2.1 Etablering af parterapi til ufrivillig barnløse

Der er rimelig evidens for indføring af parterapi i behandling af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, blandt andet med baggrund i studierne af Ahmadi et al. (2019), Ehsan et al. (2018), Frederiksen et al. (2015) samt LoGiudice og Massaro (2018). Det tyder på, at parterapi medvirker til at fremme anerkendelse i parforholdet, kan nedsætte parforholdsrelaterede konflikter samt forbedre kvinders selvværd og selvbillede, og dermed øge kvinders mentale sundhed. Specialet indeholder ikke viden om, hvilken påvirkning parterapi har på mandens mentale sundhed, hvorfor dette bør undersøges med henblik på at opnå kendskab til tilsigtede og utilsigtede konsekvenser for manden ved deltagelse i parterapi. Det fremgår af resultaterne, at det for ufrivillig barnløse kvinder er essentielt at have velfungerende relationer i den private sfære, hvilket især gælder relationen til partneren, da dette har betydning for, hvordan personen indgår i andre fællesskaber og dermed kan få

indvirkning på social isolation og ekskludering. Parterapi ses på baggrund af disse argumenter, ligeledes som et betydningsfuldt forandringsforslag. Der mangler dog viden om, hvilket indhold der bør være i parterapien, samt hvilke andre indholdsmæssige karakteristika, der medfører bedst mulig effekt i forhold til at forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Det anbefales derfor at udføre en systematisk litteratursøgning, med henblik på at identificere metaanalyser og systematiske reviews, der vurderer påvirkningen heraf.

8.1.3 Leve- og arbejdsvilkår niveau

8.1.3.1 Anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker

På baggrund af den kritiske fortolkning samt studiet af Peterson et al. (2012), er der nogen evidens for, at der bør rettes strukturelle ændringer mod forandring af sundhedsprofessionelles nuværende tilgang til ufrivillig barnløse kvinder. Forandringen går her imod sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale problematikker, hvor der i høj grad er behov for håndtering og støtte, således at kvindernes mentale sundhed er i fokus og forbedres. Sundhedsprofessionelles anerkendelse og håndtering af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed medvirker til, at kvinderne oplever øget selvværd, selvtillid og får et bedre selvbillede, hvilket medvirker til øget mental sundhed. I den forbindelse kunne det være relevant at supplere med kvalitative undersøgelser af sundhedsprofessionelles oplevelse af, hvad de mangler i håndteringen af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed således, at de sundhedsprofessionelles perspektiv inddrages og får medindflydelse.

8.1.3.2 Anvendelse af screeningsredskaber til opsporing af mentale sundhedsproblematikker hos ufrivillig barnløse kvinder

Et andet tiltag er anbefalinger om en ensrettet screeningsproces med anvendelse af validerede screeningsredskaber som eksempelvis FertiQol eller SCREENIVF, således der sker en ensretning i opsporing af ufrivillig barnløse kvinder med mentale sundhedsproblematikker, hvilket foreslås i studiet af Peterson et al. (2012). Screeningsredskaber kan medvirke til at opspore personer med risiko for en tilstand, og dermed medvirke til at forebygge tilstanden tidligst muligt (150). Endvidere er der to forudsætninger der bør opfyldes for, at screeningsprogrammer er nyttige. For det første, at der findes en test eller redskab som kan identificere personer med tilstanden på et tidligere tidspunkt end de ellers ville være opdaget og for det andet at behandling af personens tilstand medfører bedre resultater, end hvis tilstanden var opdaget senere (150). Det kan dog synes problematisk at anvende screeninger, hvis der ikke samtidig implementeres behandlinger som kan imødekomme og afhjælpe de problematikker, der screenes for (181), her i forhold til mentale sundhedsproblematikker blandt

ufrivillig barnløse kvinder. Endvidere bør screening ske på et systematisk grundlag, idet en usystematisk tilgang både medfører ugunstigt forbrug af ressourcer, samt ikke medvirker til tilstrækkelig opsporing af de individer (181), som oplever mentale sundhedsproblematikker. Der mangler derfor viden om, barrierer og forudsætninger i praksis for at implementere og anvende validerede screeningsredskaber til opsporing af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker, eksempelvis via kvalitative undersøgelser af sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer, eller spørgeskemaundersøgelser til at undersøge eksempelvis sammenhænge.

8.1.3.3 Arbejdsgivers kompensation i forbindelse med ufrivillig barnløshed

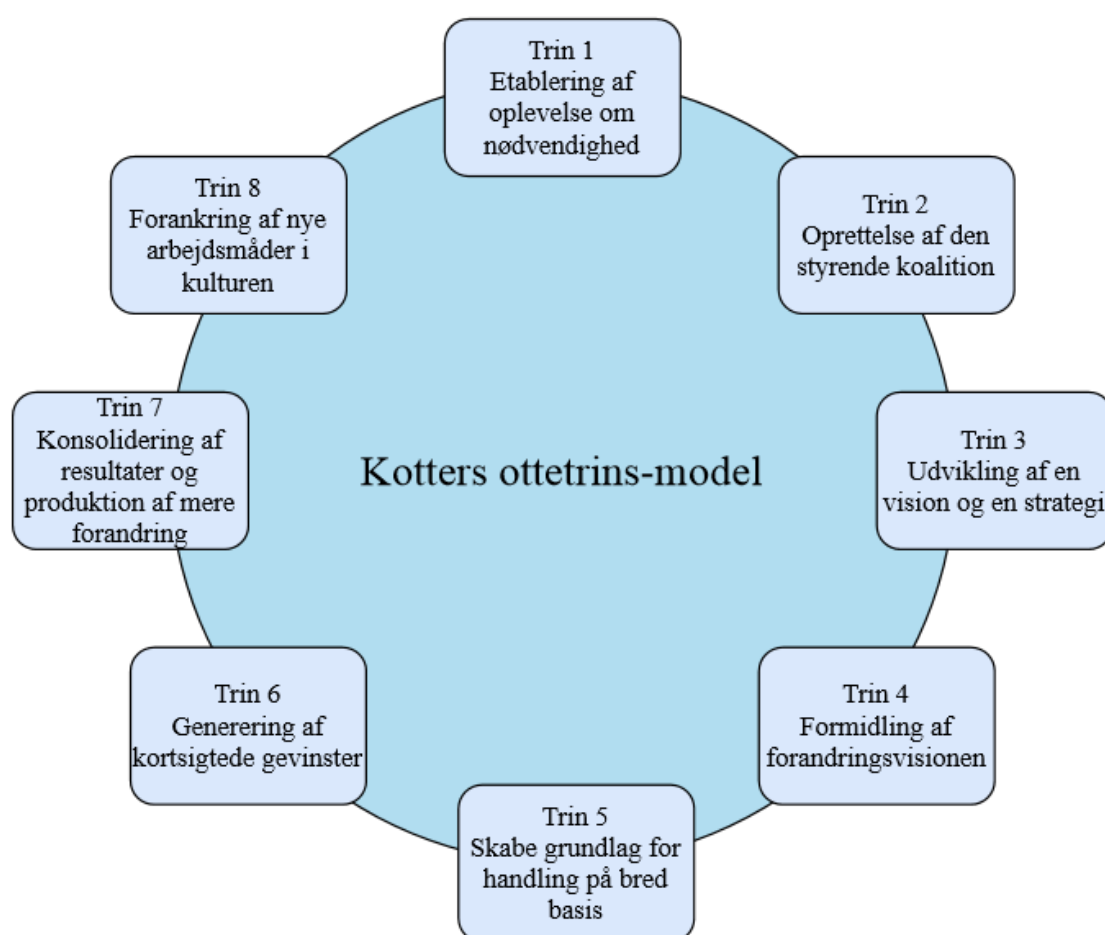
Af diskussionen af resultaterne fremkommer behov for kompensation til arbejdsgivere, så det bliver nemmere for ufrivillig barnløse kvinder at få fri fra arbejde, således de kan gå i fertilitetsbehandling samtidig med, at de passer deres arbejde. Dette med baggrund i, at det af resultaterne fremgår, at kvinders selvværd nedsættes som følge af, at de oplever, at de i mindre grad bidrager til det solidariske fællesskab på arbejdsmarkedet, end deres kolleger der ikke er ufrivillig barnløse, hvilket påvirker kvindernes mentale sundhed negativt. Dog fremgik dette fund udelukkende i interviewundersøgelsen, hvorfor det anbefales, at dette fund understøttes ved hjælp af yderligere interviewundersøgelser eller en systematisk litteratursøgning, der inkluderer ufrivillig barnløse kvinders oplevelser i forhold til arbejdsmarkedet. Endvidere er denne anbefaling økonomisk omkostningstung hvorfor det vurderes, at der bør være solidt evidensgrundlag herfor, inden der foretages lovtilføjelser om godtgørelse i forbindelse med fravær relateret til fertilitetsbehandling. I specialet er der fokus på at udarbejde et beslutningsgrundlag til kommuner og regioner, hvorfor sidstnævnte forandringsforslag ikke behandles videre, da dette fordrer statslige og politiske forandringer i form af lovændring.

8.2 Udmøntning af forandringsforslag

Kotters teori om forandring (1999) anvendes til at diskutere, hvordan udmøntningen af forandringsforslag i kommuner og regioner kan foregå og hvilke barrierer som der bør tages højde. Afslutningsvis diskuteres utilsigtede konsekvenser i forhold til hvordan forslagene udmøntes med udgangspunkt i Lorenc og Oliver (2014).

8.2.1 Udmøntning af forandringsforslag med anvendelse af Kotters ottetrins-model

Udmøntningen af forandringsforslag sker på baggrund af Kotters ottetrins-model om forandring (1999). Modellen er udarbejdet på et praksisbaseret grundlag, og kan ifølge Kotter (1999) medvirke til en teoretisk vejledning i forhold til hvordan forandring bedst skabes. Modellen kan anvendes til både privat og offentlig forandring i alle typer organisationer, og har fokus på at eliminere de barrierer, der uundgåeligt vil være i forhold til at opnå forandring samt forberedelse af kommende udfordringer. (182) Der anvendes konkrete eksempler undervejs i trin 1 til 4, der kan overføres til praksis, og som danner grundlag for det videre beslutningsgrundlag. Dette på baggrund af, at de første fire trin ifølge Kotter (1999) bidrager til grundlaget for forandring, og dermed til at ændre fastgroede tilstande (182). Nedenstående figur 8 viser ottetrins-modellen, som er en cyklisk model, der skal følges kronologisk med uret.



Figur 8: Ottetrins-modellen med inspiration i Kotters forandringsteori

Trin 1: *Etablering af oplevelse om nødvendighed* omhandler, at der i organisationen skal etableres en oplevelse af, at forandringen er nødvendig. Heri ligger en undersøgelse af situationen på området og identificering samt diskussion af potentielle kriser og muligheder. (182) I forhold til forandringsforslagene relaterer dette trin sig til, etablering af oplevelsen af nødvendighed hos beslutningstagere, hvilket kommer til udtryk ved specialets beslutningsgrundlag, der har til formål at skabe afsæt for forandringen, med baggrund i specialets resultater. Således kan specialet fungere som trin 1 i Kotters ottetrins-model.

Trin 2: *Oprettelse af den styrende koalition*, omfatter udvælgelse af nøglemedarbejdere, som kan skabe tilstrækkelig indflydelse i forhold til at styre forandringen, samt få gruppen til at arbejde sammen som et team (182). Dette trin kræver endvidere, at der er kendskab til den udvalgte organisation forandringen skal udføres i, og kan i forhold til forandringsforslagene komme til udtryk ved en udvalgt kommune eller region. Her er det centralt, at der er tillid mellem deltagerne i det udvalgte team og at der er et fælles mål, da begge er forudsætning for et samarbejde (182). I forhold til forandringsforslag I om fysiske støttegrupper vil det i trin 2 være relevant at identificere nøglemedarbejdere der kan drive processen, eksempelvis medarbejderne med motivation og engagement til at udføre forandringen, og med kompetencer og viden om barnløshed og dennes påvirkning af kvindernes mentale sundhed. Et eksempel på nøglemedarbejdere kunne være sygeplejersker på regionens fertilitetsklinikker som har erfaring med ufrivillig barnløshed og hvordan dette påvirker den mentale sundhed. I kommunen vil det være relevant at etablere kontakt til frivillige organisationer, hvor ildsjæle kan facilitere støttegrupper blandt ufrivillig barnløse kvinder, og herigennem skabe mulighed for erfaringsudveksling og opnåelse af gensidig anerkendelse, da dette styrker kvindernes selvbillede og dermed deres mentale sundhed. I Nordjylland er der eksempelvis en kommune, som har en støttegruppe der faciliteres af en kirke, hvor kvinderne har mulighed for at snakke sammen og dele deres følelser og bekymringer med hinanden (183). Endvidere kan der rettes henvendelse til Landsforeningen for Ufrivillig barnløse, da de kan have mulighed for at organisere kontakter mellem medlemmer og dermed medvirke til at facilitere støttegrupper. I forhold til forandringsforslag II vedrørende parterapi kan kommunen og regionen ansætte parterapeuter eller opkvalificere ansat personale via efteruddannelse til at varetage denne opgave. Såfremt dette ikke er muligt for kommunen eller regionen, har disse organisationer også mulighed for at lave en aftale med en eller flere privatpraktiserende parterapeuter, hvor kommunen eller regionen kan henvise til de parterapeuter, som de har indgået en aftale med. Da begge løsninger fordrer ansættelse af nyt personale, opkvalificering af ansat personale eller udlicitering af opgaver til privatpraktiserende

parterapeuter anbefales det at kommuner og regioner søger yderligere information vedrørende de økonomiske omkostninger som de forskellige løsninger medfører. Dog anbefaler både Galhardo et al. (2013) og Peterson et al. (2012) at mentale sundhedsinterventioner varetages af uddannet sundhedspersonale med erfaring indenfor området (169,171), hvorfor det kan have betydning hvem der udføre interventionen. Vedrørende forandringsforslag III, om sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundheds problematikker, kan der desuden være fokus på, integrering og fastholdelse af en anerkendende tilgang til ufrivillig barnløse kvinder, hvorfor det vil være relevant at give medarbejderne, som arbejder med ufrivillig barnløse kvinder et kursus eller efteruddannelse i anerkendende tilgange til patienter. I forhold til forandringsforslag VI om screening for mentale sundheds problematikker, fordrer dette at sundhedsprofessionelle på fertilitetsklinikkerne i regionerne oplæres i brugen af disse. Dette kan eksempelvis komme til udtryk ved at en til to sundhedsprofessionelle på hver fertilitetsklinik bliver nøglepersoner og får et kursus i anvendelse af screeningsredskaberne, hvorefter nøglepersonerne oplære det resterende personale i anvendelse af disse screeningsredskaber.

Trin 3: *Udvikling af en vision og strategi*, omhandler udviklingen af den pågældende fælles strategi, der skal styre forandringen og formuleringen heraf, da den fælles strategi er vejen til at gå fra status quo til forandring (182). En fælles strategi er desuden vigtig, idet medarbejdere ofte har forskellige holdninger og forståelser af vejen til forandring og præciserer dermed den fælles kurs. En fælles strategi er endvidere med til at motivere medarbejderne i forhold til at tage initiativ i en proces der ellers kan være personligt krævende, og afslutningsvist kan det være med til at koordinere medarbejdernes handlinger på en effektiv måde. (182) I specialet vil det eksempelvis relatere sig til et fælles værdigrundlag med klare retningslinjer for, hvorfor og hvordan forandringen skal komme til udtryk. Her er det vigtigt at have den enkelte organisation in mente således visionen målrettes eksempelvis i forhold til kommuner og regioner. I forhold til forandringsforslag I om henholdsvis fysiske støttegrupper og forandringsforslag IV screening for mentale sundhedsproblematikker, vil det være særlig relevant at udarbejde et fælles værdigrundlag til de enkelte organisationer som skal afholde forandringsforslagene, da dette eksempelvis er med til at sikre, at alle medarbejdere på regionens fertilitetsklinikker har fælles forståelse af forandringen og dermed udføre denne på samme måde med henblik på at sikre ensartning i eksempelvis screeningsprocessen.

Trin 4: *Formidling af forandringsvisionen*, omhandler hvordan visionen formidles, herunder midler til og hvordan kommunikation af den nye vision formidles, og desuden at den styrende enhed i denne fase bør fremstå som et forbillede for den adfærd der forventes af medarbejderne (182). I forhold til forandringsforslagene kan trin 4 komme til udtryk ved anvendelse af retoriske hjælpemidler som metaforer, til at hjælpe med at udbrede forståelsen af den nye vision, da billeder og metaforer ifølge Kotter (1999) er mere virkningsfuldt end ord i sig selv (182). Endvidere kunne det omhandle at udvælge bestemte fora eller teknologiske platforme, som skal gå i front i forhold til forandringen. Dette kunne ifølge Kotter (1999) eksempelvis være store gruppemøder, nyhedsbreve eller plakater, da kommunikation er et betydningsfuldt middel til at sprede visionen (182). I forhold til forandringsforslag IV om screening for mentale sundhedsproblematikker vil det være relevant at sende nyhedsmails ud til de sundhedsprofessionelle, som skal stå for screeningerne i regionen, hvormed medarbejderne bliver informeret om det nye tiltag og hvordan organisationen arbejder med dette, og dermed har mulighed for at følge med i forandringen. Endvidere vil det til forandringsforslag III Sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker, være relevant at sende nyhedsmails ud til medarbejdere i kommuner og regioner som forestår forandringen. Dette på baggrund af, at anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker er forudsætning for de andre tre forandringsforslag. Det er derfor vigtigt at medarbejderne gøres opmærksomme på betydningen af at anerkende ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker, da dette ellers kan medføre negative konsekvenser for kvinderne i form af forværret mental sundhed.

Trin 5: *Skabe grundlag for handling på bred basis*, omhandler eliminering af eventuelle barriere, ændring af strukturer og systemer, der står i vejen for forandring samt opmuntring af medarbejdere til risikovillighed, utraditionelle ideer eller handlinger (182). Dette trin kunne indeholde anvendelse af SWOT-analyse, der kan medvirke til at identificere mulige styrker, svagheder, muligheder samt mulige trusler (184). Trin 6: *Generering af kortsigtede gevinster* omhandler planlægning af synlige præstationer, virkeliggørelse af disse samt synlig anerkendelse og belønning af medarbejdere der muliggør præstationerne. Ifølge Kotter (1999) vil belønning af kortsigtede præstationer på sigt medføre mere forandring i organisationer, hvorfor dette er et betydningsfuldt element. Trin 7: *Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring* omhandler mere omgribende forandring af strukturer, ansættelse, forfremmelse og videreudvikling af medarbejdere der fortsat kan implementere strategien. Desuden tilpasning og stramning af processen med nye projekter og aktører. Trin 8: *Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen* omhandler effektivisering i forhold til

præstationer, medarbejdere og lederskab således forandringen forankres i organisationen. Hertil beskriver Kotter vigtigheden af at synliggøre resultaterne opnået ved forandringen, og dermed synliggøre forandringen fra den gamle adfærd i organisationen, da dette vil medvirke til bibeholdelse af den nye forandring. (182)

Kotters ottetrins-model (1999) kan medvirke til at skabe en retningslinje for forandringen på området, således ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed fremmes eller forbedres. Det skal dog pointeres, at Kotters model (1999) er en forsimpning af virkeligheden (182), hvilket kan have ulemper i forhold til manglende detaljegråd i forhold til specifikke elementer. Desuden er der en ulempe ved, at Kotter ikke beskriver implementeringsprocessen detaljeret, hvorfor der med fordel kan anvendes teori, rettet mod implementering. Til implementering af forandringen, kunne der eksempelvis anvendes principper fra Fixsen et al.s (2005) syntese af implementeringsteori og -evidens, hvori der eksempelvis indgår en teoretisk model samt vigtige kernekomponenter i implementeringsarbejdet (185). Fixsens et al.s (2005), syntese kan dermed medvirke til at kvalificere implementeringen af det forelagte beslutningsgrundlag i kommuner og regioner.

8.2.2 Utilsigtede konsekvenser ved forandringsforslag til fremme af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinders

Det er relevant at overveje, om de forandringer der fremlægges i beslutningsgrundlaget, kan have utilsigtede konsekvenser. Ifølge Bonell et al. (2015), er det relevant at undersøge effekten af folkesundhedsinterventioner, da man dermed kan søge at undgå utilsigtede konsekvenser og søge at forhindre årsager der ligger til grund herfor (186). Nedenfor udledes, hvad der i forhold til beslutningsgrundlaget vurderes at gøre sig gældende i forhold til utilsigtede konsekvenser i relation til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

Ifølge forskerne i folkesundhedsvidenskab Theo Lorenc og Kathryn Oliver (2014) kan utilsigtede konsekvenser af folkesundhedsinterventioner inddeles i følgende: *direct harm, psychological harm, equity harm, group and social harm* samt *opportunity cost harms* (187). *Psychological harm* vurderes at gøre sig gældende i forhold til, at de interventioner der implementeres til at fremme ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, kan have modsatrettede effekter, og dermed kan forværre følelsesmæssige bekymringer, oplevelse af skyld, selvtillid samt nedsætte den mentale sundhed. Ved målrettede indsatser kan der ved screeninger af ufrivillig barnløse kvinder for mentale sundhedsproblematikker opstå konsekvenser, i form af falsk-positive svar, hvilket ligeledes kan medføre negative effekter som eksempelvis stress. Der kan desuden være problemer i forhold til

vurdering af modsatrettede effekter på kvindernes sociale og intime relationer, idet de problemer kvinderne oplever, kan bidrage med positive effekter som eksempelvis styrket parforhold, hvilket eksempelvis ses i studiet af Schmidt (2009) (10). Lorenc og Oliver (2014) beskriver, hvordan især modsatrettede effekter som øget følelse af bekymringer og skyld, falsk-positive svar i forbindelse med screeninger, og deraf påvirkninger på trivsel, samt udfordringerne ved at bedømme effekterne i forhold til individers sociale og intime relationer, er karakteristisk for *psychological harms* ved folkesundhedsinterventioner (187). *Equity harms* vedrører, at interventioner der implementeres, utilsigtet medfører øget ulighed, eksempelvis ved, at de ufrivillig barnløse kvinder med størst behov ikke tilbydes hjælp. Dette gør sig eksempelvis gældende i studiet af Pasch et al. (2016), hvor ufrivillig barnløse kvinder med få psykologiske bekymringer, tilbydes mere information om og tilbydes flere mentale indsatser sammenlignet med dem, der har mange mentale bekymringer (170). Lorenc og Oliver (2014) beskriver hvordan *equity harm* kan omhandle interventioners utilsigtede konsekvenser ved at medføre øget ulighed, eksempelvis i forbindelse med højriskostrategier (187). *Equity harms* er derfor en vigtig utilsigtet konsekvens at fokusere på, når anbefalingerne går på højriskostrategier rettet mod specifikke grupper i populationen. *Group and social harms* omhandler, at ved facilitering af støttegrupper hvor individer med lignende problematikker sammensættes, kan problematikker og bekymringer som ufrivillig barnløse kvinder oplever, forstærkes. Dette antages dog ikke at være problematisk, idet ufrivillig barnløse kvinder på trods af den store overensstemmelse i påvirkningen af den mentale sundhed, ifølge Greil et al. (2010) er en heterogen gruppe (48). Endvidere kan et problem være, at idet interventionerne rettes mod kvinder som oplever et behov for mentale sundhedsinterventioner, risikerer denne gruppe stigmatisering, hvilket kan medføre større afstand til resten af befolkningen. Endvidere kan øget fokus på ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed og den situation som de er i, medføre en ændring i samfundets norm i form af en negativ opfattelse af interventionerne eller fertilitetsbehandling, og dermed medføre at færre deltager. Der er ydermere risiko for, at idet mental sundhed problematiseres, sker der en medikalisering som kan medføre, at individer der tidligere ikke var bevidste om sine problematikker, kan opleve forværring af tilstanden. Ifølge Lorenc og Oliver (2014) er der inden for *group and social harms* negative konsekvenser, som opstår når grupper med samme eller afvigende egenskaber samles, hvormed dette kan lede til forværring (187). Således kan der opstå forværring af tilstanden hvor gruppen bliver mere afvigende, at interventioner kan medføre stigma og dermed yderligere afstand til populationen, at ændring i sociale normer eller opfattelser kan medvirke til manglende tilslutning til interventionerne eller medikalisering som følge af interventionen kan få negative konsekvenser i forhold til eksempelvis

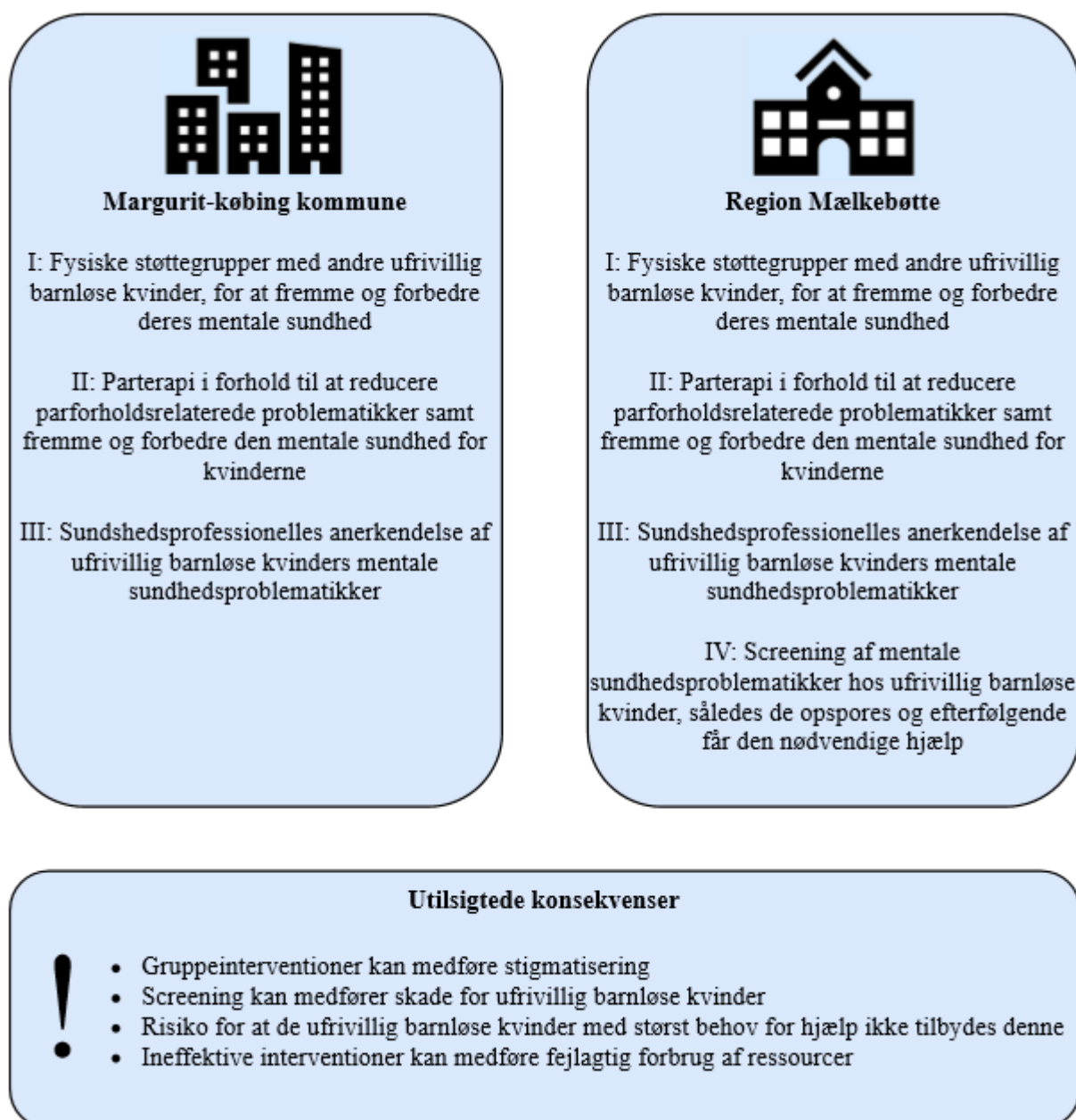
mental sundhed (187). Afslutningsvis gælder der i forhold til *oportunity cost harms*, at der ved manglende effektiv vurdering af interventionerne, i forhold til fremme af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, kan bruges ressourcer på ineffektive interventioner, og dermed forbruges betydningsfulde ressourcer herpå. Dette er ikke ønskeligt i forhold til princippet om prioritering inden for sundhedsvæsenet, hvor der søges at opnå mest mulig sundhed for pengene (180). Det gælder for alle typer utilsigtede konsekvenser, at der bør være fokus på evaluering og effektiv vurdering af interventionerne, således alle effekter afdækkes. Endvidere kan dette ske ved hjælp af kvalitative undersøgelser, der muliggør subjektive udtalelser i forhold til interventionens effekter. (187)

8.3 Beslutningsgrundlag til forandring af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed

Til Margurit-købing Kommune og Region Mælkebøtte

På baggrund af rapporten *Forandring af strategier til forbedring af mental sundhed hos ufrivillig barnløse kvinder – I et kritisk hermeneutisk perspektiv* er der udarbejdet nedenstående beslutningsgrundlag rettet mod forandring af den nuværende tilgang til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker. Mellem 12% (9) og 28% (10) af alle kvinder oplever problemer med ufrivillig barnløshed, i en eller anden grad, og en stor del af disse oplever mentale sundhedsproblematikker problemer. Disse mentale sundhedsproblematikker kommer til udtryk ved depression (25,27,41,77,81), stress (25), lav livskvalitet (28,79,80) samt lav mental sundhed (80,82) sammenlignet med kvinder der ikke er ufrivillig barnløse. Endvidere gælder, at ufrivillig barnløse kvinder har et øget sygefravær som følge af at være ufrivillig barnløs, og at dette primært skyldes mentale sundhedsproblematikker (177). Deltagelse i mentale sundhedsinterventioner øger i gennemsnit graviditetsraten med 250% (27) og medvirker desuden til at forbedre parametre som stress, depression og angst (27,166–169). Der er dermed et potentiale i forhold til at fremme og forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed.

Beslutningsgrundlaget er udarbejdet med henblik på at fremme og forbedre ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed, da det af rapporten er fremkommet, at nedenstående beslutningsforslag vil fremme den mentale sundhed, blandt andet ved at øge kvindernes selvværd og selvtillid. Nedenstående figur 9 viser oversigt over beslutningsforslag samt utilsigtede konsekvenser.



Figur 9: Oversigt over beslutningsforslag samt utilsigtede konsekvenser

- I. Fysiske støttegrupper med andre ufrivillig barnløse kvinder, for at fremme og forbedre deres mentale sundhed.
- II. Parterapi i forhold til at reducere parforholdsrelaterede problematikker samt fremme og forbedre den mentale sundhed for kvinderne.
- III. Sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundheds problematikker.
- IV. Screening af mentale sundhedsproblematikker hos ufrivillig barnløse kvinder, således de opspores og efterfølgende kan få den nødvendige hjælp.

Forslag I: Fysiske støttegrupper med andre ufrivillig barnløse kvinder, for at fremme og forbedre deres mentale sundhed

Det er relevant at implementere fysiske støttegrupper til ufrivillig barnløse kvinder, da det medvirker til at forbedre deres mentale sundhed herunder ved at styrke deres selvtillid og selvværd. I forhold til udmøntningen af fysiske støttegrupper blandt ufrivillig barnløse kvinder, er det relevant at fokusere på oprettelse af en styrende enhed i forhold til at implementere tiltaget. Dette kræver, at der identificeres nøglemedarbejdere der kan drive processen, eksempelvis medarbejderne med motivation og engagement for at udføre forandringen, og med kompetencer og viden om barnløshed og dennes påvirkning af kvindernes mentale sundhed. Et eksempel på nøglemedarbejdere kan være sygeplejersker på regionens fertilitetsklinikker, som har erfaring med ufrivillig barnløshed, og hvordan dette påvirker den mentale sundhed. Det anbefales af Galhardo et al. 2013 og Peterson et al. 2012 at det er erfarne sundhedsprofessionelle som står for facilitering og gennemførelse af interventionen (169,171). Endvidere kræver forslaget, at der frigøres lokaler til afholdelse af støttegrupperne. Gruppeinterventioner med fast struktur og fagligt indhold har også positiv påvirkning på ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhed. Dog kræves en yderligere undersøgelse af, hvordan programmet bør udformes, for at opnå størst mulig effekt. Endvidere vil være relevant at etablere kontakt til frivillige organisationer, hvor ildsjæle kan facilitere støttegrupper blandt ufrivillig barnløse kvinder, og herigennem skabe mulighed for erfaringsudveksling og opnåelse af gensidig anerkendelse, da dette styrker kvindernes selvbillede og dermed deres mentale sundhed. I Nordjylland er der eksempelvis en kommune, som har en støttegruppe der faciliteres af en kirke, hvor ufrivillig barnløse kvinder har mulighed for at snakke sammen og dele deres følelser og bekymringer med hinanden. Endvidere kan der rettes henvendelse til Landsforeningen for Ufrivillig barnløse, da de kan have mulighed for at organisere kontakter mellem medlemmer dermed medvirke til at facilitere støttegrupper.

Forslag II: Parterapi i forhold til at reducere parforholdsrelaterede problematikker samt fremme og forbedre den mentale sundhed for kvinderne

Ifølge rapporten fremgår det, at parterapi kan reducere parforholdsrelaterede problematikker, og medvirke til øget selvværd, selvtillid og mental sundhed for ufrivillig barnløse kvinder. Parterapi kan udføres af privatpraktiserende parterapeuter, hvor kommune eller region skaber henvisning til disse. Fordelen herved er, at dette frigør ressourcer fra region eller kommune, da opgaven udliciteres. Dog skal de økonomiske udfordringer ved denne løsning undersøges yderligere med henblik på at finde den mest omkostningseffektive løsning. En anden mulighed er, at kommune og region ansætter parterapeuter eller kvalificere ansat personale via efteruddannelse, således disse kan afholde parterapi i kommunalt eller regionalt regi. Det kræver yderligere information omkring økonomiske omkostninger af denne mulighed. Af rapporten fremgår det at gruppeinterventioner ligeledes kan medføre reduktion af ufrivillig barnløse kvinders parforholdsmæssige bekymringer, hvorfor det anbefales at gruppeinterventionen bør prioriteres frem for parterapi. Dog mangler der fortsat viden om effekterne af parterapi for at fastsætte endelige anbefalinger herom.

Sundhedsprofessionelles anerkendelse af ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker

Det anbefales, at sundhedsprofessionelle på regionens fertilitetsklinikker har en anerkendende tilgang til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker, da en helhedsorienteret tilgang til kvindernes problematikker medvirker til at fremme og forbedre deres mentale sundhed med udgangspunkt i kvindernes individuelle behov. Det anbefales derfor, at sundhedsprofessionelle efteruddannes og specialiseres med henblik på at de opnår viden om, hvilke problematikker ufrivillig barnløse kvinder oplever samt, hvordan de sundhedsprofessionelle håndterer disse problematikker i mødet med de ufrivillig barnløse kvinder. En anerkendende tilgang til ufrivillig barnløse kvinders mentale sundhedsproblematikker, spiller ind i de andre beslutningsforslag, da denne medvirker til at fremme og forbedre kvinders mentale sundhed. Endeligt anbefales det, at kommune og region har en anerkendende tilgang til ufrivillig barnløse kvinder, som giver udtryk for at have brug for hjælp og støtte til at håndtere sine mentale sundhedsproblematikker.

Forslag IV: Screening af mentale sundhedsproblematikker hos ufrivillig barnløse kvinder, således de opspores og efterfølgende kan få den nødvendige hjælp

Af rapporten fremkommer endvidere, at der bør ske en målrettet opsporing med henblik på at identificere de ufrivillig barnløse kvinder med mentale sundhedsproblematikker og dermed efterfølgende tilbyde dem relevant behandling. Denne opsporing kan ske ved hjælp af standardiserede og validerede redskaber som SCREENIVF og FertiQol, hvoraf sidstnævnte er oversat til dansk, og begge kan succesfuldt anvendes til at opspore ufrivillig barnløse kvinder med sundhedsproblematikker (92,93). For at anvende redskaberne kræves, at sundhedsprofessionelle, eksempelvis på fertilitetsklinikkerne, oplæres i brugen af disse, og endvidere at der frigives tid således at de sundhedsprofessionelle har tid til at screene eksempelvis de ufrivillig barnløse kvinder når de har dem til samtale på fertilitetsklinikkerne. Ydermere skal screeningsredskaberne anvendes systematisk for at have effekt. Det antages, at indførsel af dette tiltag, ikke er det mest omkostningstunge, sammenlignet med de andre. Dog er det først meningsfuldt at anvende screeningsredskaber til opsporing af kvinder med mentale sundhedsproblematikker, hvis der er tiltag til at afhjælpe de problematikker, kvinderne måtte opleve, hvorfor det anbefales at udmønte forslag I til III før implementering af screening for mentale sundhedsproblematikker.

Utilsigtede konsekvenser ved udmøntningen af beslutningsforslagene

I forbindelse med støttegrupper kan der opstå utilsigtede konsekvenser i form af stigmatisering, ved at gruppen af ufrivillig barnløse adskilles fra den resterende befolkning, hvilket kan medføre forværring af kvindernes mentale sundhed. I forhold til screening bør regionen være opmærksom på at dette kan medføre falsk-positive svar, hvilket kan medføre forværring af den mentale sundhed for de ufrivillig barnløse kvinder. Der bør rettes opmærksomhed mod at en utilsigtet konsekvens ved beslutningstiltagene kan være, at de ufrivillig barnløse kvinder ikke tilbydes tilstrækkelig hjælp, hvortil en god screeningsprocedure af mentale sundhedsproblematikker hos de ufrivillig barnløse som oplever størst behov, kan være en løsning på denne utilsigtede konsekvens. Afslutningsvis er der risiko for, at ineffektive interventioner kan medføre fejlagtigt forbrug af ressourcer hvortil det anbefales at der udføres evaluering af interventionerne med henblik på at evaluere omkostningerne samt tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af interventionen.

De bedste hilsner

Anne, Christina og Joan

9. Metodediskussion

Specialets kvalitet vurderes i dette afsnit med udgangspunkt i Justesen og Mik-Meyers (2012) kvalitetskriterier konsistens og kohærens samt transparens, og Thagaards (2010) kvalitetskriterier bekræftbarhed og overførbarhed. Afslutningsvis behandles specialets forskningsetiske overvejelser i forbindelse med udarbejdelse heraf.

9.1 Kohærens og konsistens

Ifølge Lise Justesen og Nanna Mik-Meyer (Justesen og Mik-Meyer) (2012) indebærer kvalitetskriterierne kohærens og konsistens, om der er sammenhæng mellem teoretiske og metodologiske valg og overvejelser. Konsistens og kohærens kan derfor trues af modsigelser i eksempelvis videnskabsteoretisk position og teoretiske valg. For at kunne vurdere konsistens og kohærens af et projekt, skal valg og begrundelser herfor, ekspliciteres i teksten. (188) I forhold til Maxwell (2005) er konsistens ligeledes et betydningsfuldt begreb i forhold til at vurdere den samlede kvalitet af skriftlige produkter. Begreberne kohærens og konsistens vil derfor anvendes til at vurdere sammenhængen i specialets metodeelementer.

9.1.1 Diskussion af specialets konsistens og kohærens

Maxwells interaktive model (2005) er i specialet anvendt aktivt med henblik på at højne intern kohærens mellem metodens elementer. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at specialegruppen har valgt at anvende kritisk hermeneutik som videnskabsteoretisk position og en analysestrategi, som ligger under samme videnskabsteoretiske position, hvorfor der er høj grad af sammenhæng herimellem. Ud fra Justesen og Mik-Meyer (2012) er det centralt i forhold til at opnå høj kohærens, at der er sammenhæng mellem metodens dele (188). Endvidere er der høj kohærens mellem metodiske valg, eksempelvis interview som dataindsamlingsmetode, og dens egenskab i forhold til at undersøge levede erfaringer (152) samt forstå menneskets oplevelser (126,153), hvilket er i overensstemmelse med det andet forskningsspørgsmål og dermed den viden der søges.

I forhold til konsistens har der været fokus på at være konsekvent i valg af begreber samt argumentation, således der er en rød tråd gennem opgaven. Dette har været udfordret af, at Ricoeur i sin filosofi er tvetydig og dermed bruger flere forskellige begreber for det samme, eksempelvis i forhold til, at Ricoeur både anvender hermeneutisk bue (133), cirkel og spiral (130). Konsistensen er søgt højnet ved at specialegruppen har haft åben dialog om anvendelse af begreber, således der er søgt konsensus i forhold til forståelser heraf. I forhold til Ricoeurs filosofi og Pedersens og Dreyers udlægning af Ricoeurs fortolkningsteori (2018), er der nogle forskelligheder i forhold til eksempelvis

Ricoeurs (2002) dialektik (130) hvor Pedersen og Dreyers analysestrategi (2018) er en metode der er præget af at være lineær og trinvis kronologisk (128), hvorfor der har været uoverensstemmelser herimellem, hvilket kan påvirke specialets konsistens og kohærens. Dog er der i specialet anvendt Pedersen og Dreyers (2018) tilgang, idet de beskriver en metode, og dermed opskrift på hvordan en analyse kan udføres, med baggrund i Ricoeurs fortolkningsteori (128), hvorimod Ricoeurs teori er en filosofi.

Specialets kohærens udfordres af, at der anvendes Honneths anerkendelsesteori, der adskiller sig fra specialets videnskabsteoretiske position ved, at den tilhører kritisk teori. Der opstår derved uoverensstemmelser mellem specialets ontologi og epistemologi og den anvendte teori, idet kritisk teori ifølge den tyske filosof og sociolog Jürgen Habermas ophæver den epistemologiske bevidsthedsfilosofi (2018). Dette vil sige, at et subjekt opnår bevidsthed om et objekt via en metodisk observation og analyse, og ontologisk bevares muligheden for subjekt-objekt betragtningen på den objektive verden (189). I kritisk hermeneutik er der ikke en opdeling mellem subjektet og objektet og endvidere ligger fokus på den subjektive oplevelse af verden (190), hvorfor kritisk teori adskiller sig fra kritisk hermeneutik da der her er fokus på den objektive verden (191). Dog placeres Habermas både i den kritiske teori og i den kritiske hermeneutik, hvorfor der ligeledes er sammenfald herimellem, ved eksempelvis det kritiske element. (189,190). På baggrund af ovenstående vurderes det, at specialet har et højt niveau af konsistens og kohærens.

9.2 Transparens

Transparens hænger ifølge Justesen og Mik-Meyer (2012) sammen med metodiske valg og overvejelser, herunder valg af dataindsamlingsmetode og analysestrategi. Transparens højnes ved at et projekt eksplicit adresserer valg og særligt overvejelser og begrundelser herfor. Høj grad af transparens medfører således, at metoden teoretisk kan genskabes, dette gælder dog ikke for resultaterne. (188) Transparens anvendes til at vurdere, i hvor høj grad de metodiske valg og fravalg er ekspliciteret i opgaven, således læseren kan kigge forfatterne over skulderen og teoretisk kunne genskabe processen.

9.2.1 Diskussion af specialets transparens

I forhold til at opnå transparens i specialet, har der været fokus på at eksplicitere og begrunde alle metodologiske valg, således at det er muligt for læseren at følge specialets metodiske tilgang. Dette gør sig eksempelvis gældende i forhold til analysestrategien, der er beskrevet trinvist i forhold til udførelsen. Endvidere er der vedlagt relevante dokumenter som informationsmateriale til

informanter, interviewguide, kondenseret strukturanalyse samt indledende og systematiske søgebilag, hvilket medvirker til at højne transparensen, idet læseren kan følge og teoretisk genskabe processen. Ifølge Justesen og Mik-Meyer (2012) er transparens netop udtrykt ved, at læseren kan kigge forskeren over skulderen således at processen kan genskabes (188). Transparensen kunne højnes yderligere ved, at hele strukturanalysen vedhæftes som bilag, da det giver læseren større mulighed for at følge processen. Dog vurderes det, at den kondenserede strukturanalyse medvirker til at øge læsevenligheden, og at det er muligt for læseren at opnå forståelse for specialets proces herigennem.

Specialegruppen har ikke ekspliciteret deres forforståelse i dette speciale, hvilket har påvirket transparensen, da det dermed kan være svært for læseren at forholde sig til specialets forudgående og løbende viden gennem processen. Ifølge Juul (2012) skal forskeren i kritisk hermeneutik begrunde og eksplicitere sin forforståelse, da det er en forudsætning for, at forforståelsen kan bringes i spil, og derigennem justeres i mødet med nye erfaringer samt for, at andre kan forholde sig til betingelserne for undersøgelsen (129). Dog fremkommer der en implicit forforståelse gennem specialets problemanalyse, da denne danner vidensgrundlag for specialets problemformulering og dermed videre proces i specialet. På baggrund af ovenstående vurderes specialets transparens som høj.

9.3 Bekræftbarhed

Begrebet bekræftbarhed omhandler ifølge Tove Thagaard (Thagaard) (2010), tolkningen af empiriens resultater, og hvorledes forskeren har forholdt sig kritisk til disse. Således skal der kunne findes belæg for enhver tolkning af resultater og hvordan forskeren er nået frem til pågældende resultater. (160) Bekræftbarhed vil således omfatte, om de fremviste resultater og tolkningen heraf, er bekræftbar.

9.3.1 Diskussion af specialets bekræftbarhed

Specialets høje transparens medvirker til at øge bekræftbarheden, idet læseren har mulighed for at følge processen fra interviewguide til informanternes svar i strukturanalysen, hvilket medfører øget bekræftbarhed i forhold til tolkningen af resultaterne. Ifølge Thagaard (2010) omfatter bekræftbarhed sammenhængen mellem undersøgelsen og dens tolkninger, og endvidere om flere studier kan bekræfte hinanden (160). I forhold til specialets bekræftbarhed gælder, at resultaterne fra den kritiske fortolkning, er i overensstemmelse med, hvad andre studier har vist omkring ufrivillig barnløse kvinders erfaringer og påvirkning af deres mentale sundhed, hvilket højner specialets bekræftbarhed. I forhold til specialets litteraturstudie tyder det på, at resultaterne herfra både bekræftes af andre studier og samtidig at der fremkommer nye fund. Det tyder derfor på, at bekræftbarheden af litteraturstudiet kunne være højere.

I forhold til bekræftbarheden af beslutningsgrundlaget gælder, at prioriteringen af forslagene er sket ud fra i hvilket omfang den indsamlede empiri understøtter forslagene. Således er det specialegruppens vurdering af, hvad der foreslås og på hvilket teoretisk grundlag. Dog er der solid evidensgrundlag for eksempelvis beslutningsforslag I og II, hvilket beskrives i beslutningsgrundlaget. I forhold til de utilsigtede konsekvenser af beslutningsforslagene, er de baseret på specialegruppens vurdering sammenholdt med evidens, hvor der fortsat er behov for viden herom, for at vurdere de endelige både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser. Det er endvidere beskrevet, at der fortsat mangler viden om beslutningsforslagene for at de kan udmøntes, eksempelvis i forhold til støttegruppernes indhold, hvorfor der fortsat er behov for viden herom. På baggrund af ovenstående vurderes specialets bekræftbarhed som acceptabel.

9.4 Overførbarhed

Begrebet indeholder ifølge Thagaard (2010), hvorledes fortolkninger opnået i et projekt, kan være gældende i andre kontekster. Overførbarheden må således også forstås i sammenhæng med genkendelighed, således at personer med erfaringer med det undersøgte fænomen, vil kunne genkende sig selv i de tolkninger der fremføres i et projekt. (160) Overførbarhed vil således omfatte, hvorledes de fremviste resultater i specialet kan overføres til andre kontekster eller genkendes i forhold til andre kvinder, der har erfaringer med at være ufrivillig barnløs.

9.4.1 Diskussion af specialets overførbarhed

I forhold til specialets overførbarhed, har anvendelse af Ricoeurs filosofi og Pedersen og Dreyers analysestrategi (2018) medvirket til, at løfte konkrete erfaringer til en forklaring af noget almengyldigt i forhold til hvad der gør sig gældende for ufrivillig barnløse kvinder og påvirkningen af deres mentale sundhed. Dette er med til at øge specialets overførbarhed idet ufrivillig barnløse kvinder antages at kunne genkende egne erfaringer og meninger af det oplevede fænomen. Ifølge Thagaard (2010) omhandler overførbarhed, om resultater opnået i et forskningsprojekt er relevant i andre kontekster og desuden, om tolkningen af resultaterne er samstemmende i forhold til personer med kendskab til fænomenet (160). I forhold til litteraturstudiets overførbarhed udfordres det af, at to af de inkluderede studier eksempelvis stammer fra Iran, hvilket er et land med anden kultur end dansk, hvilket blandt andet kommer til udtryk i landets dominerende religion, Islam (192), hvorfor der kan være lav overførbarhed i forhold til studierne resultater. Dog er der en stor overensstemmelse mellem de iranske studiers fund og andre identificerede studiers, hvorfor det alligevel vurderes, at overførbarheden af litteraturstudiet er acceptabelt. Overførbarheden kunne dog højnes yderligere, ved

anvendelse af studier fra lande, som er sammenlignelige med dansk kultur, eksempelvis skandinaviske lande. Samlet set vurderes specialets overførbarehed som acceptabel.

9.5 Diskussion af etiske overvejelser

I forhold til etiske overvejelser, har der i specialegruppen været store overvejelser i forhold til, hvordan der bedst kunne opnås tryghed og tillid i interviewsituationen, eksempelvis på grund af interviewformen, video- og telefoninterview, samt på grund af emnets sårbare karakter. Der har derfor været fokus på, at der i briefinggen skulle være plads til uformel snak samt, at spørgsmålene er søgt formuleret i et hverdagsprog, således informanterne føler sig kompetente i forhold til at kunne besvare disse. Ifølge Carr og Worth (2001) er det godt at anvende simple og ligetil formuleringer idet det kan reducere ængstelse, og øger respondentens tro på egne evner (156). Desuden er der rettet fokus mod at opføre sig respektfuldt og høfligt over for informanterne, hvilket er i overensstemmelse med Christensen et al. (2011), og Thagaards (2010) anbefalinger herom (158,160). Der har endvidere været rettet opmærksomhed mod, at interviewene ikke skulle være terapeutiske samtaler, hvilket ifølge Brinkmann (2015) er en risiko og hvor man som interviewer er forpligtet til at beskytte informanten (193). Alle informanter er løbende anonymiseret i takt med transskriberingen, hvilket er i overensstemmelse med Kvale og Brinkmanns (2015) principper herom (152) og alle oplysninger er opbevaret i henhold til Datatilsynet i forhold til eksempelvis regler om opbevaring (162) på krypteret harddisk. I specialets litteraturstudie har der været fokus på, ikke at fravælge studier der har vist ikke-ønskelige resultater i forhold til forskningsspørgsmålet, hvilket ligeledes har været fokus i analysen af interviewene. Da dette er en subjektiv vurdering, er det dog ikke sikkert, at dette er tilstrækkeligt overholdt. I forhold til analysestrategien har det været udfordrende at vise nuancer i kvindernes erfaringer, idet fokus i forhold til Pedersen og Dreyers analysestrategi (2018) har været at præsentere det essentielle. Ifølge Christensen et al. (2011), er der en etisk forpligtelse i forhold til at vise nuancer blandt informanter (158), hvilket udfordres i kraft af den valgte analysestrategi. Der blev i interviewsituationen sørget for god tid i debriefingen i forhold til at henvise til eksempelvis LFUB, ved ytring om behov herfor. Dette er gjort med udgangspunkt i Helsinki Deklarationens princip om ikke at gøre skade, samt informere informanten om risici ved deltagelse, inden påbegyndelse (194,195). På baggrund af ovenstående vurderes det, at specialegruppen har fulgt gældende etiske retningslinjer om eksempelvis anonymisering og opbevaring af data, og dermed har overholdt etiske principper.

10. Konklusion

Formålet med dette speciale var at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af nuværende sundhedsfremmende og forebyggende strategier til kommuner og regioner blandt ufrivillig barnløse kvinder. Specialet danner grundlag for beslutningsforslag rettet mod kommuner og regioner, med anbefalinger om, hvordan nuværende strategier i forhold til ufrivillig barnløse kvinder kan forandres således, at deres mentale sundhed fremmes og forbedres. I beslutningsgrundlaget anbefales, at der dannes fysiske støttegrupper til ufrivillig barnløse kvinder. Dette på baggrund af, at ufrivillig barnløse kvinder heri opnår spejling i, erfaringsudveksling og dermed anerkendelse af deres situation, som medfører, at deres ensomhedsfølelse reduceres. Fysiske støttegrupper styrker ufrivillig barnløse kvinders selvtillid, selvværd og positive selvbillede, og medvirker dermed til at forbedre deres mentale sundhed. Endvidere anbefales indførelse af parterapi til ufrivillig barnløse kvinder og deres partner, da dette medvirker til at skabe en vellykket relation. Parterapi kan afhjælpe parforholdsrelaterede problematikker og medvirker til at fremme og forbedre den mentale sundhed. Det anbefales endvidere, at sundhedsprofessionelle i mødet med ufrivillig barnløse kvinder anvender en anerkendende tilgang i forhold til kvindernes mentale sundhedsproblematikker. Dette medvirker til, at kvinderne opnår oplevelse af en helhedsorienteret tilgang med hensyntagen til mentale og individuelle behov. Afslutningsvis anbefales indførelse af validerede screeningsredskaber til systematisk opsporing af ufrivillig barnløse kvinder med mentale sundhedsproblematikker, eksempelvis redskaberne SCREENIVF eller FertiQoL. Dette kan medvirke til at opspore de ufrivillig barnløse kvinder med mentale sundhedsproblematikker, som har behov for støtte. Dog anbefales det, at screening først anvendes, når der er etableret behandlingstilbud, idet screening ikke alene kan afhjælpe de mentale sundhedsproblematikker, som ufrivillig barnløse kvinder oplever, men udelukkende virker til opsporing. Udmøntningen af beslutningsforslagene i kommuner og regioner anbefales at ske ved hjælp af Kotters ottetrins-model til forandring, idet den søger at imødekomme barrierer og skabe forandring. Endvidere bør der rettes opmærksomhed mod utilsigtede konsekvenser ved udmøntning af beslutningsforslagene herunder stigmatisering i forbindelse med oprettelse af støttegrupper, mentale konsekvenser i forbindelse med falsk-positive svar ved screening, risiko for ikke at hjælpe de kvinder med størst behov samt forbrug af ressourcer på ineffektive interventioner.

11. References

1. Holgaard J, Ryberg T, Stegeager T, Stentoft D, Thomassen A. PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2014. pp. 1-174.
2. Aalborg Universitet. Problembaseret læring (PBL) på Aalborg Universitet [Internet]. aau.dk. 2020 [cited 2020 May 1]. p. 3. Available from: <https://www.aau.dk/om-aau/aalborg-modellen-problembaseret-laering>
3. Nielsen HS, Schmidt L, Andersen AN, Petersen KB, Gyrd-Hansen D, Jensen TK, et al. Forebyggelse af nedsat frugtbarhed. København Ø; 2016.
4. Fertilitetsrådgivning. Konsekvenser [Internet]. Fertilitetsrådgivning.dk. 2020 [cited 2020 Feb 19]. p. 2. Available from: <http://www.fertilitetsraadgivning.dk/konsekvenser.html>
5. World Health Organization. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction [Internet]. Geneve; 2002. Available from: <file:///C:/Users/Job Partner/Desktop/WHO - infertilitet.pdf>
6. Malik SH, Coulson NS. Computer-mediated infertility support groups: An exploratory study of online experiences. Patient Educ Couns. 2008;73:105–13.
7. World Health Organization. Gender and Genetics [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. p. 3. Available from: <https://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>
8. World Health Organization. Infertility is a global public health issue [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 9]. p. 3. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>
9. Hornnes PJ. Farmakologisk behandling af infertilitet [Internet]. København; 2012. Available from: <https://www.sst.dk/da/rational-farmakoterapi/maanedssbladet/2012/~media/BC01D56AFFBBD95B570C7BC6D1651DA5.a shx>
10. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - What are the research priorities? Hum Fertil. 2009;12(1):14–20.
11. Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse. Om barnløshed [Internet]. lfub.dk. 2017 [cited 2020 Mar 5]. p. 2. Available from: <https://www.lfub.dk/om-barnloeshed/>
12. Det Etske Råd. Etik og prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor er det så svært [Internet]. København K; 2013. Available from: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etske-Temaer/Sundhedsvaesenet/Publikationer/2013-04-13-etik-prioritering-sundhedsvaesenet.pdf>
13. Ernst E, Halberg M, Elbæk HO, Knudsen UB, Heje H. Fertilitetsbehandling [Internet]. sundhed.dk. 2019 [cited 2020 Feb 10]. p. 9. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/fertilitetsbehandling/>
14. Region Hovedstaden. Årsager til barnløshed [Internet]. hvidovrehospital.dk. 2020 [cited 2020 Mar 5]. p. 2. Available from: <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Fertilitetsklinikken/baggrundsinformation/Sider/Aarsager-til-barnloeshed.aspx>

15. Miljøstyrelsen. Kemikalier og fertilitet - Notat vedrørende udsættelse for kemiske stoffer og effekter på mænds og kvinders fertilitet [Internet]. København K; 2014. Available from: <file:///C:/Users/Jobst Partner/Desktop/Kemikalier og fertilitet.pdf>
16. Schmidt L, Pinborg A, Erb K, Ziebe S. Myter om barnløse stortrives. Information. 2011 Nov 17;9.
17. Schweiger U, Wischmann T, Strowitzki T. Psychische Störungen und weibliche Infertilität. Nervenarzt. 2012;83(11):1442–7.
18. Schweiger U, Schweiger JU, Schweiger JI. Mental Disorders and Female Infertility. Arch Psychol. 2018;2(6):1–14.
19. Rutstein SO, Shah IH. Infecundity, Infertility and Childlessness in Developing Countries. DHS Comparative Reports No. 9 [Internet]. Calverton, Maryland, USA; 2004. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf?ua=1>
20. Ziebe S, Erb K, Pinborg A, Schmidt L, Ingerslev J. Myter, misforståelser og fordomme omkring infertilitet [Internet]. Fertilitetsrådgivning.dk. 2020 [cited 2020 Feb 19]. p. 4. Available from: <http://www.fertilitetsraadgivning.dk/myter.html>
21. Danmarks Statistik. Fertiliteten er faldet til 1,7 barn pr. kvinde [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 5]. p. 6. Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30330>
22. Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Küjaer SK. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. Hum Reprod. 2011;26(9):2401–7.
23. Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2010;13(4):347–58. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L50784537>
24. Jansen NA, Onge JMS. An internet forum analysis of stigma power perceptions among women seeking fertility treatment in the United States. Soc Sci Med. 2015;147:184–9.
25. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues Clin Neurosci. 2018;20(1):41–7.
26. VivaNeo Denmark. Psykologi og infertilitet [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 10]. p. 6. Available from: <https://www.vivaneo.dk/da/laer-mere/faktorer-der-paavirker-fertilitet/psykologi-og-infertilitet/>
27. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, 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.
28. Mousavi SA, Masoumi SZ, Keramat A, Pooralajal J, Shobeiri F. Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. J Reprod Infertil. 2013;14(3):110–9.
29. Ziebe S, Gaardbo P. Etablering af tænketanken: Nordic Center for Fertility Awareness NorFA [Internet]. København Ø; 2018. Available from: <https://www.ft.dk/samling/20171/almudel/SUU/bilag/282/1877486.pdf>

30. World Health Organization. Global prevalence of infertility, infertundity and childlessness [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 5]. p. 3. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>
31. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Med*. 2012;9(12):1–12.
32. Gurunath S, Pandian Z, Anderson RA, Bhattacharya S. Defining infertility - a systematic review of prevalence studies. *Hum Reprod Update*. 2011;17(5):575–88.
33. 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*. 2007;22(6):1506–12.
34. The World Bank. Fertility rate, total (births per woman) - Denmark [Internet]. worldbank.org. 2019 [cited 2020 Mar 26]. p. 24. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=DK&view=map&year=1960>
35. Region Hovedstaden. Region H vil give barnløse flere forsøg med fertilitetsbehandling [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 17]. p. 7. Available from: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Region-H-vil-give-barnloese-flere-forsoeg-med-fertilitetsbehandling.aspx>
36. Sundhedsdatastyrelsen. Aktivitet på diagnoseniveau [Internet]. Landspatientregisteret. 2020 [cited 2020 Feb 18]. p. 3. Available from: <https://www.esundhed.dk/Registre/Landspatientsregisteret/Aktivitet-paa-diagnoseniveau>
37. Hansen HS, Madsen JK. Hjertekarsygdomme [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 13]. p. 8. Available from: <https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/hjertekarsygdomme.htm>
38. Kræftens Bekæmpelse. Alder og kræft [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 13]. p. 3. Available from: <https://www.cancer.dk/skole/viden-om-kraeft/kraeft-i-tal/alder-og-kraeft/>
39. Viborg AL. Respirationsorganerne. In: Viborg AL, Torup, editors. *Sygdomslære - Hånden på hjertet*. København: Munksgaard; 2013. p. 111–45.
40. Torup AW. Hormonsystemet. In: Viborg AL, Torup AW, editors. *Sygdomslære - Hånden på hjertet*. København: Munksgaard; 2013. p. 403–33.
41. Lemmens G, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D’Hooghe T, et al. Coping with infertility: A body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* [Internet]. 2004;19(8):1917–23. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L39144644>
42. Boivin J. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod*. 2001;16(6):1301–4.
43. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med*. 2003;57:2325–41.
44. World Health Organization. Multiple definitions of infertility [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 25]. p. 2. Available from:

<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>

45. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. Sundhedsbegreber - filosofi og praksis. Århus: Philosophia; 1995. p. 43–73.
46. Møller RB. Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 67–94.
47. Burns LH, Covington SN. Psychology of Infertility. In: Burns LH, Covington SN, editors. Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians. 2nd ed. Pearl River, NY: Cambridge University Press; 2006. p. 1–19.
48. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2010;32:140–62. Available from: [file:///C:/Users/Job Partner/Downloads/Greil_et_al-2010-Sociology_of_Health_Illness_\(2\).pdf](file:///C:/Users/Job Partner/Downloads/Greil_et_al-2010-Sociology_of_Health_Illness_(2).pdf)
49. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1981. pp. 1-427. (Comparative studies of health systems and medical care, 3).
50. Jensen SFS. Teoretisk referenceramme: Om sundhedssystem, sygdomsopfatelse og sygdom og lidelse. In: Mellem håb og afmagt. DSI rapport; 1997. p. 27–31.
51. Steffen V, Meldgaard MB. Veje til forståelse. In: Steffen V, editor. Sundhedens veje: grundbog i sundhedsantropologi. København K: Hans Reitzels Forlag; 2007. p. 81–112.
52. Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. 3rd ed. Jensen KL, editor. Kbh.: Hans Reitzels Forlag; 2016. pp. 1-235.
53. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2007;21(2):293–308. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693406001611>
54. Slauson-Blevins KS, Mcquillan J, Greil AL. Online and in-person health-seeking for infertility. *Soc Sci Med*. 2013;99:110–5.
55. Timm H. Det sunde væsen og de syge brugere. *Dansk Sociol*. 2000;11(1):58–67.
56. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. København S; 2005.
57. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - Generisk model og Forløbsprogram for diabetes [Internet]. København S; 2008. Available from: <https://www.sst.dk/~media/5C35B9DEA91B4E0A91458076F1994019.ashx>
58. Tønnesen H, Søndergaard L, Jørgensen T, Overgaard D, Kristensen I, Barfod S, et al. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed [Internet]. 2005. Available from: <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
59. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Hum Reprod*. 2005;20(4):1044–52.
60. Nielsen G, Wagner U. Giddens' strukturationsteori og idrætten i moderniteten. In: Thing LF,

Wagner U, editors. Grundbog i idrætssociologi. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 67–81.

61. Kaspersen LB. Anthony Giddens. In: Andersen H, Kaspersen LB, editors. Klassisk og moderne samfundsteori. 5th ed. Hans Reitzels Forlag; 2013. p. 453–68.
62. Christoffersen MN. Familiens udvikling i det 20. århundrede: Demografiske strukturer og processer [Internet]. København; 2004. Available from: <https://www.vive.dk/media/pure/3042/268259>
63. Kureer H, Beyer M, Frederiksen CL. Anthony Giddens [Internet]. Systime. 2020 [cited 2020 Mar 9]. p. 4. Available from: <https://samfundsfag-c.systime.dk/index.php?id=639>
64. Danmarks Statistik. Gennemsnitsalder for fødende kvinder og nybagte fædre efter kommune - Statistikbanken - data og tal [Internet]. <https://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>. 2020 [cited 2020 Feb 17]. p. 1. Available from: <https://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>
65. Schwartz B. Familieliv. Lindhardt og Ringhof Forlag A/S; 2018. pp. 1-53.
66. Jensen B, Tranæs T. Vi der bor i Danmark: Hvem er vi? og hvordan lever vi? København: Gyldendal; 2011. pp. 1-251.
67. Reventlow S, Jensen BB, Grønbæk M, Kamper-Jørgensen F. Analysemodeller. In: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. 6th ed. København: Munksgaard; 2016. p. 41–8.
68. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm; 2007. Available from: <file:///C:/Users/Job%20Partner/Desktop/Dalgr%20og%20Whitehead.pdf>
69. World Health Organization. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2018. p. 3. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
70. Hughes EG, Da Silva AM. A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. Hum Reprod [Internet]. 2011;26(3):611–5. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L361260057>
71. Baghianimoghadam MH, Aminian AH, Baghianimoghadam B, Ghasemi N, Abdoli AM, Ardakani NS, et al. Mental health status of infertile couples based on treatment outcome. Int J Reprod Biomed. 2013;11(6):503–10.
72. Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender Differences in the Experience of Infertility Concerning Polish Couples: Preliminary Research. Nagórska M, editor. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(13):1–10.
73. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. Fertil Steril. 1991;55(1):100–8.
74. Royani Z, Heidari M, Vatanparast M, Yaghmaei F, Sarcheshme AK, Majomerd JK. Predictors of Quality of Life in Infertile Couples. J Menopausal Med. 2019;25:35–40.

75. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *J Behav Med.* 1999;22(4):341–58.
76. Mahlstedt P, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J Vitro Fertil Embryo Transf.* 1987;4(4):232–6.
77. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Hum Reprod.* 2002 Dec 1;17:2986–94.
78. Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol [Internet].* 1999;93(2):245–51. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784498004323>
79. Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Sameni MH. Quality of life and general health of infertile women. *Health Qual Life Outcomes [Internet].* 2017 Jul 12;15(1):1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28701163>
80. Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Womens Health [Internet].* 2019;19(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0805-3>
81. Ezzell W. The Impact of Infertility on Women's Mental Health. *N C Med J.* 2016;77(6):427–8.
82. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med.* 2014;12(2):131–8.
83. Thiering P, Beaurepaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after In Vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *J Psychosom Res.* 1993;37(5):481–91.
84. Wirtberg I, Mlöler A, Hogström L, Tronstad S-E, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod.* 2007;22(2):598–604.
85. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology [Internet].* 2004;63(1):126–30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429503009993>
86. Nørby ET. Sundhedsloven [Internet]. København: Folketinget; 2018 p. 1–120. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=199871>
87. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. Steens AS, editor. København: Munksgaard; 2014. pp. 13-278.
88. Komiteen for Sundhedsoplysning. Ottawa Charter - Om sundhedsfremme. København Ø; 1988.
89. Schmidt L, Järvholm S, Ólafsdóttir SH. Clinical guideline - Psychosocial aspects of infertility and treatment. Nordic Fertility Society; 2013.
90. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Sångren H, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, et al. Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: Findings

from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. Hum Reprod. 2003;18(3):628–37.

91. Hakim LZ, Newton CR, MacLean-Brine D, Feyles V. Evaluation of preparatory psychosocial counselling for medically assisted reproduction. Hum Reprod [Internet]. 2012;27(7):2058–66. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L365185304>
92. Gameiro S, Boivin J, Dancet S, De Klerk D, Emery M, Lewis-Jones C, et al. ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff. Hum Reprod [Internet]. 2015;30(11):2476–85. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L606824983>
93. Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wischmann TH, Fauser BCJM, Verhaak C. Tackling burden in ART: An integrated approach for medical staff. Hum Reprod. 2012;27(4):941–50.
94. Boivin J. How does stress, depression and anxiety affect patients undergoing treatment? Curr Opin Obstet Gynecol. 2019;31(3):195–9.
95. Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse. Behandlingsmuligheder [Internet]. lfub.dk. 2017 [cited 2020 Feb 10]. p. 5. Available from: <https://www.lfub.dk/om-barnloeshed/behandlingsmuligheder/>
96. Kamper-Jørgensen F, Jensen BB. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. In: Forebyggende sundhedsarbejde. 5th ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 21–42.
97. Nielsen AH, Nyholm K, Perch J. Evaluering af kondomkampagne: Kvalitativ undersøgelse af Sundhedsstyrelsens kampagne “Kun Med Kondom” 2016 [Internet]. Frederiksberg C; 2017. Available from: <https://www.sst.dk/da/kampagner/udgivelser/~media/AA5944239CE44571B571D925B1D62D66.ashx>
98. Elmeland K, Frank VA. Sundhedsstyrelsens uge 40 kampagne. In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 249–70.
99. Allan HT. Editorial: Shining a light into an unexplored area of nursing: infertility and in vitro fertilisation. J Clin Nurs. 2016;26:887–90.
100. Hanna E, Gough B. Emoting infertility online: A qualitative analysis of men’s forum posts. Health (Irvine Calif). 2016;20(4):363–82.
101. Mahon E, Cotter N. Assisted reproductive technology - IVF treatment in Ireland: A study of couples with successful outcomes. Hum Fertil. 2014;17(3):165–9.
102. Kristiansen S, Jacobsen MH. Erving Goffman. In: Andersen PT, Timm H, editors. Sundhedssociologi - En grundbog. 1st ed. København K: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 137–59.
103. Vardinghus-Nielsen H, Nissen MA. Hvordan sociale forhold kan gøre mennesker syge. In: Dalsgaard A, Meldgaard L, editors. Sociologi for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag; 2018. p. 177–200.

104. Vardinghus-Nielsen H. Samfund, velfærd og individ. In: Dalsgaard A, Meldgaard L, editors. *Sociologi for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag; 2018. p. 41–67.
105. Mindes EJ, Ingram KM, Kliwer W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med* [Internet]. 2003;56(10):2165–80. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602002216>
106. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What Is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples? *J Pers Soc Psychol*. 1995;68(3):455–69.
107. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Hum Reprod* [Internet]. 2006 Aug 24;21(12):3295–302. Available from: <https://doi.org/10.1093/humrep/del288>
108. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Seksuel sundhed. København S; 2018.
109. Epstein YM, Rosenberg HS, Grant TV, Hemenway B.A N. Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertil Steril*. 2002;78(3):507–14.
110. Grønbæk M, Jensen BB, Reventlow S. Sundhedsfremme og forebyggelse, version 2.0. In: Nielsen ALB, editor. *Forebyggende sundhedsarbejde*. 6th ed. København: Munksgaard; 2016. p. 19–20.
111. Rasmussen LL. Bekendtgørelse af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. Kbh.: Folketinget; 2004 p. 1–10.
112. Folketinget. Forslag Lov om ændring af sundhedsloven [Internet]. Kbh; 2010 p. 1–6. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=131918>
113. Poulsen TL. Bekendtgørelse af lov om ret til orlov og dagpenge ved barsel (barselsloven) [Internet]. København: Folketinget; 2017 p. 30. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=192005>
114. Breitowicz B, Toftager M, Wissing ML, Lauritsen MP, Boujida VH, Skaugen CTN, et al. Klinisk guideline: Kontrolleret ovariel stimulation hos IVF/ICSI-patienter. 2017.
115. Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod*. 1999;14(5):1384–91.
116. Nielsen M. Ekspert om fertilitets-depressioner: Vi kan lære af andre lande [Internet]. tv2.dk. 2014 [cited 2020 May 3]. p. 11. Available from: <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2014-06-18-ekspert-om-fertilitets-depressioner-vi-kan-lære-af-andre-lande>
117. Owen L, Morgan A, Fischer A, Ellis S, Hoy A, Kelly MP. The cost-effectiveness of public health interventions. *J Public Health (Bangkok)*. 2012;34(1):37–45.
118. Heunicke M. Bekendtgørelse af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. [Internet]. København: Folketinget; 2019 p. 1–10. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210080>
119. Miljøstyrelsen. Kategori 1 på EU's liste over potentielt over hormonforstyrrende stoffer [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. p. 36. Available from:

<https://mst.dk/kemi/kemikalier/fokus-paa-saerlige-stoffer/hormonforstyrrende-stoffer/identifikation-af-hormonforstyrrende-stoffer/kategori-1-paa-eus-liste-over-potentielt-hormonforstyrrende-stoffer/>

120. European Chemicals Agency. Understanding REACH [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. p. 6. Available from: <https://echa.europa.eu/da/regulations/reach/understanding-reach>
121. Interreg Öresund-Kattegat-Skagerrak European Regional Development Fund. Dansk-Svensk samarbejde bekæmper barnløshed [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 19]. p. 6. Available from: <https://overgransen.eu/da/aktuelt/nyheder/2019-09-19-dansk-svensk-samarbejde-bekaemper-barnloshed.html>
122. ReproUnion. About ReproUnion [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. p. 9. Available from: <https://reprounion.eu/about-reprounion-2/>
123. Fertilitetsrådgivning. Koncept [Internet]. Fertilitetsrådgivning.dk. 2020 [cited 2020 May 12]. p. 2. Available from: <http://www.fertilitetsraadgivning.dk/koncept.html>
124. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod.* 2005;20(5):1324–32.
125. Sørensen V. Mental sundhed - der er et problem i Danmark. In: Thybo P, editor. *Det dobbelte KRAM: Et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel.* 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2016. p. 25–36.
126. Maxwell JA. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach.* 2nd ed. Shaw LC, editor. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.; 2005. pp. 1-175.
127. Launsø L, Rieper O, Olsen L. *Forskning om og med mennesker: Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning.* 7th ed. Steens AS, editor. København: Munksgaard; 2017. pp. 1-254.
128. D. Pedersen B, Dreyer P. Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang - inspireret af Ricoeurs fortolkningsteori. In: Gildberg FA, Hounsgaard L, editors. *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning.* Forfatterne og Klim; 2018. p. 193–209.
129. Juul S. Hermeneutik. In: Juul S, Pedersen KB, editors. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring.* Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 107–46.
130. Ricoeur P. *En hermeneutisk brobygger - Tekster af Paul Ricoeur.* Hermansen M, Rendtorff JD, editors. Århus: Klim; 2002. pp. 6-199.
131. Juul S. Fænomenologi. In: Juul S, Pedersen KB, editors. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring.* Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 65–106.
132. Busacchi V. *Habermas and Ricoeur's Depth Hermeneutics: From Psychoanalysis to a Critical Human Science.* Cham: Springer International Publishing; 2016. pp. 1-119. (Contributions to Hermeneutics 3).
133. Ricoeur P. *Filosofiens kilder.* København: Vintens Forlag; 1973. pp. 1-176.
134. Buus N, Tingleff EB, Rossen CB, Kristiansen HM. *Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller* [Internet]. Dansk sygeplejeråd. 2008 [cited 2020 May 1]. p. 23. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis->

135. Kristensen FB, Sigmund H. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering [Internet]. København S; 2007. Available from: <https://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>
136. Hørmann E. Litteratursøgning. In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder. 1st ed. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2012. p. 35–83.
137. Karlsson EK. Informationssøgning. In: Henricson M, editor. Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination. 2nd ed. København: Munksgaard; 2018. p. 103–22.
138. Rasmussen LT, Remvig K, Wien C. Litteratur- og informationssøgning til opgaven. In: Gajhede AJ, editor. Den gode opgave - Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5th ed. Samfundslitteratur; 2017. p. 145–69.
139. EBSCOhost. CINAHL with Full Text [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 27. Available from: http://support.ebsco.com.zorac.aub.aau.dk/help/index.php?help_id=DB:52#toc
140. John Wiley & Sons Inc. About the Cochrane Library [Internet]. Cochrane Library. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 9. Available from: <https://www-cochranelibrary-com.zorac.aub.aau.dk/about/about-cochrane-library>
141. Elsevier. Embase [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 8. Available from: <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>
142. APA PsycNET. Getting Started [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 7. Available from: <http://help.psycnet.org/getting-started/>
143. National Center for Biotechnology Information. PubMed Help [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 1]. p. 91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.FAQs>
144. ProQuest. Sociological abstracts [Internet]. Aalborg Universitetsbibliotek. 2020 [cited 2020 Apr 2]. p. 4. Available from: <https://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1271905>
145. Joanna Briggs Institute. Checklist for Randomized Controlled Studies [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 9. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_RCTs_Appraisal_tool2017_0.pdf
146. Joanna Briggs Institute. Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies) [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 7. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017_0.pdf
147. Joanna Briggs Institute. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 7. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf
148. Joanna Briggs Institute. Checklist for Cohort Studies [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 7. Available from: <https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019->

05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Cohort_Studies2017_0.pdf

149. Joanna Briggs Institute. Checklist for Text and Opinion [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. p. 5. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Text_and_Opinion2017_0.pdf
150. Juul S, Bech BH, Dahm CC, Rytter D. Epidemiologi og evidens. 3rd ed. Skrogemann L, editor. Kbh.: Munksgaard; 2017. pp. 1-328.
151. Mårtensson J, Fridlund B. Videnskabelig kvalitet i eksamensprojekter. In: Henricson M, editor. Videnskabelig teori og metode - fra idé til eksamination. 2nd ed. København: Munksgaard; 2018. p. 491–511.
152. Kvale S, Brinkmann S. Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. Kvale S, Brinkmann S, editors. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. pp. 1-440.
153. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Tanggaard L, Brinkmann S, editors. Kvalitative Metoder - En grundbog. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 29–53.
154. Fontana A, Prokos AH. The interview from formal to postmodern. Prokos AH, editor. Walnut Creek, Calif: Left Coast Press; 2007. pp. 1-148.
155. Block ES, Erskine L. Interviewing by Telephone: Specific Considerations, Opportunities, and Challenges. *Int J Qual Methods*. 2012;11(4):428–45.
156. Carr ECJ, Worth A. The use of the telephone interview for research. *Nurs Times Res*. 2001;6(1):511–24.
157. Lo Iacono V, Symonds P, Brown DHK. Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociol Res Online*. 2016;21(2):103–17.
158. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Vallgård S, Koch L, editors. Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. 4th ed. København: Munksgaard; 2011. p. 61–89.
159. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative Research - A Guide to Design and Implementation. 4th ed. San Francisco, California: Jossey-Bass; 2016. pp. 1-346.
160. Thaggard T. Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode. 3rd ed. Thagaard T, editor. Bergen: Fagbokforlaget; 2010. pp. 3-250.
161. Datatilsynet. Hvad er personoplysninger? [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 7. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/hvad-er-personoplysninger/>
162. Datatilsynet. Hvordan beskytter du personoplysninger? [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. p. 7. Available from: <https://www.datatilsynet.dk/generelt-om-databeskyttelse/hvordan-beskytter-du-personoplysninger/>
163. Dreyer PS, Pedersen BD. Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: Narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation: Feature. *Nurs Inq*. 2009;16(1):64–73.
164. Honneth A. Behovet for anerkendelse: En tekstsamling. Willig R, Jacobsen MC, editors. København: Hans Reitzel; 2003. pp. 1-165.

165. Honneth A. *The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*. Anderson J, editor. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press; 1995. pp. 1-215.
166. LoGiudice JA, Massaro J. The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 Feb;39:220–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=127842826&site=ehost-live>
167. Ehsan Z, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Ataee M, Esmaelzadeh-Saeieh S. Effects of Group Counseling on Stress and Gender-Role Attitudes in Infertile Women: A Clinical Trial. *J Reprod Infertil* [Internet]. 2019 Jul;20(3):169–77. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=137567120&site=ehost-live>
168. Ahmadi SM, Shahverdi J, Rezaei M, Bakhtiari M, Sadeghi K, Veisy F, et al. The Effect of Behavioral Couple Therapy on the Improvement of Mental Health and Reduction of Marital Conflict in Infertile Couples in Kermanshah: A Randomized Controlled Trial (RCT). *J Reprod Infertil* [Internet]. 2019 Jan;20(1):16–23. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=134112471&site=ehost-live>
169. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril* [Internet]. 2013 Oct;100(4):1059–67. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104099787&site=ehost-live>
170. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril* [Internet]. 2016 Jul;106(1):209–15. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=116301403&site=ehost-live>
171. Peterson B, Boivin J, Norré J, Smith C, Thorn P, Wischmann T. An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *J Assist Reprod Genet*. 2012;29(3):243–8.
172. Nørgaard B. Honneth - Anerkendelse og tingsliggørelse - medaljen har både en forside og bagside! *Tidsskr Soc*. 2013;16(2):89–102.
173. Wenger E. *Communities of Practice and Social Learning Systems*. Organization. 2000;7:225–46.
174. Timm H. At have en krop og at være en krop: Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *GRUS*. 1997;18(52):24–36.
175. Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *J Health Soc Behav*. 1995;80–94.
176. Peterson B, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod*. 2008;23(5):1128–37.
177. Wu A, Elliott P, Katz P, Smith J. Time costs of fertility care: the hidden hardship of building

a family. *Fertil Steril* [Internet]. 2013;99(7):2025–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23454007>

178. Bouwmans CAM, Lintsen BAME, Al M, Verhaak CM, Eijkemans RJC, Habbema JDF, et al. Absence from work and emotional stress in women undergoing IVF or ICSI: An analysis of IVF-related absence from work in women and the contribution of general and emotional factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(11):1169–75.
179. Poulsen TL. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge. Beskæftigelsesministeriet; 2019 p. 1–59.
180. Pedersen KM. Sundhedsøkonomi. Steens AS, editor. København: Munksgaard; 2013. pp. 5–482.
181. Det Ethiske Råd. Screening - en redegørelse. 1999.
182. Kotter JP. I spidsen for forandring. Jan Bøttger Olsen, editor. København K: Peter Asschenfeldts nye Forlag; 1999. pp. 1-231.
183. Lanting B. Kirke starter “mødregruppe” for banløse kvinder [Internet]. Udfordringen. 2018 [cited 2020 May 30]. p. 10. Available from: <https://udfordringen.dk/2018/06/kirke-starter-moedregruppe-for-barnloese-kvinder/>
184. Gürel E. SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. *J Int Soc Res*. 2017 Aug 30;10:994–1006.
185. Fixsen DL, Naoom S f., Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis. Tampa; 2005.
186. Bonell C, Jamal F, Melendez-Torres GJ, Cummins S. “Dark logic”: Theorising the harmful consequences of public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(1):95–8.
187. Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: A conceptual framework. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(3):288–90.
188. Justesen L, Mik-Meyer N. Qualitative research methods in organisation studies. Kbh: Hans Reitzels Forlag; 2012. pp. 1-153.
189. Bo Elling. Kritisk teori. In: Fuglsang L, Olsen PB, editors. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2nd ed. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag; 2012. p. 207–32.
190. Højberg H. Hermeneutik. In: Fuglsang L, Olsen PB, editors. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2nd ed. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag; 2012. p. 309–46.
191. Fuglsang L, Olsen PB. Introduktion. In: Fuglsang L, Olsen PB, editors. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - På tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2nd ed. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag; 2012. p. 7–51.
192. Østergaard K. Danske Verdensreligioner - Islam. Nordisk Forlag; 2007. 284 p.
193. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 463–80.

194. Kyvik KO. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 4th ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 330–48.
195. The World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2008. p. 1–5.

Anvendt referencesystem: Vancouver