



**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Gezondheidszorg**

Academiejaar 2016-2017

**Zwanger na een fertiliteitstraject
Impact op de beleving van zwangerschap,
postpartum en pril ouderschap**

Bachelorproef aangeboden door
Hilke Vervenne
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

Interne begeleider: **Dhr. Marc Peersman**
Externe begeleider: **Dr. Uschi Van den Broeck, psychologe**

1 WOORDVOORAF

Mijn interesse in fertiliteitsproblematiek en erfelijke aandoeningen en in de huidige wetenschappelijke mogelijkheden om deze problemen te omzeilen, is ongetwijfeld ontstaan uit mijn vooropleiding in de biomedische wetenschappen en mijn fascinatie voor het ontstaan van nieuw leven. Maar het was vooral de zin om – in de brede betekenis van het woord – zorg te dragen voor vrouwen en mannen die geconfronteerd worden met de nood aan een vruchtbaarheidsbehandeling of pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD), die mee bepalend was voor mijn beslissing om vroedkunde te studeren – al is doorheen de opleiding mijn interesse in andere werkgebieden van de vroedvrouw ook aangewakkerd.

In het begin van dit academiejaar kreeg ik de kans om een keuzestage te lopen in het Leuven universitair fertiliteitscentrum (LUFC). Niet alleen was deze stage voor mij een bevestiging dat ik de juiste keuzes heb gemaakt, ook is door deze stage mijn belangstelling in de rol van de vroedvrouw tijdens een fertiliteits- of PGD-behandeling verder gegroeid. De keuze om voor mijn bachelorproef een onderwerp gerelateerd aan dit thema uit te werken, was dan ook een logisch gevolg.

Hoewel ik enkel een literatuurstudie zonder praktijkonderzoek zou uitvoeren, voelde ik de nood om een binnen de fertiliteit minder belicht aspect, dat mij bijzonder boeit, te bestuderen. Met plezier heb ik me voor dit eindwerk verdiept in de gevolgen van het doormaken van een fertiliteitstraject, specifiek in het kader van vruchtbaarheidsproblemen, op de beleving van zwangerschap, postpartum en pril ouderschap.

Ik bedank mijn promotoren, mr. Marc Peersman en psychologe van het LUFC dr. Uschi Van den Broeck, voor hun hulp en bijsturing, aanvullingen en suggesties. Ik hoop de conclusies die ik maakte met me mee te dragen in de toekomst om zo als vroedvrouw te kunnen bijdragen aan een positieve ervaring voor deze groeiende patiëntenpopulatie.

Tot slot wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om, met het einde van mijn studie in zicht, een aantal mensen in het bijzonder te bedanken. Mijn grootste dank gaat uit naar mijn gezin, mijn allerliefste Bart, Jef en Lili, voor jullie eindeloze steun en geduld de voorbije jaren, ook als de stress soms eventjes de bovenhand voerde. Zonder jullie was het me nooit gelukt! Een grote dankjewel ook aan mijn mama en papa, en aan mijn schoonouders Geert en Willy,

om altijd opnieuw oprecht geïnteresseerd te zijn en wanneer nodig de opvang voor de kindjes op te nemen. Aan mijn broers en schoonfamilie, vrienden en vriendinnen: dankjewel voor jullie aanmoedigingen en niet aflatende interesse!

Hilke

Heverlee, 21 april 2017

Ondergetekende, Hilke Vervenne, draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de bachelorproef worden vermeld.

2 ABSTRACT

Opleiding:	Bachelor in de Vroedkunde (HAO)	
	Voornaam	Naam
Student:	Hilke	Ververne
Externe promotor of externe begeleider:	Uschi	Van den Broeck
Interne promotor: Bachelorproefbegeleider	Marc	Peersman
Titel bachelorproef	Zwanger na een fertiliteitstraject: Impact op de beleving van zwangerschap, postpartum en pril ouderschap	
Abstract publiceren	Ja	

Trefwoorden:

Infertiliteit; artificiële reproductieve technieken; zwangerschap; ouderschap; psychologische/emotionele beleving

Korte samenvatting:

Het aantal zwangerschappen in Vlaanderen dat tot stand kwam via artificiële reproductieve technieken (ART) nam de voorbije decennia sterk toe. Hoewel deze zwangerschappen worden beschouwd als 'normaal', zijn er aanwijzingen dat ze geassocieerd zijn met verhoogde obstetrische en psychosociale risico's. We kunnen daarom argumenteren dat een zwangerschap na een ART-traject wellicht gepaard gaat met andere of bijkomende noden in vergelijking met een spontane zwangerschap.

Het doel van deze literatuurstudie is na te gaan wat de gevolgen zijn van een ART-behandeling, specifiek in het kader van fertiliteitsproblematiek, op de beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum/ouderschap. Ook wordt er uitgezocht hoe de vroedvrouw deze beleving positief kan beïnvloeden.

Uit recente literatuur blijkt dat de overstap van de gespecialiseerde zorg in het fertiliteitscentrum naar de opvolging binnen de het standaard prenatale traject een cruciale fase is, waarbij de belangrijkste gebreken een verminderde intensiteit van de controles en het gebrek aan kennis van of aandacht voor de voorgeschiedenis zijn. ART-vrouwen zouden zich bovendien, vanuit de idee aan een bepaald maatschappelijk verwachtingspatroon te moeten voldoen, geremd voelen in het uiten van negatieve gedachten en emoties met betrekking tot

de zwangerschap en het ouderschap. Ook wordt vastgesteld dat ART-moeders, ondanks een verhoogde intentie om borstvoeding te geven, sneller overschakelen op kunstvoeding, mogelijk als gevolg van een verminderde eigen-effectiviteit door een gebrek aan zelfvertrouwen en onvoldoende begeleiding. Tot slot lijkt de beleving van zwangerschap/ouderschap na ART vanuit het standpunt van de man een niet onbelangrijk en vaak vergeten aspect.

Streven naar patiëntgerichte reproductieve geneeskunde, zowel tijdens als na de fertiliteitsbehandeling en zowel bij de vrouw als bij haar partner, moet het voornaamste doel zijn van alle betrokken zorgverleners. De vroedvrouw speelt hierin een centrale rol, niet alleen binnen de fertiliteitscentra maar ook bij de pre- en postnatale opvolging waar zij steeds vaker met zwangerschap/ouderschap na ART wordt geconfronteerd. Om deze rol optimaal te kunnen vervullen, moet de vroedvrouw zich bewust zijn van de mogelijke impact van een ART-traject op de pre- en postnatale ervaring. Dit impliceert enerzijds de nood aan vervolgonderzoek naar mogelijke risicofactoren voor het ontstaan van emotionele problemen na ART, en anderzijds het implementeren van kennis hierover in de opleiding vroedkunde.

Referentielijst:

Younger, M., Hollins-Martin, C., & Choucri, L. (2014). Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*, 31(2): 265-270.

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., . . . Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11): 1-11.

French, L. R., Debbie, S. J., & Turner, K. M. (2015). Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638): e570-e577.

Warmelinck, C. J., Adema, W., Pranger, A., & de Cock, P. T. (2016). Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1): 12-20.

Dornelles, L. M., MacCallum, F., Lopes, R. d., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2014). 'Living each week as unique': Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*, 30(3): e115-e120.

E-mailadres: hilke.vervenne@gmail.com

Aantal woorden bachelorproef: 11.767 (exclusief inhoudsopgave, bijlage en bibliografie)

3 INHOUDSOPGAVE

1	WOORD VOORAF.....	2
2	ABSTRACT.....	5
3	INHOUDSOPGAVE	7
4	INLEIDING	9
4.1	Probleemstelling.....	9
4.1.1	Zwangerschapsbeleving	9
4.1.2	Zwangerschap na een fertiliteitstraject	11
4.1.3	Psychosociale noden bij zwangerschap na ART: ESHRE guideline.....	12
4.2	Onderzoeksvraag.....	13
4.3	Zoekstrategie	14
5	IMPACT VAN ART OP HET PERINATAAL PROCES	16
5.1	Inzichten uit de literatuur.....	16
5.1.1	Verhoogde zwangerschapsgerelateerde angst?	16
5.1.2	Ervaren van een kloof bij de overgang naar de reguliere zorg.....	18
5.1.3	Belang van autonomie, aandacht en sociale steun tijdens de zwangerschap..	20
5.1.4	ART-zwangerschap: grotere relationele, sociale en fysieke belasting.....	21
5.1.5	Geen verhoogde angst voor de bevalling	22
5.1.6	Emotioneel welzijn in postpartum bedreigd door hoger aantal ART-cycli	24
5.1.7	Postpartum en ouderschap: een complexere uitdaging.....	25
5.1.8	Kortere duur van de borstvoedingsperiode.....	26
5.1.9	Infertiliteit en ART: ook een beproeving voor mannen	28
5.1.10	Culturele/spirituele beleving van infertiliteit en ART.....	30
5.2	Kritische reflectie op de literatuur.....	32
5.2.1	Kwalitatief versus kwantitatief onderzoek.....	32
5.2.2	Ervaring of verwachting?	34
5.2.3	Pijnpunten	35
6	DE ROL VAN DE VROEDVROUW	37
6.1	Ondersteunen van de overgang naar de standaard prenatale zorg.....	37
6.2	Begeleiding bij borstvoeding	38
6.3	Aandacht voor de man.....	39
6.4	Ruimte creëren voor het uiten van negatieve gedachten en emoties	40

6.5	Vermijden van therapeutische hardnekkigheid.....	41
7	CONCLUSIE	43
8	BIBLIOGRAFIE	45
9	BIJLAGEN	50
	Bijlage 1: Samenvatting van de ESHRE guideline	51

4 INLEIDING

4.1 Probleemstelling

4.1.1 Zwangerschapsbeleving

Een zwangerschap is voor elke vrouw een intense gebeurtenis. De veranderde hormonenhuishouding zorgt voor stemmingswisselingen en verhoogt de sensibiteit waardoor bepaalde emoties sneller of uitvergroot kunnen optreden. In de literatuur wordt een zwangerschap vanuit een zorg-perspectief vaak omschreven als een periode van transitie. Rini et al. (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999) vat een zwangerschap samen als een majeure overgang in het leven waarbij aanpassingen op vele vlakken vereist zijn. Guedeney & Tereno (2010) spreken van een overgangperiode met zowel fysische als psychologische veranderingen. Ook op emotioneel en spiritueel vlak worden toekomstige ouders blootgesteld aan belangrijke rijpingsprocessen. 'Een kindje krijgen maakt je kwetsbaar', zo verklaart Judith Cox (2015) in haar doctoraatsonderzoek de ambiguïteit waardoor de beleving van zwangerschap, geboorte en pril ouderschap getekend zijn: hoop versus angst, het verlangen naar controle versus het hebben van vertrouwen en moeten loslaten, de confrontatie met nieuw leven versus de eindigheid en kwetsbaarheid ervan.

Zwangerschap maakt ook deel uit van de zogenaamde 'transition to parenthood' (Bergum, 1997). De overgang naar het ouderschap is een ingrijpende beleving die door ontwikkelingspsychologen wordt omschreven als één van de meest intense reorganisaties in een mensenleven. Het is een periode die gepaard gaat met veranderingen in de hersenen en in het endocrien systeem, maar ook met gedragsveranderingen, verandering van identiteit en veranderingen binnen de relatie, niet alleen bij de (toekomstige) moeder maar bij alle betrokkenen (Dicheva, 2015). Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze transitie naar het ouderschap voor veel (toekomstige) ouders gepaard kan gaan met gevoelens van angst en onzekerheid.

Normale angsten tijdens de zwangerschap hebben vaak betrekking tot de arbeid en bevalling. Hoe zal ik weten wanneer het begonnen is? Geraak ik op tijd in het ziekenhuis? Zal ik de pijn aankunnen? Prenatale lessen waarin de fysiologie van de bevalling wordt uitgelegd,

kunnen hier een belangrijke verlichtende en ondersteunende rol spelen en dragen bij aan het 'normaliseren' van deze angsten. Er kan echter ook angst bestaan voor een preterme bevalling of aangeboren aandoening. Deze angst kan – tijdelijk – worden verzacht door de klinische bevestiging dat alles in orde is, maar wordt anderzijds ook juist in de hand gewerkt door onze hedendaagse drang om te testen en te controleren. Vrouwen zijn vandaag als het ware telkens opnieuw 'uitgesteld zwanger' terwijl ze wachten op het – hopelijk goede – resultaat van een volgend onderzoek.

Naast de eerder medisch-fysiologisch-gerelateerde angsten kunnen ook twijfels over de capaciteiten als toekomstige moeder de zwangerschapsbeleving kenmerken. Dit is een normale bezorgdheid die bij de meeste vrouwen afneemt door de groei van het zogenaamde 'opvoedvertrouwen' naar het einde van de zwangerschap toe. Deze groei blijkt echter minder groot te zijn bij vrouwen die tijdens de zwangerschap last hebben van angst en depressieve gevoelens (Kunseler, 2015).

De beleving van zwangerschap en bevalling wordt voor een deel bepaald door wat een vrouw ervan verwachtte en het verschil tussen die verwachting en de realiteit. Onze verwachtingen worden gecreëerd door wat we om ons heen zien en horen en de steeds groter wordende invloed van media speelt ook hier onvermijdelijk een rol. Luce et al. (2016) onderzocht de wijze waarop het proces van zwangerschap en bevalling in de massamedia wordt voorgesteld. De vaak dramatische voorstelling van een bevalling, met de portrettering van technologie en interventies als routine-maatregelen, bevordert de medicalisering ervan en is bovendien meestal niet representatief voor de realiteit. Volgens dit medisch perspectief zijn zwangerschap en bevalling in se 'gevaarlijk' en kunnen ze enkel in retrospectief als niet-pathologisch beschouwd worden (Modh, Lundgren, & Bergbom, 2011).

In contrast met het medisch zorgmodel staat het zogenaamde 'midwifery model of care' dat enerzijds als doel heeft de fysiologie te bewaren en onnodige interventies te vermijden en anderzijds een holistische benadering van zorg te garanderen (Rooks, 1999). Het vroedkundig zorgmodel beschouwt zwangerschap, arbeid en geboorte als normale gebeurtenissen tot het tegendeel is aangetoond en zou in principe het aangewezen zorgmodel moeten zijn voor alle vrouwen met een laagrisico zwangerschap (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016). Beide zorgmodellen zijn echter complementair en de wijze

waarop ze worden toegepast kan sterk variëren. Ook in situaties van verhoogd risico is er daarom plaats voor het vroedkundig zorgmodel.

4.1.2 Zwangerschap na een fertiliteitstraject

Infertiliteit wordt volgens de Wereldgezondheidsorganisatie wereldwijd door koppels ervaren als een crisis die gepaard gaat met sociale, economische en psychologische consequenties. Het ervaren van persoonlijke, interpersoonlijke, sociale en religieuze verwachtingen leidt tot een gevoel van falen, verlies en uitsluiting (Rutstein & Shah, 2004). Sinds de geboorte van de eerste proefbuisbaby Louise Brown in 1978 (Steptoe & Edwards, 1978) ligt de weg naar het ouderschap ook open voor koppels met vruchtbaarheidsproblemen en wordt medisch begeleide voortplanting in de ontwikkelde landen in toenemende mate toegepast.

In 2015 waren volgens het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie minstens 7 % (n=4448) van alle zwangerschappen in Vlaanderen het gevolg van artificiële reproductieve technieken (ART) zoals hormonale behandelingen, in-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI). Dit aantal nam de voorbije 25 jaar systematisch toe, met een steeds groter aandeel van de zwangerschappen die kunstmatig tot stand kwamen via IVF/ICSI (Devlieger, Martens, Martens, Van Mol, & Cammu, 2016).

Ondanks het stijgend aantal zwangerschappen na ART werd de voorbije decennia slechts in beperkte mate onderzoek gedaan naar de ervaringen van deze vrouwen – in tegenstelling tot het aantal gepubliceerde studies over de impact van niet-succesvolle fertiliteitsbehandelingen. Allan en Finnerty (2009) spreken over de ‘forgotten women’, de vergeten vrouwen, en suggereren dat bij deze groep vrouwen de vaak zware weg naar het bereiken van een zwangerschap over het hoofd wordt gezien bij de verdere zorgverlening. Dit zou het gevolg zijn van een gebrek aan kennis en/of bewustzijn bij veel vroedvrouwen over de specifieke noden die deze vrouwen hebben tijdens zwangerschap, bevalling en moederschap als gevolg van hun voorgeschiedenis.

Een zwangerschap na een ART-behandeling wordt tot op heden beschouwd als een normale zwangerschap. Toch zijn er meerdere redenen waarmee men kan argumenteren dat deze zwangerschappen geassocieerd zijn met verhoogde kwetsbaarheden, zowel op psychosociaal als op obstetrisch vlak. Aan een IVF/ICSI zwangerschap gaat vaak een lang en

emotioneel proces vooraf, waarvan de belasting op het moment van conceptie niet noodzakelijk meteen verdwijnt. Daarbij komt het sociale stigma dat verbonden is aan onvruchtbaarheid en niet makkelijk los te laten is, zelfs wanneer uiteindelijk een zwangerschap tot stand komt (Hjelmstedt, Widström, Warmby, Matthiesen, & Collins, 2003). In het begin van de zwangerschap is de kans op een vroeg miskraam of een ectopische zwangerschap groter, later in de zwangerschap omvatten de risico's geassocieerd met ART onder meer placenta praevia, placentaloslating, zwangerschapsdiabetes, hypertensie en pre-eclampsie, en sectio (Younger, Hollins-Martin, & Choucri, 2014). Ook zijn er aanwijzingen dat conceptie via ART-behandeling en in het bijzonder via ICSI geassocieerd zou zijn met een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen (Hansen, Kurinczuk, Milne, de Klerk, & Bower, 2013).

Met het oog op de hierboven beschreven risico's is het aannemelijk te vermoeden dat vrouwen/koppels die zwanger werden via een ART-behandeling wellicht andere of bijkomende noden hebben in vergelijking met vrouwen/koppels met een spontane zwangerschap. Toch wordt in de meeste centra standaard geen specifieke vorm van begeleiding aangeboden aan ART-vrouwen bij de verdere opvolging van hun zwangerschap. In de informatiebrochure van het Leuvens Universitair Fertiliteitscentrum staat het volgende: *"Bij een positieve zwangerschapstest wordt de nabehandeling voortgezet en vragen we een week later nog eens langs te komen voor een bijkomende bloedafname. Als ook deze resultaten goed zijn, maken wij een afspraak op de consultatie voor een verloskundige echo en een laatste afspraak bij de fertiliteitsarts. Nadien verwijzen we u door naar een verloskundige naar keuze. U kunt voor deze laatste bloedafnames en echo uiteraard ook terecht bij uw eigen gynaecoloog. Wel vragen we dat hij/zij ons op de hoogte houdt van het verloop van de zwangerschap en de bevalling".* Volgens dit stramien verplaatst de opvolging van de zwangerschap zich vanaf een zestal weken naar de reguliere zorg, waar de zwangerschap verder wordt opgevolgd volgens de procedure die van toepassing is voor een spontane zwangerschap.

4.1.3 Psychosociale noden bij zwangerschap na ART: ESHRE guideline

De 'Psychology and Counseling Guideline Development Group' van de 'European Society of Human Reproduction and Embryology' (ESHRE) beschrijft in zijn 2015 richtlijn 125 aanbevelingen voor zorgverleners van fertiliteitscentra bij het verlenen van optimale 'evidence-based' routine (*i.e.* niet-specialistische) psychosociale zorg zowel voor, tijdens als

na de fertiliteitsbehandeling (Gameiro, et al., 2015). Deze aanbevelingen werden opgesteld op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur met betrekking tot (1) de noden van de patiënt, (2) risicofactoren voor deze specifieke noden en tools om deze te detecteren, en (3) interventies die de niet-gespecialiseerde zorgverlener, zoals de vroedvrouw, kan leveren om tegemoet te komen aan de psychosociale noden (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015) (Bijlage 1).

De aanbevelingen die de guideline formuleert omtrent psychosociale zorg bij vrouwen/koppels die *zwanger* zijn na ART zijn eerder beperkt en konden niet altijd worden gebaseerd op éénduidig wetenschappelijk onderzoek. Richtlijnen die in de huidige guideline gedeeltelijk of volledig ontbreken, hebben onder meer betrekking op:

- de relationele noden en de kwaliteit van de relatie tijdens/na een ART-zwangerschap
- de emotionele noden van de man na een succesvolle ART-behandeling
- de cognitieve noden van vrouwen met een ART-zwangerschap en de wijze waarop zorgverleners op deze noden kunnen inspelen
- de wijze waarop zorgverleners de aanwezige psychosociale noden van vrouwen/koppels met een ART-zwangerschap kunnen detecteren en hierop kunnen inspelen

Bovendien focust de guideline enkel op de psychosociale noden en (preventieve) zorg hierbij, maar formuleert het geen richtlijnen omtrent spirituele noden of ethische bedenkingen bij zwangerschap/ouderschap na ART.

4.2 Onderzoeksvraag

Het is onduidelijk welke kennis tot op heden beschikbaar is over de impact van een ART-traject in het kader van infertiliteit op de beleving van zwangerschap en ouderschap en de wijze waarop zorgverleners aan de hierdoor ontstane noden kunnen tegemoetkomen door het aanbieden van preventieve maatregelen of aanvullende zorgen.

Binnen het domein van de fertiliteit wordt een zwangerschap beschouwd als een succesvol einde van het fertiliteitstraject. De vraag kan echter gesteld worden of dit ook zo *beleefd* wordt. Wordt zwangerschap/ouderschap steeds als positief ervaren na een – al dan niet slopend – fertiliteitstraject? Bovendien is een zwangerschap op zich, met het oog op de efficaciteit van een fertiliteitsbehandeling, niet het voornaamste einddoel. Een 'succesvolle

ART-behandeling' moet volgens de IMPRINT studie gedefinieerd worden als de geboorte van een gezond kind of gezonde kinderen na een complicatie-loze zwangerschap voor de moeder (The Harbin Consensus Conference Workshop Group, 2014). Op het moment van conceptie via ART is het dus per definitie nog niet mogelijk om van een succesvolle behandeling te spreken.

Gezien de belangrijke rol voor de vroedvrouw bij de verdere opvolging van vrouwen en koppels die zwanger werden na een ART-behandeling, werd voor deze literatuurstudie volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

"Welke gevolgen heeft een behandeling met artificiële reproductietechnieken in het kader van een fertiliteitsproblematiek, op de beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum/ouderschap en hoe kan de vroedvrouw deze beleving positief beïnvloeden?"

Omwille van de zeer specifieke en niet te onderschatten bijkomende psychologische belasting in geval van een ART-behandeling met gameetdonatie, werd bewust gekozen om dit aspect niet mee op te nemen in de onderzoeksvraag.

4.3 Zoekstrategie

Op basis van de onderzoeksvraag werden drie concepten geformuleerd waarna aan elk concept verschillende zoektermen (MeSH) werden gelinkt:

Concept 1: 'succesvol fertiliteitstraject'

MeSH-termen: o.a. assisted reproductive techniques; assisted conception; infertility; in vitro fertilization; pregnancy; childbirth; postpartum; breastfeeding; parenthood.

Concept 2: 'beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum'

MeSH-termen: o.a. antenatal education; anxiety; emotional adjustment; experience; antenatal (parenthood) education; attachment; psychology; transition to parenthood; spirituality.

Concept 3: 'rol van de vroedvrouw/zorgverlener'

MeSH-termen: o.a. midwife; prevention; risk factor; prenatal screening.

Afhankelijk van de specifieke zoekactie werden verschillende zoektermen van de drie concepten gecombineerd. Deze gecombineerde termen werden gebruikt voor het doorzoeken van databanken met medische publicaties (MEDLINE/PubMed, ScienceDirect,

LIMO) en voor het opzoeken van wetenschappelijke websites via standaard zoekmachines. Het zoekresultaat werd, onder voorbehoud van een voldoende aantal relevante publicaties, gelimiteerd op basis van het publicatiejaar (max. 5 jaar oud voor onderzoeksartikels, max. 10 jaar oud voor reviews).

5 IMPACT VAN ART OP HET PERINATAAL PROCES

5.1 Inzichten uit de literatuur

5.1.1 *Verhoogde zwangerschapsgerelateerde angst?*

Hoewel een gewenste spontane zwangerschap in de eerste plaats positieve gevoelens teweeg brengt, gaat het voor veel vrouwen ook gepaard met angst en onzekerheid (zie paragraaf 3.1.1). Angst of alles wel goed gaat, vooral in het begin van de zwangerschap wanneer het nieuwe leven in hun lichaam nog niet kan gezien of gevoeld worden. Onzekerheid over de eigen capaciteit als toekomstige moeder en angst voor de nakende bevalling, wanneer de zwangerschap naar het einde toe loopt. Wanneer een zwangerschap echter ontstond na een (langdurig) ART-traject omwille van fertiliteitsproblemen, kan dit een aantal extra uitdagingen met zich meebrengen.

In een review van Younger et al. (2014) naar de psychosociale noden van vrouwen die zwanger werden via een ART-behandeling wordt zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek beschreven dat aantoont dat deze vrouwen verhoogde zwangerschapsgerelateerde angst vertonen. Deze angst ontstaat vaak reeds preconceptioneel door kennis van de obstetrische risico's die verbonden zijn aan ART en blijft ook tijdens de zwangerschap bestaan met ongerustheid over het welzijn van het ongeboren kind tot gevolg. Een kwalitatieve studie bevestigt dat, naast de normale angsten die worden ervaren door vrouwen met een spontane zwangerschap, vrouwen die zwanger werden na een ART-behandeling te kampen hebben met specifieke vormen van angst zoals vrees voor miskraam of foetaal overlijden (Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini, & Passos, 2014). Deze gevoelens blijven vaak voortbestaan in het derde trimester van de zwangerschap, dit in tegenstelling tot de meeste vormen van angst bij vrouwen die spontaan zwanger werden, die naar het einde van de zwangerschap toe juist verminderen.

Hoewel de foetus-specifieke angst voor een deel kan worden verzacht door het bieden van verdere steun en regelmatige geruststelling, kan ook de angst en onzekerheid van het vaak lange en zware fertiliteitstraject dat aan de zwangerschap vooraf ging, blijven doorwegen, niet alleen in de vroege zwangerschap maar ook in de latere stadia en zelfs tijdens het (prille) ouderschap (Younger, et al., 2014). De ervaring van infertiliteit en het niet-vanzelfsprekend

zijn van de zwangerschap, maakt vrouwen die zwanger zijn na een ART-behandeling intens bewust van de fragiliteit en de uniciteit van het nieuwe leven. In dit opzicht stelt Dornelles et al. (2014) dat ART-moeders een overdreven waakzaamheid vertonen als gevolg van een aanhoudend aanwezige sluimerende angst om het welzijn van de foetus – en dus niet zozeer omwille van effectieve vrees voor een slechte afloop van de zwangerschap. De resultaten van hun onderzoek tonen bijvoorbeeld aan dat voor deze vrouwen de *afwezigheid* van kindsbewegingen er meer toe doet dan de *aanwezigheid* ervan. De focus van deze vrouwen ligt dus eerder op de overleving van de baby dan op de toekomstige baby an sich, hetgeen een potentieel grotere psychologische kwetsbaarheid suggereert. De auteurs concluderen dat ART-zwangerschappen in zekere zin veel gelijkenissen vertonen met hoog-risico zwangerschappen. Enerzijds hebben beide groepen te kampen met een verhoogde angst voor miskraam, foetale sterfte en prematuriteit, een angst die bij ART-moeders bovendien tot later in de zwangerschap aanhoudt. Anderzijds hebben ART-moeders net zoals vrouwen met hoog-risicozwangerschappen de neiging om het nakende moederschap te negeren, waarbij ze hun zorgen focussen op de zwangerschap als psychologische verdediging tegen een mogelijk verlies (Dornelles, et al., 2014). Het lijkt dan ook niet helemaal terecht dat een zwangerschap na een ART-traject automatisch wordt gelijkgesteld met een spontane zwangerschap voor wat betreft de verdere opvolging ervan, al hoeft dit niet noodzakelijk te betekenen dat de opvolging substantieel verschillend moet zijn.

Zoals hierboven aangehaald kan de angst die ART-vrouwen ervaren tijdens hun zwangerschap een invloed hebben op de wijze waarop ze zich prenataal voorbereiden – of juist *niet* voorbereiden. French, Debbie & Turner (2015) interviewden 12 vrouwen en 8 mannen in verwachting van een eerste kindje na een ART-behandeling. Het merendeel van de deelnemers gaf aan niet deel te nemen aan prenatale lessen uit nervositeit voor een mogelijk verlies van de zwangerschap. Dit in tegenstelling tot vrouwen met een spontane eerste zwangerschap, die als reden voor het niet deelnemen eerder externe factoren opgeven, zoals het feit dat de lessen niet werden aangeboden of dat de timing ervan slecht uitkwam. Aandacht voor een adequate prenatale voorbereiding zou daarom een taak van de vroedvrouw kunnen zijn waar extra focus op gelegd kan worden bij de begeleiding van ART-zwangerschappen.

Hoewel uit de meeste recente studies blijkt dat zwangerschap na ART gepaard gaat met verhoogde angst, zijn er ook studies die dit niet aantonen. De resultaten van een kwantitatieve studie bij 76 ART-vrouwen en 1578 vrouwen met een spontane zwangerschap suggereren dat vrouwen die zwanger werden via een ART-behandeling niet meer symptomen van angst vertonen tijdens de zwangerschap (Raguz, McDonald, Metcalfe, O'Quinn, & Tough, 2014). ART-vrouwen zouden bovendien zelfs minder kans hebben op antepartum stress. Ook Poikkeus et al. (2014) stelde bij een zwangerschapsduur van 20 weken geen significant verschil vast tussen 324 ART- en 304 niet-ART-vrouwen voor wat betreft de prevalentie van zwangerschapsgerelateerde angst of depressie. Eén van de beperkingen van deze studie is echter dat de controlegroep van vrouwen met een spontane conceptie eveneens ongeplande zwangerschappen bevatte, een factor die frequenter geassocieerd is met emotionele problemen tijdens de zwangerschap.

De resultaten van de hierboven vermelde studies zijn echter gebaseerd op kwantitatief onderzoek waarbij de bevraging van de deelnemers gebeurde aan de hand van standaard vragenlijsten en screeningsinstrumenten. De eerder aangehaalde studies waarin wel verhoogde zwangerschapsgerelateerde angst bij ART-vrouwen werd gedetecteerd, hebben hoofdzakelijk een kwalitatief design, waarbij de resultaten verkregen werden met behulp van diepte-interviews en daardoor ook meer genuanceerd konden worden geïnterpreteerd. Ook deze resultaten moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien het wellicht zo is dat niet elke potentiële deelnemer bereid is tot een interview, terwijl de drempel bij een screeningsinstrument een stuk lager is. Kleinschalige kwalitatieve studies zoals deze van French et al. (2015) hebben dus, eerder dan grootschalige kwantitatieve studies, mogelijk te kampen met een methodologische bias onder de vorm van

5.1.2 Ervaren van een kloof bij de overgang naar de reguliere zorg

Aangezien de opvolging van een zwangerschap ontstaan via een ART-behandeling plaatsvindt binnen het normale prenatale zorgtraject, ervaren veel vrouwen en koppels een zogenaamde 'practice gap', een kloof bij de overgang van de gespecialiseerde naar de reguliere zorg, waar de vroedvrouwen zich niet of minder bewust zijn van hun specifieke noden (Younger, et al., 2014). In de studie van French et al. (2015) wordt deze ervaring verder opgesplitst. De geïnterviewde vrouwen en mannen beschreven als oorzaak van de stress die

gepaard gaat met de overgang naar de reguliere zorg enerzijds een *tijds kloof* tussen de laatste controle in het fertiliteitscentrum en de eerste consultatie bij de vroedvrouw of gynaecoloog, en anderzijds een kloof in intensiteit van zowel de controles (*zorgkloof*) als van de (blijk van) kennis van de voorgeschiedenis (*kenniskloof*). Deze drie kloven worden in de volgende alinea's verder uitgewerkt en geïllustreerd.

De bevestiging van de zwangerschap na een ART-cyclus gebeurt typisch op een vroeger tijdstip dan bij spontane conceptie; nadien volgt meestal nog een bevestigende echografie rond 6 weken zwangerschap waarna het wachten is tot aan de eerste controle binnen de standaard prenatale opvolging die typisch rond 12 weken plaatsvindt. Hoewel deze weken ook bij een spontane zwangerschap als lang en onzeker kunnen worden ervaren, kunnen we vermoeden dat deze tijds kloof bij ART-zwangerschappen vaak nog moeilijker te dragen is, enerzijds als gevolg van de vroege zwangerschapsdiagnose en anderzijds door de wijze waarop de zwangerschap tot stand is gekomen.

Het grote contrast tussen de intensieve opvolging in het fertiliteitscentrum en de – althans in de ogen van ART-vrouwen en hun partner – beperkte controles die binnen de reguliere zorg plaatsvinden, dragen bij aan het gevoel tekort gedaan te worden. Een bevinding die het ervaren van deze zorgkloof onderlijnt, is het feit dat verschillende vrouwen rapporteerden dat ze symptomen van miskraam veinsden om op die manier een extra controle en geruststelling te krijgen (French, et al., 2015).

Het ervaren van een tijds- en zorgkloof draagt er toe bij dat koppels, wanneer ze eindelijk op de langverwachte controle mogen komen bij de vroedvrouw of gynaecoloog, teleurgesteld kunnen zijn bij de vaststelling dat ze niet specialer of intensiever worden behandeld dan andere cliënten. Niet dat de koppels hun baby als 'specialer' of 'belangrijker' zien, wel geven ze aan dat de zwangerschap op zich in zekere zin specialer is omdat deze nu eenmaal op een niet-evidente wijze is ontstaan (French, et al., 2015).

De kenniskloof die ervaren wordt door het feit dat de zorgverlener niet op de hoogte lijkt te zijn van het ART-traject – of er geen blijk van geeft – kan bij de koppels de illusie doen ontstaan dat er geen begrip en dus geen plaats is voor het uiten van hun bezorgdheden. In de studie van French et al. (2015) gaven deelnemers bijvoorbeeld aan het moeilijk te vinden om hun ambivalente gevoelens over de zwangerschap te uiten, als gevolg van de druk die ze

voelden om dankbaar te zijn voor de behandeling die ze kregen. Omdat vroedvrouwen binnen de standaard prenatale zorg vaak niet op de hoogte zijn van de impact van een voorafgaand fertiliteitstraject, kan de kenniskloof ook geïnterpreteerd worden in het licht van een onvoldoende opgeleid zijn voor het verlenen van 'evidence-based' zorg bij de begeleiding van deze specifieke patiëntengroep (Younger, et al., 2014).

De 'nood aan begrip' bij de overgang naar de reguliere zorg is een thema dat ook naar boven komt uit een recente kwalitatieve studie naar de ervaringen en zorgbehoeften van zwangere vrouwen en hun partners na een ART-behandeling (Warmelinck, Adema, Pranger, & de Cock, 2016a). De deelnemers aan deze studie, 9 vrouwen en 2 mannen, gaven aan dat ze het moeilijk vonden om hun eerdere ervaringen zelf ter sprake te brengen en waren teleurgesteld over de mate van aandacht en begrip die werd geuit voor hun voorgeschiedenis. Ook in deze studie blijken de deelnemers een zorgkloof te ervaren, wat aanleiding geeft tot de aanwezigheid van paradoxale gevoelens: enerzijds verlangden ze ernaar om 'normaal zwanger' te kunnen zijn; anderzijds hadden ze het gevoel dat de zorg die aan hen besteed werd (o.a. controles en echo's ter bevestiging van de zwangerschap) onvoldoende was om tegemoet te komen aan hun behoeftes.

5.1.3 Belang van autonomie, aandacht en sociale steun tijdens de zwangerschap

Darwiche et al. (2013) onderzocht bij 33 zwangere vrouwen de effecten van de zorg transitie op het einde van een ART-traject. Hoewel vrouwen die zwanger zijn na een ART-behandeling zich theoretisch gezien in een positieve situatie bevinden, durven de auteurs de vergelijking te maken met patiënten die na een intensieve kankerbehandeling genezen verklaard worden. De onzekerheid die deze patiënten ervaren wanneer een behandeling wordt stopgezet, werd eerder omschreven als 'lost in transition' (Hewitt & Ganz, 2006) en gezien het onzekere verdere verloop van een ART-zwangerschap kan de beschrijving in zekere zin ook voor deze vrouwen opgaan. In hun kwalitatieve studie stelden de auteurs vast dat moeilijkheden bij de overgang naar de standaard zorg mogelijk gelinkt zijn aan een verminderd vermogen om zich aan te passen aan het moederschap tijdens de zwangerschap (Darwiche, et al., 2013). Dit bleek vooral het geval te zijn bij vrouwen die een sterke afhankelijkheid ontwikkelden naar de medewerkers van het fertiliteitscentrum toe. De auteurs suggereren dat een al te positieve, aanhankelijke relatie tussen patiënten en zorgverleners een mogelijke risicofactor

is voor een problematischere zorgovergang en daarom extra aandacht verdient. Om een adequate aanpassing aan het moeder-/ouderschap te bevorderen, is het dan ook van belang om de autonomie van ART-vrouwen en -koppels na het verlaten van het fertiliteitscentrum te stimuleren, waarbij er erkenning moet zijn van zowel de positieve als de negatieve aspecten die gepaard gaan met de zorgovergang.

In een vervolgonderzoek van de studie van Warmelinck et al. (2016a) naar de ervaringen en zorgbehoeften van zwangere vrouwen en hun partners na een ART-behandeling, werd bij dezelfde studiepopulatie retrospectief teruggekeken naar hun ervaring van infertiliteit en de invloed ervan op de beleving van de zwangerschap (Warmelinck, Meijer, Mulder, Mulder, & van Lohuizen, 2016b). De bevindingen van dit onderzoek gaven aan dat de periode van infertiliteit en van de ART-behandeling gepaard gaat met een grote variëteit aan (conflicterende) emoties, zoals teleurstelling, hoop en onzekerheid en dat deze emoties ook na een succesvolle behandeling worden gevoeld. De deelnemers gaven aan dat sociale steun, vooral van lotgenoten, en aandacht van zorgverleners erg belangrijk is. De auteurs besluiten daarom dat het de taak is van zorgverleners om na te gaan of de nodige sociale steun aanwezig is én blijft, niet alleen tijdens het fertiliteitstraject maar ook tijdens de zwangerschap. Bovendien is het actief betrekken van de partner bij prenatale controles van belang. Het bevorderen van de communicatie tussen de partners, het delen van emoties en het gezamenlijk nemen van beslissingen maakt het voor koppels makkelijker om zich psychosociaal aan te passen aan de periode van infertiliteit die aan de zwangerschap vooraf ging.

5.1.4 ART-zwangerschap: grotere relationele, sociale en fysieke belasting

De impact van een ART-zwangerschap op de relatie en op de 'transition to parenthood' werd slechts in beperkte mate onderzocht. In een studie bij mannen en vrouwen die een niet-succesvolle fertiliteitsbehandeling doorstonden (Peterson, Pirritano, Block, & Schmidt, 2011), gaven ongeveer een derde van de deelnemers aan dat het *samen* doorstaan van het zware traject met het oog op het vervullen van hun kindwens, hun relatie in de positieve zin had beïnvloed.

In een prospectieve longitudinale cohort studie uit bij 35 ART-koppels en 31 koppels met een spontane zwangerschap werd enkel bij de ART-koppels vastgesteld dat een verminderde

eensgezindheid over het bestaan van relationele conflicten geassocieerd is met een daling van de psychologische levenskwaliteit bij de overgang van de zwangerschap naar het postpartum (Gameiro, Nazaré, Fonseca, Moura-Ramos, & Canavarro, 2011). Op basis van deze resultaten opperen de auteurs dat de positieve effecten van het fertiliteitstraject op de relatie, zoals Peterson et al. beschrijft (2011), koppels mogelijk niet beschermt tegen de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden bij de overgang naar het ouderschap. De Pascalis et al. (2012) vergeleek 57 ART-koppels en 58 koppels met een spontane zwangerschap en observeerde een verhoogde negatieve impact van de zwangerschap op de levenskwaliteit van koppels die een ART-behandeling doorstonden. Vrouwen in het bijzonder bleken de zwangerschap als een grotere belasting te ervaren, zowel op fysiek als op sociaal vlak.

Beide studies hierboven suggereren dat koppels tijdens een fertiliteitsbehandeling de neiging hebben om zwangerschap en ouderschap overmatig te idealiseren, hetgeen hen minder voorbereid maakt op de plotse realiteit ervan. Een kinderwens bestaat meestal al erg lang voordat de stap naar een ART-behandeling wordt genomen en het is dan ook niet onlogisch dat een baby meer en meer wordt gezien als de ultieme ontbrekende factor voor het bereiken van geluk. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat vrouwen/koppels tijdens een ART-traject voorbij gaan aan het uiteindelijke doel ervan. De focus op het ongedaan maken van hun kinderloosheid kan zo groot zijn, dat ze vergeten stil te staan bij de concrete gevolgen van een succesvol traject en bij het feit dat een zwangerschap fysiek en emotioneel belastend kan zijn. Bovendien zijn ze plots op zichzelf aangewezen en kunnen ze zich verloren voelen zonder alle aandacht en de tijdrovende consultaties die gedurende lange tijd voor een groot deel hun leven bepaald hebben (Dehaene, 1996).

5.1.5 Geen verhoogde angst voor de bevalling

Een zwangerschap via een ART-behandeling is geassocieerd met een verhoogde kans op een geplande sectio (Paulson, 2016). Hoewel in een studie van Fisher et al. (2013) bij 549 vrouwen met een zwangerschap via ART 75% van hen de voorkeur gaf aan een vaginale bevalling, bleek dit bij minder dan de helft (en slechts bij 25% in de hogere leeftijdsgroep) ook effectief de wijze waarop ze bevielen. Het vaker voorkomen van sectio's zonder medische indicatie bij ART-vrouwen werd al eerder aangetoond (Hammarberg, Fisher, & Rowe, 2008). De reden

hiervoor is vermoedelijk de eerder voorzichtige benadering bij de zorg voor een ART-foetus en de daardoor lagere drempel voor het interfereren in de zwangerschap (Fisher J. , et al., 2013; Kringeland, Daltveit, & Moller, 2009).

In de eerder aangehaalde case-controle studie van Poikkeus et al. (2014) werd eveneens de wijze onderzocht waarop vrouwen die zwanger werden via een ART-behandeling hun bevalling beleefden, zowel bij een zwangerschapsduur van 20 weken als op 8 weken postpartum. De auteurs concludeerden dat ART op zich geen risicofactor is voor (extreme) angst voor de bevalling of voor ontevredenheid over de beleving van de bevalling. De factoren geassocieerd met een negatieve bevallingservaring verschillen wel deels tussen ART- en niet-ART-vrouwen. Zo bleek in de ART-groep zowel een geplande als een spoedsectio geassocieerd te zijn met een onbevredigend gevoel, terwijl dit in de controlegroep enkel in het geval van een spoedsectio gold. De auteurs suggereren dat dit verschil te wijten kan zijn aan het feit dat ART-vrouwen een grotere voorkeur hebben voor het ervaren van een natuurlijke vaginale bevalling omwille van de medische hulp die ze reeds nodig hadden bij het zwanger worden. Net zoals de zwangerschapsbeleving moeten echter ook de resultaten met betrekking tot de ervaring van de bevalling met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien de controlegroep ook ongeplande zwangerschappen bevatte, een beperkende factor die door de auteurs zelf wordt aangehaald.

Ondanks de bovenstaande bevinding dat een geplande sectio bij ART-vrouwen vaker geassocieerd is met gevoelens van teleurstelling in vergelijking met niet-ART-vrouwen (Poikkeus, et al., 2014), werd in de kwalitatieve studie van Dornelles et al. (2014) "angst voor het krijgen van een sectio" zelden aangehaald door vrouwen die zwanger werden na een ART-behandeling. De auteurs vermoeden dat deze vrouwen, door hun hogere leeftijd en door het frequenter voorkomen van zwangerschapscomplicaties zoals meerlingen, het bijna als vanzelfsprekend ervaren dat hun baby via een keizersnede ter wereld zal komen. De lage rapportering van angst voor de bevalling zou bovendien suggestief zijn voor het vermoeden dat ART-vrouwen meer gepreoccupeerd zijn door de zwangerschap en de overleving van de baby op zich.

Hoewel in een studie van Warmelink et al. (2012) geen substantieel verschil kon worden aangetoond tussen 32 ART- en 396 niet-ART-vrouwen voor wat betreft de plaats waar de bevalling plaatsvindt, bleek er toch een trend te bestaan tot meer ziekenhuisbevallingen en

meer supervisie door de gynaecoloog tijdens de bevalling in de ART-groep. Het feit dat de ART-groep in deze studie significant meer meerlingzwangerschappen bevatte, is vermoedelijk de voornaamste reden voor deze trend. Een voorzichtigere benadering bij de omgang met een ART-foetus zou een bijkomende reden kunnen zijn.

5.1.6 Emotioneel welzijn in postpartum bedreigd door hoger aantal ART-cycli

Aangezien, zoals eerder aangehaald, angst tijdens een ART-zwangerschap een belemmerende factor kan zijn voor een adequate prenatale voorbereiding op het postpartum en het prille ouderschap, is het aannemelijk dat vrouwen die zwanger werden via een ART-behandeling een verhoogd risico lopen op emotionele problemen in het postpartum. Uit een systematische review blijkt echter dat deze vrouwen slechts een beperkt tot geen verhoogd risico lopen op een postpartum depressie (Ross, McQueen, Vigod, & Dennis, 2011).

Ook uit de resultaten van een kwantitatieve prospectieve cohort studie blijkt er geen verschil te zijn in de prevalentie van depressie, angst of stress op 4 maanden postpartum tussen ART-vrouwen en vrouwen die spontaan zwanger werden (Raguz, et al., 2014). Bovendien rapporteren ART-vrouwen die een eerste kind kregen significant minder 'low parenting morale'. De kwantitatieve studie van Warmelinck et al. (2012) toonde eveneens geen significant verschil aan in emotioneel welzijn na de bevalling tussen ART- en niet-ART-vrouwen. Bij de resultaten van deze studies moet echter vermeld worden dat beiden geen rekening hielden met de duur van het fertiliteitstraject of het aantal behandelingen dat nodig was om tot een succesvolle zwangerschap te komen.

Nochtans is het aantal mislukte ART-cycli volgens Monti et al. (2015) een bepalende factor voor de kans op een lager mentaal welzijn in het postpartum: de auteurs onderzochten de aanwezigheid van postpartum blues bij 63 ART-vrouwen en 72 vrouwen met een spontane zwangerschap en stelden vast dat een groter aantal voorgaande ART-behandelingen geassocieerd is met een hoger risico op postpartum blues. De wijze van conceptie op zich bleek geen significante predictor te zijn voor een verlaagd emotioneel welzijn in het vroege postpartum. Deze bevinding kwam ook naar voren uit een studie naar de prevalentie van postnatale depressie bij 94 vrouwen met een ART-zwangerschap en 95 vrouwen die op spontane wijze zwanger werden (Listijono, Mooney, & Chapman, 2014). De auteurs van deze laatste studie onderlijnen bij deze observatie het belang van de transfer van één enkel

embryo in geval van IVF/ICSI, omdat een meervoudige zwangerschap op zich dan weer wel geassocieerd zou zijn met een verhoogd risico op postnatale depressie.

5.1.7 Postpartum en ouderschap: een complexere uitdaging

Het ouderschap is zonder twijfel een uitdagende levensopdracht. Deze opdracht wordt nog complexer wanneer de partners te maken krijgen met de psychologische aspecten van infertiliteit/subfertiliteit en de langdurige effecten die dit op het hele gezin kan hebben (McGrath, Samra, Zukowsky, & Baker, 2010). De ervaring van infertiliteit is meer dan louter de fysiologische onmogelijkheid om een kind te verwekken. De maatschappij ziet het als een vanzelfsprekendheid dat koppels zich reproduceren waardoor infertiliteit, los van het niet kunnen krijgen van kinderen, een aanslag kan zijn op het zelfvertrouwen en op het gevoel van toereikendheid van een individu. Dit blijkt vooral op te gaan voor vrouwen en in mindere mate voor mannen, wat relationele conflicten in de hand kan werken. Naast de ervaring van infertiliteit zijn er tal van andere factoren die het ouderschap na een ART-traject beïnvloeden, zoals onder meer de hogere prevalentie van meerlingen en de hiermee geassocieerde problemen, en het verhoogd risico op aangeboren afwijkingen en moeilijkheden op vlak van gedrag en ontwikkeling. Maar ook los van medische factoren wordt het ouderschap na een ART-traject in de literatuur als extra uitdagend omschreven: ouders kunnen overdreven verwachtingen hebben voor hun (vaak enige) 'gouden kind', of kunnen de neiging hebben om hun kind te willen overbeschermen. Het besef dat de realiteit van het ouderschap niet overeenkomt met het geïdealiseerde beeld dat ze ervan hadden, maakt het bovendien extra zwaar – gevoelens die vaak worden opgekropt uit schrik om ondankbaar over te komen naar zorgverleners, familie en vrienden.

In de longitudinale cohort studie van McMahon et al. (2013) bij 250 ART-vrouwen en 262 vrouwen met een spontane zwangerschap, bleek conceptie via ART een voorspellende factor te zijn voor het minder vaak rapporteren van een moeilijk temperament van de baby. Hoewel verhoogde stress en angst tijdens de zwangerschap, onafhankelijk van de oorzaak, wel degelijk gelinkt worden aan moeilijkheden bij het reguleren van emoties tijdens de eerste twee levensjaren van het kind (Korja, Nolvi, Grant, & McMahon C, 2017), toonden Hammarberg, Rowe & Fisher (2009) aan dat moeders na een ART-zwangerschap hun baby over het algemeen als 'minder moeilijk' ervaren, ondanks een hogere rapportering van

ontregelde slaap- en voedingspatronen. Deze discrepantie zou volgens de auteurs te wijten zijn aan het feit dat ART-moeders door het vervullen van hun niet-evidente kinderwens toleranter zouden zijn naar de gedragsstijl van hun kind toe.

Ondanks de hierboven vermelde positieve bevindingen met betrekking tot de beleving van postpartum en ouderschap na een ART-zwangerschap, zijn er wel degelijk ook studies die valkuilen aantonen. Darwiche et al. (2013) stelde een verhoogd risico op symptomen van postpartum depressie vast bij vrouwen die problemen ondervonden bij de overgang van de gespecialiseerde zorg in het fertiliteitscentrum naar de reguliere zorg (zie ook paragraaf 4.1.3). Ook Fisher et al. (2012b) constateerde bij vrouwen na een ART-zwangerschap een verhoogd risico op moeilijkheden tijdens het vroege ouderschap, zoals onder meer borstvoedingsproblemen en (bijgevolg) onbestendig zuigelingengedrag, wat volgens de auteurs kan leiden tot een vertraagd ontwikkelen van de zelfzekere maternale identiteit. Ze opperen dat deze moeilijkheden ontstaan door een gebrek aan vertrouwen in de fysiologie van het lichaam, dat op zijn beurt het gevolg is van het gewend zijn aan (en mogelijk afhankelijk zijn van) de technische procedures die werden gebruikt voor de verwekking van het embryo en het bereiken van de zwangerschap, tijdens de opvolging van de zwangerschap en vaak ook bij de bevalling. Ook suggereren ze dat het overdreven idealiseren van het ouderschap door vrouwen die zwanger zijn via een ART-behandeling een reden kan zijn voor de verminderde veerkracht tijdens het prille ouderschap.

5.1.8 Kortere duur van de borstvoedingsperiode

De beschikbare recente literatuur over borstvoeding na een ART-zwangerschap is eenduidig. Niet alleen verloopt de borstvoeding op zich moeizamer (Barnes, Roiko, Reed, Williams, & Willcocks, 2013; Fisher, et al., 2012b), ook is er een verhoogde kans op het vroegtijdig stopzetten ervan (Cromi, et al., 2015; Fisher J., et al., 2013; Hammarberg K., Fisher, Wynter, & Rowe, 2011; Listijono, et al., 2014; Michels, et al., 2016).

In een recente cohortstudie naar de babyvoedingsmethodes bij 4591 Noord-Amerikaanse vrouwen stelden de auteurs vast dat moeders na een ART-zwangerschap niet alleen minder lang borstvoeding gaven, maar ook vaker kunstvoeding, vaste voeding en fruitsap op jongere leeftijd introduceerden, en dit onafhankelijk van de wijze van bevalling (Michels, et al., 2016). De studie hield geen rekening met mogelijke verstorende factoren zoals het hebben van een

meerling, de leeftijd van de moeder, beperkte borstvoedingsmogelijkheden op het werk of het type ziekenhuis en de mate waarin een borstvoedingsbeleid werd toegepast. Hoewel een duidelijk verband werd aangetoond tussen de voedingsmethode en de wijze van conceptie, concluderen de auteurs dat bijkomend onderzoek nodig is om te bepalen of een aangepaste begeleiding bij de zuigelingenvoeding al dan niet noodzakelijk is na een ART-traject.

Hammarberg et al. (2011) stelde bij 183 ART-moeders vast dat, in vergelijking met de algemene populatie, een grotere proportie van hen met borstvoeding startte. Op 3 maanden postpartum echter, gaf nog slechts 46% van hen exclusief borstvoeding, wat significant minder is dan de proportie in de algemene Australische populatie (57.3%). Voorspellende factoren voor het vervroegd stoppen met borstvoeding zijn volgens de auteurs verhoogde angst tijdens de late zwangerschap en suboptimale borstvoedingsbegeleiding. Dezelfde onderzoeksgroep concludeerde in een latere studie bij 549 ART-moeders dat, onafhankelijk van de maternele leeftijd, het exclusief geven van borstvoeding bij het verlaten van het ziekenhuis en op vier maanden postpartum het laagst was bij ART-vrouwen die een geplande sectio (zonder voorafgaande arbeid) ondergingen, ondanks duidelijke intenties tijdens de zwangerschap om borstvoeding te geven (Fisher J. , et al., 2013). Als voornaamste redenen voor het vroegtijdig stopzetten, rapporteerden de deelnemende vrouwen enerzijds bezorgdheid over de gezondheid en het welzijn van de baby en anderzijds een inadequate borstvoedingsbegeleiding.

Het is geweten dat bij een verlossing zonder arbeid de opstart van de lactatie vertraagd is, vermoedelijk door de lagere aanwezigheid van oxytocine in het bloed, maar dit staat los van de wijze van conceptie. Mogelijk spelen bij ART-vrouwen psychologische factoren een bijkomende rol, zoals eerdere verlies-ervaringen of (overdreven) bezorgdheid over de gezondheid en het welzijn van de baby wanneer de melkproductie lijkt uit te blijven. Om diezelfde reden zullen moeders sneller grijpen naar kunstvoeding, wat het slagen van de borstvoeding verder bemoeilijkt. Prenatale voorlichting over een eventueel moeilijkere (maar niet onmogelijke!) start van de borstvoeding, zeker na een geplande sectio, lijkt dan ook van wezenlijk belang bij ART-vrouwen met de intentie om borstvoeding te geven.

De interpretatie van de resultaten van de hierboven vermelde studies wordt bemoeilijkt door de aanwezigheid van een veelheid aan mogelijk versturende factoren wanneer borstvoeding na een ART-zwangerschap wordt vergeleken met de algemene populatie. Cromi et al. (2015)

omzeilde een groot deel van deze 'confounders' door het uitvoeren van een kwalitatieve case-control studie bij 76 vrouwen die een eenling kregen via een ART-behandeling én de intentie hadden om borstvoeding te geven, en evenveel vrouwen met een spontane zwangerschap. Er werd geen verschil vastgesteld tussen beide groepen in de proportie van vrouwen die een poging tot het geven van borstvoeding ondernamen. Wel bleken ART-vrouwen significant minder exclusief borstvoeding te geven op zes weken postpartum, onafhankelijk van de wijze van verlossing. Conceptie via een ART-behandeling was bovendien als enige verklarende variabele een voorspellende factor voor een korte borstvoedingsperiode.

Over de precieze reden(en) voor het feit dat ART-moeders minder lang borstvoeding geven, bestaat op dit moment nog geen eenduidig antwoord. Maternele angst en depressie hebben een negatieve invloed op de melkproductie, wat op zijn beurt het zelfvertrouwen en de eigen-efficaciteit van de moeder kan ondermijnen. Het lijkt echter moeilijk te geloven dat dit de voornaamste reden zou zijn voor de grote proportie van ART-moeders die de borstvoeding vroegtijdig stopzetten, zeker aangezien uit de beschikbare literatuur blijkt dat er een erg hoge intentie is tijdens de zwangerschap. Die intentie kan ontstaan uit de behoefte om een tegengewicht te bieden voor de hoog-technologische interventies die nodig waren om zwanger te worden (Cromi, et al., 2015) en mogelijk zwakt deze behoefte af naar het einde van de zwangerschap en in het postpartum. Verder prospectief onderzoek is nodig om deze en andere potentiële factoren te bestuderen, al kan op basis van de beschikbare resultaten wel geconcludeerd worden dat een degelijke prenatale voorlichting én postnatale begeleiding belangrijk is om het slagen van borstvoeding na een ART-behandeling te bevorderen.

5.1.9 Infertiliteit en ART: ook een beproeving voor mannen

Wanneer een zwangerschap op zich als 'succesvol einde van een fertiliteitstraject' in vraag gesteld kan worden (zie paragraaf 4.2), dan geldt dit misschien wel nog meer voor de man. De opkomst van ICSI in het bijzonder, waarbij in principe zelfs een man zonder zaadcellen in zijn ejaculaat toch kinderen kan verwekken, genereerde een groep mannen die ondanks hun vaderschap nog steeds worstelen met de psychologische consequenties van infertiliteit. De

aandacht voor deze groep is echter beperkt en dit weerspiegelt zich ook in de beschikbare literatuur.

Uit de beperkte literatuur blijkt dat voor mannen de ervaring van infertiliteit enigszins anders is dan voor vrouwen. Hoewel ook mannen aangeven aan infertiliteits-specifieke angst te lijden, uit zich dit – in tegenstelling tot bij vrouwen – niet in klinisch significante symptomen van depressie of angst (Fisher & Hammarberg, 2012a). Ook andere studies toonden hogere scores aan bij vrouwen dan bij mannen op vlak van angst en/of depressie (El Kissi, et al., 2013; Peterson, et al., 2013; Reis, Xavier, Coelho, & Montenegro, 2013). Glover, Abel & Gannon (1998) omschreven de angst die gepaard gaat met infertiliteit bij mannen eerder als een gevoel van *bedreiging* en dus niet zozeer in termen van verlies of gemis. Indien subfertiliteit door een man inderdaad als bedreigend wordt waargenomen, dan zal de ervaring van een zwangerschap of de geboorte van een kind niet noodzakelijk de gevoelens van mannelijkheid herstellen, zeker wanneer het kind werd verwekt via een ART-behandeling (Glover, et al., 1998).

Ook het ART-traject op zich kan voor mannen de nodige stress met zich meebrengen. Uit een recente review van Martins et al. (2016) blijkt dat er groeiende evidentie is dat mannen net zoals vrouwen een biologische klok hebben en dat infertiliteit een stressfactor is die wordt gedeeld door het koppel, zelfs al ligt de oorzaak slechts bij één van beide partners. Bovendien kunnen ook mannen tijdens een ART-behandeling worden blootgesteld aan gênante en pijnlijke procedures. Ze moeten 'op bevel' en onder tijdsdruk een spermastaal produceren in een vreemde en vaak kunstmatige omgeving. Ook kan het soms nodig zijn om door middel van een operatie op zoek te gaan naar zaadcellen in de teelbal volgens de zogenaamde TESE methode ('Testiculaire Sperma-Extractie'). Het vermoeden dat een ART-behandeling een grotere beproeving zou zijn voor vrouwen is bijgevolg gebaseerd op achterhaalde genderstereotypen. De auteurs onderlijnen dan ook het belang van het betrekken van beide partners en het bevorderen van de communicatie onderling, om de risicofactoren geassocieerd met psychologisch lijden tijdens een ART-behandeling te beperken (Martins, et al., 2016).

Een ART-traject kan echter ook positieve gevolgen hebben. Zo werd in een studie bij 45 ART-koppels en 35 koppels met een spontane zwangerschap vastgesteld dat mannen waarvan de partner zwanger werd na een ART-behandeling de zwangerschap als meer exceptioneel

beschouwden dan mannen wiens vrouw spontaan zwanger werd (van Balen, Naaktgeboren, & Trimbos-Kemper, 1996). Een voorgeschiedenis van subfertiliteit, in het bijzonder wanneer een ART-behandeling nodig bleek, zou bovendien leiden tot een sterkere betrokkenheid van de mannelijke partner bij de zwangerschap.

5.1.10 Culturele/spirituele beleving van infertiliteit en ART

Samen met de vooruitgang van de technische mogelijkheden binnen het ART-domein die de voorbije decennia plaatsvond, evolueerden ook de sociale, culturele, religieuze en ethische reacties erop. Inhorn & Birenbaum-Carmeli (2008) omschreven ART als een sleutelsymbool van de huidige technologische revolutie, representatief voor de groeiende invloed van biotechnologie op de vorming van individuele, familiale en collectieve identiteiten. De effecten van ART op de verschillende domeinen van het sociale leven maken dan ook meer en meer deel uit van het studiedomein van antropologen wereldwijd.

Ondanks de belangrijke voordelen die ART voor veel onvruchtbare koppels wereldwijd heeft betekend, heeft de opkomst van deze technologieën ook gezorgd voor het ontstaan van ongelijkheden. Niet alleen zorgt de grote financiële kost van vruchtbaarheidsbehandelingen overall ter wereld voor nieuwe uitgesproken klasse-ongelijkheden, bovendien is het juist in de zogenaamde 'Infertility Belt' in centraal en zuidelijk Afrika dat de toegankelijkheid tot deze technologieën door gebrek aan financiële middelen uiterst beperkt is. Terwijl de afwezigheid van ART-technieken in deze landen vaak wordt gerationaliseerd in termen van populatiecontrole, schaarsheid van gezondheidsdiensten en de zwaarder doorwegende last van levensbedreigende ziektes zoals HIV/aids, is het paradoxaal genoeg juist in deze en andere niet-Westerse landen dat de sociale consequenties van infertiliteit – in het bijzonder voor de vrouwelijke bevolking – erg groot zijn. Vrouwen krijgen de schuld voor de kinderloosheid wat kan leiden tot sociale uitsluiting en scheiding. Bovendien impliceert kinderloosheid, in landen waar goed uitgebouwde sociale vangnetten ontbreken, vaak moeilijkheden bij het garanderen van de bestaanszekerheid op oudere leeftijd (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008).

Naast het bevorderen van de financiële kloof heeft ART ook geleid tot een zekere vorm van genderongelijkheid. De sterk invasieve aard van de ART-toepassingen bij de vrouw leidt enerzijds tot de misconceptie dat vrouwen aan de basis liggen van fertiliteitsproblemen.

Anderzijds is het juist door de verhoogde aandacht voor de vrouw dat de ervaring van de man bij een fertiliteitstraject onterecht wordt gemarginaliseerd. Een ander probleem dat wordt aangekaart door antropologen is het feit dat, ondanks de steeds beter wordende succes ratio's, slechts één derde van de ART-cycli resulteert in de geboorte van een levende baby. De meeste koppels die een fertiliteitsbehandeling doormaken, ervaren dan ook de emotionele rollercoaster van herhaalde maar niet-succesvolle ART-cycli (Inhorn & Birenbaum-Carmeli, 2008).

De sociale vervreemding en de nadelen die gelinkt zijn aan ongewenste kinderloosheid kunnen ook religieuze dimensies aannemen. Dutney (2007) omschreef de impact van infertiliteit op gelovigen en hun standpunt tegenover ART. De wijze waarop infertiliteit ervaren wordt, varieert tussen de verschillende religies en zo ook de manier waarop naar ART wordt gekeken. Infertiliteit wordt door veel godsdiensten binnen niet-seculiere culturen ervaren als een straf voor foutief gedrag of eenvoudigweg als een ondoorgrondelijke beslissing van God, waarin men moet berusten. In dit opzicht verschijnt infertiliteit eerder als een uitdaging en niet zozeer als een probleem waarvoor een oplossing moet worden gezocht. Dit laatste is echter voor vele gelovigen geen eenvoudige opdracht, temeer aangezien alle andere factoren (biologisch, sociaal, familiaal) druk in de andere richting uitoefenen en de belofte van ART het waarmaken van hun kinderwens mogelijk maakt. In deze zin durven gelovigen een ART-traject daarom vaak te beschouwen als een pelgrimstocht, waarbij de beloftevolle uitdagingen van ART worden verkozen boven de teleurstellende volharding in rituelen en gebed (Dutney, 2007).

Ook binnen de seculiere maatschappij lijkt ART op veel vlakken moeilijk te verzoenen met de aanwezige religieuze standpunten. Vanuit de idee dat een harmonische ontplooiing van een man-vrouwrelatie en van huwelijk en gezin slechts mogelijk is mits het vruchtbare aspect van de relatie harmonisch verloopt, is dit echter niet onmogelijk. Katholiek ethicus Paul Schotsmans ontwikkelde op basis van deze visie vier kwalitatieve vereisten tot ethisch verantwoorde toepassing van fertiliteitstechnologie en wil hiermee aantonen dat ART niet noodzakelijk een bedreiging hoeft te vormen voor een eigentijds christendom (Schotsmans, 2010). Een eerste vereiste volgens deze visie is dat de toepassing van ART moet plaatsvinden binnen een stabiele, heteroseksuele relatie. Daarnaast moet de techniek worden aangewend in een therapeutische context. Ten derde mag de toepassing van ART geen sociale, medische

en psycho-affectieve risico's met zich meebrengen die het welzijn van het koppel en het kind kunnen bedreigen. Tot slot moeten de toekomstige ouders over de nodige kwaliteiten beschikken om het kind een evenwichtige opvoeding te kunnen bieden.

Ook vanuit niet-religieuze hoek wordt de praktijk van ART af en toe in vraag gesteld. Is het feit dat de technieken beschikbaar zijn op zichzelf voldoende om te verantwoorden dat ze worden gebruikt? Zijn we de 'maakbaarheid' en controleerbaarheid van onze wereld en ons leven zo gewoon dat er geen ruimte meer is voor het onverwachte, zoals het *niet* kunnen waarmaken van de kindervens? Of is er ook binnen het ART-domein sprake van een zekere therapeutische hardnekkigheid en moeten we vaker de vraag durven stellen of en hoelang het herhalen van een bepaalde behandeling zinvol is? Met deze bedenkingen stipt psychologe en seksuologe Trees Dehaene (1996) het belang aan van stil te staan bij de zinvolheid van een (langdurige) ART-behandeling. Ze beschrijft hoe een koppel na lang proberen eindelijk naar huis gaat met een gezonde baby, maar geconfronteerd wordt met gevoelens van leegte, wat voor de buitenwereld onbegrijpelijk lijkt. Net zoals het misschien onbegrijpelijk zou geweest zijn moest dit koppel de behandeling hebben stopgezet nog voordat alle beschikbare middelen waren ingezet. De motivatie voor een ART-behandeling zou op elk moment de wens moeten zijn om liefdevol voor een kind te zorgen, met een partner of alleen, en mag niet gereduceerd worden tot louter het wegnemen van de kinderloosheid of het (schijnbaar) opheffen van de onvruchtbaarheid.

5.2 Kritische reflectie op de literatuur

5.2.1 Kwalitatief versus kwantitatief onderzoek

Hoewel de voornaamste bevindingen in de literatuur over de impact van ART op de beleving van het perinataal traject in dezelfde lijn lijken te liggen, zijn er hier en daar ook duidelijke tegenstellingen. Zoals aangehaald in paragraaf 4.1.1 ligt een mogelijke verklaring voor deze verschillen in de methodiek die gebruikt werd om een bepaalde vraagstelling te beantwoorden. Waar de resultaten van kwalitatieve studies eerder in het nadeel van ART liggen, stellen studies die een kwantitatieve methode gebruiken soms geen verschil of zelfs een positievere uitkomst vast bij ART in vergelijking met spontane conceptie.

Laten we dit even illustreren met het voorbeeld van angst tijdens de zwangerschap. In de studie van Poikkeus et al. (2014) werd de aanwezigheid van zwangerschapsgerelateerde

angst geanalyseerd aan de hand van de 'Pregnancy Anxiety Scale' (PAS). Dit meetinstrument bestaat uit tien vragen die met 'ja' of 'nee' moeten worden beantwoord en waarvan er drie specifiek peilen naar angst gerelateerd aan de zwangerschap (Levin, 1991):

Did any one frighten you about having a baby?

Did you read anything that frightened you about having a baby?

Did you fear that you would fall and hurt your baby?

Ter vergelijking, in de studie van French et al. (2015) werden de deelnemers bij een zwangerschapsduur van 28 weken geïnterviewd, waarbij één van de deelnemers de angst voor een mogelijk verlies van de zwangerschap als volgt omschreef:

"As soon as we've found out [...] is pregnant you go from waiting to kind of an underlying sense of panic, that's how I feel because you're kind of going, "oh God, no, please work, please work, please work" and that's you're kind of doing in your head, "please, please, please" you know, this time, because everything that's gone on in the past just makes it harder, every single time, all you're doing is hoping, willing it as much as you can to just be right, you know, just work."

Hoewel uit dit fragment een duidelijke aanwezigheid van zwangerschapsgerelateerde angst blijkt, had deze persoon de drie vragen van de PAS in principe ontkennend kunnen beantwoorden. De kans lijkt dus reëel dat in de eerder aangehaalde studie van Poikkeus et al. (2014) zowel bij ART- als niet-ART-vrouwen slechts beperkte vormen van angst werden gedetecteerd. Interviews met open vragen bieden de mogelijkheid om breder en genuanceerder te antwoorden, waardoor de onderzoeker meer voeling krijgt met de wijze waarop de angst ontstond en de betekenis en context van deze angst. Meetinstrumenten echter zijn ontworpen zijn voor het detecteren van de aan- of afwezigheid van vooraf bepaalde emoties en bevragen eerder een momentopname. Met het oog op de reeds beschikbare gegevens rond zwangerschapsbeleving na een ART-behandeling, is de keuze voor de PAS wellicht niet de meest geschikte voor het detecteren van zwangerschapsgerelateerde angst na ART. Een voorbeeld van een alternatief instrument dat meer aangewezen lijkt in deze context is de 'Anxiety concerning Health and Defects in the Child' vragenlijst (McMahon, et al., 2013), waarbij 5 vragen zoals "*Sometimes I am afraid I will lose this child*" moeten worden gescoord op een zes-punten schaal gaande van 'sterk oneens' tot 'sterk eens'.

Het beleven van een zwangerschap met een achtergrond van infertiliteit en een voorafgaand ART-traject gaat gepaard met complexe gevoelens die ook voor de persoon die ze ervaart niet altijd makkelijk te doorgronden of te aanvaarden zijn. Het lijkt bijgevolg niet evident om deze met eenvoudige kwantitatieve methoden op een betrouwbare wijze op te sporen, al kan een zorgvuldige keuze van het meetinstrument een belangrijk verschil maken. Anderzijds kunnen kwalitatieve methoden zoals diepte-interviews een grotere drempel vormen voor potentiële kandidaten om deel te nemen aan een studie, waardoor een selectiebias ontstaat. Aandacht voor een representatieve samenstelling van de studiebevolking is bij deze studies dan ook van groot belang.

5.2.2 *Ervaring of verwachting?*

Uit twee recente kwalitatieve studies blijkt dat vrouwen die zwanger werden via een ART-behandeling zich geremd voelen in het uiten van hun negatieve emoties ten opzichte van de zwangerschap (French, et al., 2015; Warmelinck, et al., 2016a). Een ART-behandeling is duur en wordt in België grotendeels gefinancierd via de sociale zekerheid, wat patiënten het gevoel zou kunnen geven dat ze de maatschappij iets verschuldigd zijn en dat het dus niet gepast is om te klagen over fysieke of psychologische problemen en ongemakken.

Dit schuldgevoel zou in principe ook in het postpartum kunnen spelen, waarbij het gevoel wordt gecreëerd op elk moment gelukkig te moeten zijn met het ouderschap. De resultaten van twee kwantitatieve studies tonen echter aan dat vrouwen na een zwangerschap via een ART-behandeling juist minder problemen ervaren op 4 maanden postpartum. Enerzijds rapporteerden ART-moeders minder vaak een 'low parenting morale' (Raguz, et al., 2014), anderzijds beschouwden ze in vergelijking met moeders die spontaan zwanger werden het temperament van hun baby als minder moeilijk (McMahon, et al., 2013). De vraag stelt zich hier of deze ART-moeders het ouderschap effectiever positiever *ervaren*, of werden de vragenlijsten ingevuld volgens wat de maatschappij van deze moeders *verwacht*, wat als sociaal-wenselijk wordt ervaren? In het licht van andere studies die aantoonde dat zwangere vrouwen na een ART-traject de neiging hebben om het ouderschap te idealiseren (De Pascalis, et al., 2012; Fisher, Rowe, & Hammarberg, 2012b; Gameiro, et al., 2011), lijkt deze tweede mogelijkheid niet onwaarschijnlijk. Anderzijds is het ook niet uitgesloten dat ART-moeders, juist dankzij hun voorgeschiedenis, een grotere veerkracht verworven hebben en

daardoor beter kunnen omgaan met problemen of ongemakken tijdens het prille ouderschap.

5.2.3 *Pijnpunten*

Vijf bezorgdheden met betrekking tot de impact van een ART-behandeling op zwangerschap en ouderschap komen in het bijzonder naar voren uit deze literatuurstudie.

Ten eerste is er de kloof die op meerdere vlakken wordt ervaren door vrouwen en koppels bij de overgang van het fertiliteitscentrum naar de reguliere prenatale zorg. Bewustmaking van vroedvrouwen die niet binnen het domein van de fertiliteit werkzaam zijn, zou dit probleem voor een groot deel kunnen verhelpen.

Een tweede bezorgdheid is de associatie tussen ART-conceptie en een kortere borstvoedingsperiode. Hoewel de precieze reden van deze link niet wordt benoemd, kan extra aandacht voor een goede prenatale voorbereiding en postnatale begeleiding van de borstvoeding zonder twijfel nuttig zijn.

Ten derde blijkt er een duidelijk tekort te bestaan aan studies die specifiek de ervaring van de man bij een succesvol ART-traject onderzoeken. Aandacht voor de man tijdens het ART-traject en bevordering van de communicatie tussen de partners onderling, kan wellicht het risico op emotionele en relationele problemen reduceren en het koppel helpen bij de transitie naar het ouderschap.

De bevinding dat vrouwen met een ART-zwangerschap zich geremd voelen om hun negatieve emoties ten opzichte van de zwangerschap (en het ouderschap) te uiten, zogenaamde 'self-silencing' (French, et al., 2015), is een vierde reden tot bezorgdheid. Bewustmaking van de vroedvrouw dat dit probleem aanwezig kan zijn bij conceptie via een ART-behandeling kan ook hier een stap vooruit zijn.

Tot slot is het belangrijk stil te staan bij de mogelijkheid van therapeutische hardnekkigheid binnen het domein van de fertiliteitsbehandelingen. Er werd aangetoond dat het aantal mislukte ART-cycli een sterke indicator is voor het ontstaan van symptomen van depressie in het postpartum (Monti, et al., 2015). De vraag is echter of dit verlaagd emotioneel welzijn rechtstreeks het gevolg is van het moeizame ART-traject, of is het een gevolg van het feit dat

het ouderschap niet (meer) de werkelijke motivatie voor het verderzetten van de behandeling was (Dehaene, 1996).

In het volgende deel van deze bachelorproef wordt nagedacht over de wijze waarop de vroedvrouw concreet een bijdrage kan leveren bij het verhelpen van deze vijf pijnpunten.

6 DE ROL VAN DE VROEDVROUW

6.1 Ondersteunen van de overgang naar de standaard prenatale zorg

De overstap van het fertiliteitscentrum naar de standaard prenatale zorg kan gepaard gaan met paradoxale gevoelens (French, et al., 2015; Warmelinck, et al., 2016a) (zie paragraaf 5.1.2). Het ervaren van moeilijkheden bij het maken van deze overgang zou bovendien mogelijk gelinkt zijn aan een minder goede aanpassing aan het ouderschap en aan meer symptomen van postpartum depressie (Darwiche, et al., 2013). Vanuit deze vaststellingen formuleerden verschillende auteurs praktische aanbevelingen voor de begeleiding van cliënten met een voorgeschiedenis van subfertiliteit (De Pascalis, et al., 2012; French, et al., 2015; Warmelinck, et al., 2016a; Younger, et al., 2014):

- Aanbieden van een vroege afspraak na de doorverwijzing uit het fertiliteitscentrum. De tijd die verstrijkt tussen de laatste klinische bevestiging van de zwangerschap in het fertiliteitscentrum en de eerste raadpleging binnen de standaard prenatale zorg, kan een erg stresserende periode zijn die door het aanbieden van een tussentijdse controle kan worden verzacht.
- Aandacht voor de medische voorgeschiedenis en voor de gevoelens die ermee gepaard gaan door expliciete bevraging bij zowel de cliënte als haar partner. Dit zorgt niet enkel voor een blijk van kennis en interesse, maar helpt bovendien mee aan het creëren van een vertrouwensband.
- Vragen naar de zorgbehoefte. Is er nood aan meer frequente raadplegingen? Niet enkel voor het controleren van de zwangerschap, maar ook om de vrouw of het koppel de mogelijkheid te bieden om te praten over hun eventuele angsten en bezorgdheden.
- Zorgen voor laagdrempeligheid naar beschikbaarheid toe. Wanneer cliënten de zekerheid hebben dat ze op quasi elk moment bij een vroedvrouw die op de hoogte is van hun situatie terecht kunnen, volstaat dit misschien al bij wijze van 'extra zorg'.
- Voorzien van extra tijd voor deze doelgroep. Dit lijkt een erg eenvoudige aanbeveling, maar is zeker niet evident om waar te maken. Toch kan ook zonder het besteden van extra tijd al een wezenlijk verschil worden gemaakt wanneer rekening wordt gehouden met de overige aanbevelingen.

- Vergroten van de continuïteit van de zorg. Ook deze aanbeveling is in de praktijk, zeker in een ziekenhuissetting, niet eenvoudig te realiseren. Wanneer het aantal zorgverleners dat bij de opvolging is betrokken zodanig kan worden beperkt dat er met elk van hen een zekere vertrouwensrelatie kan ontstaan, is dit echter al een stap in de goede richting. Voor de cliënten die er het meeste nood aan hebben, kan hier bij het maken van de volgende afspraken wel rekening mee worden gehouden. Een alternatief zou zijn om hen voor aanvullende opvolging door te verwijzen naar een zelfstandig vroedvrouw met kennis /ervaring van de begeleiding van ART-zwangerschappen.

Het toepassen van deze aanbevelingen vereist uiteraard dat vroedvrouwen die werkzaam zijn buiten het fertiliteitscentrum op de hoogte zijn van de noden en eventuele problemen bij vrouwen/koppels die zwanger werden via een ART-behandeling. Aangezien deze patiëntengroep de voorbije jaren sterk is toegenomen, zullen vroedvrouwen hier meer en meer mee worden geconfronteerd. Het is daarom van belang dat er bij de opleiding van vroedvrouwen aandacht wordt besteed aan dit thema, enkel zo kan het verlenen van 'evidence-based care' worden gegarandeerd.

Een belangrijke taak voor het verbeteren van de kwaliteit van transitionele zorg ligt echter ook bij de vroedvrouwen van het fertiliteitscentrum zelf. De vrouwen en hun partners moeten degelijk geïnformeerd worden over en voorbereid worden op de wijze waarop de verdere opvolging van de zwangerschap zal verlopen. Daarnaast moeten ze actief betrokken worden bij het maken van de nodige beslissingen, zoals waar en door wie de verdere prenatale opvolging zal gebeuren en vanaf wanneer. Het ontwikkelen van effectieve strategieën om de transitie van het fertiliteitscentrum naar de reguliere obstetrische zorg te vergemakkelijken is een stap in de richting van zogenaamde 'patient-centered reproductive medicine', waarbij gestreefd wordt naar het verlenen van zorg die beantwoordt aan de individuele noden en ervaringen van de vrouwen en hun partners (Darwiche, et al., 2013).

6.2 Begeleiding bij borstvoeding

Hoewel de intentie om borstvoeding te geven hoog lijkt te zijn bij vrouwen die zwanger werden via een ART-traject, slaagt slechts een beperkt aantal van hen erin om de borstvoeding effectief verder te zetten tot een aantal maanden of langer (Cromi, et al., 2015; Fisher J. , et al., 2013; Hammarberg K. , Fisher, et al., 2011; Michels, et al., 2016). Aangezien

borstvoeding de aangewezen voeding is voor zuigelingen en peuters tot de leeftijd van 2 jaar (World Health Organization en Unicef, 2003) en gezien de vaststelling dat borstvoedingsproblemen bij ART-moeders kunnen leiden tot een lager zelfvertrouwen bij het moederschap (Fisher, et al., 2012b), is een goede begeleiding van deze groep vrouwen extra belangrijk.

Om deze begeleiding te garanderen is het van belang dat vroedvrouwen zich bewust zijn van de mogelijke risicofactoren en van de preventieve maatregelen die hierbij kunnen worden genomen:

- Door de voorgeschiedenis van infertiliteit en de nood aan een ART-behandeling om zwanger te worden, kan er angst en twijfel ontstaan of het eigen lichaam in staat zal zijn om de baby van de nodige voedingsstoffen te voorzien. Dit kan op zijn beurt leiden tot een verlaagd zelfvertrouwen en een verminderde eigen-effectiviteit bij de borstvoeding. ART-vrouwen lopen hierdoor een groter risico op het ervaren van borstvoedingsproblemen of vervroegd stoppen met borstvoeding en moeten daarom zowel prenataal als postnataal voldoende geïnformeerd en begeleid worden.
- Het risico om de borstvoeding vervroegd stop te zetten wanneer een zwangerschap tot stand is gekomen via een ART-behandeling is nog groter bij vrouwen die een sectio ondergingen. Bij deze vrouwen is extra aandacht voor (het voorkomen van) eventuele borstvoedingsproblemen noodzakelijk.
- Antenatale strategieën voor het reduceren van angst tijdens de zwangerschap en postnatale strategieën voor het verzekeren van consistent borstvoedingsadvies moeten worden uitgewerkt en getest.

6.3 Aandacht voor de man

Wanneer de mannelijke partner niet of nauwelijks betrokken wordt bij het verloop van een fertiliteitstraject en bij de zwangerschap, wordt hij gereduceerd tot louter verwekker – of misschien nog juister, tot zaaddonor, want technisch gezien heeft zijn lichaam de baby niet zelf kunnen verwekken. En hoewel het aspect van gameetdonatie in deze bachelorproef niet wordt behandeld, stellen we ons toch even de vraag welke rol de man dan zou krijgen toebedeeld indien er sprake is geweest van het gebruik van donorsperma?

Voor de vroedvrouw ligt hier uiteraard een belangrijk taak aangezien zij/hij het meest in contact komt met het koppel en daardoor ook de aangewezen persoon is voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Het betrekken van de man bij de prenatale controles faciliteert de psychosociale aanpassing van het koppel aan de voorafgaande periode van infertiliteit, en helpt hen zo bij de transitie naar het ouderschap.

Concreet betekent dit dat de vroedvrouw ook aan de man expliciet vraagt naar zijn ervaringen en emoties bij het doorstane traject en bij de zwangerschap. Daarnaast kan het betrekken van de man (*i.e.* informeren, aandacht hebben voor de aanwezigheid van zijn persoon) bij de prenatale controles ertoe bijdragen dat hij bevestigd wordt in zijn vaderrol, eerder dan dat hij zichzelf louter zou beschouwen als verwekker.

6.4 Ruimte creëren voor het uiten van negatieve gedachten en emoties

De idee dat het niet gepast is om te klagen over de zwangerschap of het ouderschap na een ART-behandeling, ontstaat wellicht doordat (toekomstige) ouders vrezen dat zorgverleners of hun sociale omgeving hen als ondankbaar zouden kunnen beschouwen. Wanneer de vroedvrouw tracht te vermijden dat schuldgevoelens ontstaan of gevoelens van dankbaarheid onnodig worden gestimuleerd, creëert dit ruimte voor het uiten van negatieve gedachten en gevoelens.

In dit opzicht is het van belang om vrouwen en koppels er al vroeg attent op te maken dat een succesvol ART-traject niet noodzakelijk betekent dat ze gespaard zullen blijven van negatieve emoties, ook al hebben ze lang en intens uitgekeken naar een baby. Bovendien kunnen lichamelijke ongemakken opduiken die een vooraf niet in te schatten invloed kunnen hebben op de fysieke én psychologische beleving van de zwangerschap. Het promoten van *realistische* verwachtingen naar zwangerschap en ouderschap toe en het nagaan of er voldoende sociale steun is en blijft, zowel tijdens behandeling, zwangerschap als postpartum, is daarom een belangrijke taak voor de vroedvrouw.

Ook moet er aandacht zijn voor de *reële* gevoelens van ouders bij het prille ouderschap. De vroedvrouw heeft hierbij als taak om expliciet te vragen naar de aanwezigheid van bepaalde problemen of bezorgdheden die mogelijk worden verzwegen of verbloemd.

Misschien kunnen we wel zo ver gaan om te stellen dat vrouwen en koppels met een voorgeschiedenis van infertiliteit en ART per definitie beschouwd moeten worden als een risicopopulatie voor het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen in het postpartum (Listijono, et al., 2014). Niet zozeer omwille van de infertiliteit en ART-behandeling op zich, maar wel omwille van factoren hieraan gelinkt, zoals bijvoorbeeld de duur van de infertiliteit en de wijze waarop hiermee werd omgegaan of de aanwezigheid van bepaalde relationele elementen en persoonlijkheidskenmerken. Meer onderzoek is nodig om deze risicofactoren te definiëren, al kan de vroedvrouw hier wel reeds een verschil maken door standaard de voorgeschiedenis van kinderwens en infertiliteit te bevragen bij de begeleiding van een ART-zwangerschap. Ook het zo nodig toepassen van strategieën die kunnen leiden tot het verminderen van angst, het verhogen van het zelfvertrouwen en het bevorderen van een gezonde ouder-kind relatie is een taak van de vroedvrouw die in de verschillende fasen van het ART- en perinataal traject de kans op latere emotionele problemen kan beperken.

6.5 Vermijden van therapeutische hardnekkigheid

“Het kan dus het moet?” is een vraag die zorgverleners/vroedvrouwen binnen een fertiliteitscentrum zich moeten blijven stellen (Dehaene, 1996). Bij twijfel over de motivatie of draagkracht om een ART-behandeling op te starten of verder te zetten, is het de taak van de vroedvrouw om dit gesprek met de cliënt aan te gaan en zo nodig deze twijfels kenbaar te maken aan gespecialiseerde zorgverleners.

Dit is geen eenvoudige opdracht. De technische mogelijkheden bestaan nu eenmaal én in België heeft men recht op 6 terugbetaalde ART-cycli. Het niet ten volle gebruik maken van alle beschikbare middelen, zou vrouwen en koppels met een fertiliteitsproblematiek het gevoel kunnen geven dat ze het niet kunnen vervullen van hun kinderwens aan zichzelf te danken hebben en dit mag in geen geval gebeuren. De vroedvrouw kan er mee voor proberen te zorgen dat een ART-behandeling wordt gezien als een bijzondere kans om ouder te kunnen worden van een biologisch kind, maar waarbij terzelfdertijd wordt stilgestaan bij het feit dat de kans op slagen beperkt is. Het samen blijven nadenken over een zinvolle invulling van de toekomst, met of zonder kinderen, is een taak die de vroedvrouw mee op zich kan nemen.

Ook bij de verdere begeleiding na conceptie via een ART-behandeling, zowel pre- als postnataal, moeten vroedvrouwen zich bewust zijn dat dit medisch succes misschien niet even positief wordt beleefd door de vrouw en/of haar partner. Voor sommigen van hen zal het nodig zijn om terug te leren omgaan met een normaal leven, waarin niet alles in het teken staat van een vruchtbaarheidsbehandeling, waarin ze terug een belangeloze seksuele relatie moeten kunnen opbouwen én waar ze bovendien niet langer enkel 'partner' maar ook 'ouder' zijn. Ze kunnen geconfronteerd worden met behoeften waarvan ze dachten dat deze zouden verdwijnen met het ongedaan maken van hun kinderloosheid. De vroedvrouw kan een rol spelen bij het opsporen van deze behoeften en bij het aanbieden van mogelijkheden om deze te verhelpen (peer support, relatietherapie, psychotherapie). Bovendien moeten vroedvrouwen bij de begeleiding van een ART-zwangerschap op de hoogte zijn van het traject dat hun cliënten achter de rug hebben en moeten ze zich ervan bewust zijn dat een groot aantal mislukte ART-cycli een risicofactor is voor het ontwikkelen van emotionele problemen (Monti, et al., 2015).

7 CONCLUSIE

De huidige ESHRE richtlijnen omtrent psychosociale zorg bij vrouwen/koppels die zwanger zijn na ART zijn eerder beperkt. Nochtans blijkt zowel in de literatuur als in de praktijk evidentie te bestaan dat er wel degelijk nood is aan specifieke aanbevelingen om optimale psychosociale zorg bij deze patiëntengroep te garanderen. Op basis van de bevindingen van deze literatuurstudie kunnen we een aanzet formuleren voor het opvullen van een aantal hiaten in de huidige aanbevelingen naar pre- en postnatale zorg.

Het samen doorstaan van een intensief ART-traject biedt geen bescherming voor de relationele uitdagingen die verbonden zijn aan het ouderschap. Het bevorderen van een goede communicatie tussen de partners onderling kan leiden tot een vlottere 'transition to parenthood' en vermindert zo de kans op het ontstaan van problemen bij het prille ouderschap. Een goede communicatie kan enkel ontstaan wanneer beide partners voldoende betrokken zijn. Het is daarom noodzakelijk dat gedurende het ART-traject en daarna ook specifieke aandacht wordt verleend aan de man, niet enkel met het oog op de partnerrelatie maar terzelfdertijd voor het bevestigen van zijn vaderrol en om hem de kans te geven eventuele emotionele problemen of bezorgdheden te bespreken.

Creëren van realistische verwachtingen naar zwangerschap, postpartum en ouderschap zorgt ervoor dat vrouwen en koppels beter bestand zijn tegen de normale fysieke of emotionele problemen en ongemakken waarmee ze te maken kunnen krijgen. Extra aandacht voor een goede preconceptionele en prenatale voorbereiding naar zwangerschap, bevalling en postpartum én een consistente postnatale begeleiding, zeker bij de borstvoeding, is daarom van wezenlijk belang.

De overgang van het fertiliteitscentrum naar de standaard prenatale zorg blijkt voor veel vrouwen en koppels een ervaring die met paradoxale gevoelens gepaard gaat. Zowel in het fertiliteitscentrum als bij de verdere opvolging moet daarom aandacht besteed worden aan degelijke transitionele zorg.

We kunnen eindigen met te stellen dat het streven naar patiëntgerichte reproductieve geneeskunde, zowel tijdens als na de fertiliteitsbehandeling en zowel bij de vrouw als bij haar partner, het voornaamste doel moet zijn van alle betrokken zorgverleners. Een centrale en

steeds belangrijker wordende rol hierin is weggelegd voor de vroedvrouw. Om vroedvrouwen de mogelijkheid te geven tot het verlenen van 'evidence-based care' aan deze groeiende patiëntenpopulatie, zou het verwerven van kennis over de psychosociale aspecten en impact van infertiliteit en zwangerschap na een ART-traject een doelstelling moeten zijn binnen de opleiding. Grootschalige opvolgstudies met een kwalitatief design zijn nodig voor het definiëren van mogelijke risicofactoren die kunnen leiden tot emotionele problemen tijdens zwangerschap, postpartum en ouderschap, zodat vroedvrouwen preventief kunnen handelen en zo nodig tijdig kunnen ingrijpen of kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp.

8 BIBLIOGRAFIE

- Allan, H. T., & Finnerty, G. (2009). Motherhood following successful infertility treatment. In B. Hunter, & R. Deery, *Emotions in midwifery and reproduction* (pp. 125-139). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Barnes, M., Roiko, A., Reed, R., Williams, C., & Willcocks, K. (2013). Experiences of birth and breastfeeding following assisted conception. *Breastfeeding Review*, 21(1): 9-15.
- Bergum, V. (1997). *A child on her mind. The experience of becoming a mother*. Westport: J F Bergin & Garvey.
- Cockx, J. (2015). *Een kind gekregen: een empirisch praktisch-theologisch onderzoek over spiritualiteit van Vlaamse heteroseksuele koppels tijdens de perinatale periode*. (Proefschrift, K.U.Leuven, België).
- Cromi, A., Serati, M., Candeloro, I., Uccella, S., Scandroglio, S., Agosti, M., & Ghezzi, F. (2015). Assisted reproductive technology and breastfeeding outcomes: a case-control study. *Fertility and Sterility*, 103(1): 89-94.
- Darwiche, J., Maillard, F., Germond, M., Favez, N., Lancaster, D., de Roten, Y., . . . Despland, J.-N. (2013). The transition of care from fertility specialists to obstetricians: maternal adjustment and postpartum depressive symptoms. *Women's Health*, 9(1): 109-118.
- De Pascalis, L., Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Fagandini, P., & La Sala, G. B. (2012). A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(3): 216-219.
- Dehaene, T. (1996). Op elke vraag een antwoord? Een ethische kijk op het omgaan met hulpvragen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*.
- Devlieger, R., Martens, E., Martens, G., Van Mol, C., & Cammu, H. (2016). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2015*. Brussel: SPE.
- Dicheva, D. (2015, November 30). *Transition to parenthood: What happened to me?* Geraadpleegd op 30 november 2015 via <http://www.developmentalscience.com/blog/2015/11/30/the-transition-to-parenthood-what-happened-to-me>
- Dornelles, L. M., MacCallum, F., Lopes, R. d., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2014). 'Living each week as unique': Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*, 30(3): e115-e120.
- Dutney, A. B. (2007). Religion, infertility and assisted reproductive technology. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(1): 169-180.
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., & Ali, B. B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing

- infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2): 185-189.
- ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group. (2015). *Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff*. Grimbergen, Belgium: ESHRE.
- Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2012a). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 14(1): 121-129.
- Fisher, J. R., Rowe, H., & Hammarberg, K. (2012b). Admissions for early parenting difficulties among women with infants conceived by assisted reproductive technologies: a prospective cohort study. *Fertility and Sterility*, 97(6): 1410-1416.
- Fisher, J., Hammarberg, K., Wynter, K., McBain, J., Gibson, F., Boivin, J., & McMahon, C. (2013). Assisted conception, maternal age and breastfeeding: an Australian cohort study. *Acta Paediatrica*, 102(10): 970-976.
- French, L. R., Debbie, S. J., & Turner, K. M. (2015). Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638): e570-e577.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., . . . Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11): 2476-2485.
- Gameiro, S., Nazaré, B., Fonseca, A., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. (2011). Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, 96(6): 1457-1462.
- Glover, L., Abel, P. D., & Gannon, K. (1998). Male subfertility: is pregnancy the only issue? *British Medical Journal*, 316(7142): 1405-1406.
- Guedeney, A., & Tereno, S. (2010). Transition to parenthood. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox, *Parenthood and mental health - A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 171-179). UK: Wiley-Blackwell.
- Hammarberg, K., Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2011). Breastfeeding after assisted conception: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 100(4): 529-533.
- Hammarberg, K., Fisher, J., & Rowe, H. (2008). Women's experiences of childbirth and post-natal healthcare after assisted conception. *Human Reproduction*, 23(7): 1567-1573.
- Hammarberg, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2009). Early post-partum adjustment and admission to early parenting services in Victoria, Australia after assisted conception. *Human Reproduction*, 24(11): 2801-2809.

- Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Milne, E., de Klerk, N., & Bower, C. (2013). Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 19(4): 330-353.
- Hewitt, M., & Ganz, P. (2006). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington, DC, USA: National Academies Press.
- Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., Warmbsby, H., Matthiesen, A.-S., & Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(2): 152-161.
- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37: 177-196.
- Korja, R., Nolvi, S., Grant, K., & McMahon C. (2017). The relations between maternal prenatal anxiety or stress and child's early negative reactivity or self-regulation: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, doi: 10.1007/s10578-017-0709-0.
- Kringeland, T., Daltveit, A. K., & Moller, A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4): 364-371.
- Kunseler, F. (2015). *A longitudinal and experimental analysis of the transition to parenthood: Explaining parenting self-efficacy, anxiety symptoms, and depressive symptoms* (Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam, Nederland).
- Levin, J. S. (1991). The factor structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4): 368-381.
- Listijono, D. R., Mooney, S., & Chapman, M. (2014). A comparative analysis of postpartum maternal mental health in women following spontaneous or ART conception. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(2): 51-54.
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., van Teijlingen, E., & Angell, C. (2016). "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy and Childbirth*, DOI 10.1186/s12884-016-0827-x.
- Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4): 466-478.
- McGrath, J. M., Samra, H. A., Zukowsky, K., & Baker, B. (2010). Parenting after infertility: issues for families and infants. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(3): 156-164.
- McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4): 997-1005.

- Michels, K. A., Mumford, S. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Bello, S. C., & Yeung, E. H. (2016). Differences in infant feeding practices by mode of conception in a United States cohort. *Fertility and Sterility*, 105(4): 1014-1022.
- Modh, C., Lundgren, I., & Bergbom, I. (2011). First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(2).
- Monti, F., Agostini, F., Paterlini, M., Andrei, F., De Pascalis, L., Palomba, S., & La Sala, G. B. (2015). Effects of assisted reproductive technology and of women's quality of life on depressive symptoms in the early postpartum period: a prospective case-control study. *Gynecological Endocrinology*, 31(5): 374-378.
- Paulson, R. (2016). *Pregnancy outcome after assisted reproductive technology*. Geraadpleegd op 21 november 2016 via <http://www.uptodate.com/contents/pregnancy-outcome-after-assisted-reproductive-technology>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5): 1759-1763.
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2013). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1): 76-82.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Punamaki, R.-L., Unkila-Kallio, L., Flykt, M., Vilska, S., . . . Tiitinen, A. (2014). Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: a prospective multicenter study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(9): 880-887.
- Raguz, N., McDonald, S. W., Metcalfe, A., O'Quinn, C., & Tough, S. C. (2014). Mental health outcomes of mothers who conceived using fertility treatment. *Reproductive Health*, 11(1): 19.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1): 61-66.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4): 333-345.
- Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4): 370-374.
- Ross, L. E., McQueen, K., Vigod, S., & Dennis, C.-L. (2011). Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 17(1): 96-106.

- Rutstein, S. O., & Shah, I. H. (2004). *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative reports No. 9*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and the World Health Organization.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Schotsmans, P. (2010). In Vitro Fertilisatie (IVF) in een personalistisch kader. Of waarom een katholiek ethicus de Nobelprijs Geneeskunde voor Robert Edwards kan toejuichen... *Ethische Perspectieven*, doi: 10.2143/EPN.20.4.2061188.
- Step toe, P. C., & Edwards, R. G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*, 2(8085): 366.
- The Harbin Consensus Conference Workshop Group. (2014). Improving the reporting of clinical trials of infertility treatments (IMPRINT): modifying the CONSORT statement. *Human Reproduction*, 2075-2082.
- van Balen, F., Naaktgeboren, N., & Trimbos-Kemper, T. (1996). In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 11(1): 95-98.
- Warmelinck, C. J., Adema, W., Pranger, A., & de Cock, P. T. (2016a). Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1): 12-20.
- Warmelink, C. J., Meijer, J. M., Mulder, N., Mulder, S., & van Lohuizen, M. T. (2016b). Perception of the psychosocial aspects of subfertility by parents following successful medically assisted conception: a qualitative study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6: 830-845.
- Warmelink, C. J., Stramrood, C. A., Paarlberg, M. K., Haisma, H. H., Vingerhoets, A. J., Weijmar Schultz, W. C., & van Pampus, M. G. (2012). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression following pregnancies conceived through fertility treatments. *The Journal of Reproductive Medicine*, 57(3-4): 115-122.
- World Health Organization en Unicef. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.
- Younger, M., Hollins-Martin, C., & Choucri, L. (2014). Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*, 31(2): 265-270.

9 BIJLAGEN

Bijlage 1: Samenvatting van de ESHRE guideline

“Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff”



Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff

SUMMARY

ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group

March 2015

Disclaimer

The European Society of Human Reproduction and Embryology (hereinafter referred to as 'ESHRE') developed the current clinical practice guideline to provide clinical recommendations to improve the quality of healthcare delivery within the European field of human reproduction and embryology. This guideline represents the views of ESHRE, which were achieved after careful consideration of the scientific evidence available at the time of preparation. In the absence of scientific evidence on certain aspects, a consensus between the relevant ESHRE stakeholders has been obtained.

The aim of clinical practice guidelines is to aid healthcare professionals in everyday clinical decisions about appropriate and effective care of their patients.

However, adherence to these clinical practice guidelines does not guarantee a successful or specific outcome, nor does it establish a standard of care. Clinical practice guidelines do not override the healthcare professional's clinical judgment in diagnosis and treatment of particular patients. Ultimately, healthcare professionals must make their own clinical decisions on a case-by-case basis, using their clinical judgment, knowledge, and expertise, and taking into account the condition, circumstances, and wishes of the individual patient, in consultation with that patient and/or the guardian or carer.

ESHRE makes no warranty, express or implied, regarding the clinical practice guidelines and specifically excludes any warranties of merchantability and fitness for a particular use or purpose. ESHRE shall not be liable for direct, indirect, special, incidental, or consequential damages related to the use of the information contained herein. Whereas ESHRE makes every effort to compile accurate information and to keep it up-to-date, it cannot, however, guarantee the correctness, completeness, and accuracy of the guideline in every respect. In any event, these clinical practice guidelines do not necessarily represent the views of all clinicians that are members of ESHRE.

The information provided in this document does not constitute business, medical, or other professional advice, and is subject to change.

LIST OF ALL RECOMMENDATIONS

Psychosocial care in fertility clinics: patients' preferences

WHICH ASPECTS AND COMPONENTS OF PSYCHOSOCIAL CARE ARE IMPORTANT TO PATIENTS?

Staff characteristics

Fertility staff should be aware that patients value

- how staff relate to them.(A)
- staff showing understanding and paying attention to the emotional impact of infertility.(A)
- that both partners are involved in the treatment process.(A)
- being involved in decision-making.(A)
- receiving psychosocial care from sensitive and trustworthy staff members.(A)
- receiving attention to their distinct needs related to their medical history.(B)

Clinic characteristics

Fertility staff should be aware that patients value

- minimal waiting times, not being hurried in medical consultations, and continuity of care.(A)
- the professional competence of fertility staff and receiving personalized care.(A)
- the provision of opportunities for contact with other patients.(A)
- being in a clinic dedicated to infertility care.(A)
- the offer of specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy) before, during, and after IVF treatment.(B)

The guideline development group recommends fertility staff to be aware that

- patients expressing a need for emotional support value the offer of specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)
- patients may value the presence of a chaperone during medical examinations.(GPP)
- men value rooms designated for producing sperm samples.(GPP)

Psychosocial care components

Fertility staff should be aware that patients value

- written treatment-relevant information.(C)
- explanations about treatment results and treatment options.(C)
- understandable and customized (i.e., personally relevant) treatment information.(C)
- the provision of information about psychosocial care options (e.g., contact details of support groups, online support options, access to infertility counselling, or psychotherapy).(B)

Fertility staff should be aware that IVF patients equally prefer in-person or telephone consultation to discuss their treatment results and future plans.(C)

Psychosocial care in fertility clinics: patient well-being

WHICH CHARACTERISTICS OF FERTILITY STAFF AND CLINICS ARE ASSOCIATED WITH PATIENTS' WELL-BEING?

Staff and clinic characteristics

Fertility staff should be aware that

- receiving patient-centred care is associated with better patient well-being.(C)
- positive staff characteristics (communication, respect, competence, involvement, and information) are associated with better patient well-being.(C)
- positive clinic characteristics (information, competence of clinic and staff, and continuity) are associated with better patient well-being.(C)

WHICH INTERACTIVE AND SELF-ADMINISTERED INTERVENTIONS ARE ASSOCIATED WITH PATIENTS' WELL-BEING?

Interactive interventions

Fertility staff should be aware that offering the currently available interactive complex interventions* is not likely to affect patient individual and relational well-being.(B)

Self-administered interventions

Fertility staff should provide preparatory information about diagnostic procedures because it decreases infertility-specific anxiety and stress.(C)

Fertility staff should be aware that

- tailored online psycho-educational interventions may improve infertility-specific stress and self-efficacy, and the sexual and social concerns of particular groups of patients.(C)
- providing IVF patients with access to an internet-based personal health record is not likely to promote their emotional well-being (depression, anxiety, and self-efficacy).(C)

**Complex interventions integrate several psychosocial components (e.g., information provision, training in coping, or relaxation strategies) (Craig, et al., 2008).*

BEFORE TREATMENT

WHAT ARE THE NEEDS OF PATIENTS BEFORE TREATMENT?

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should be aware that

- one in 10 patients referred for fertility treatment chooses not to start treatment.(C)
- the reasons patients state for not starting any type of recommended fertility treatment are: rejection of treatment (due to ethical objections, concerns about and lack of interest in treatment), personal reasons, relational problems, financial issues, and psychological burden of treatment.(B)
- the reasons patients on the waiting list to start ART treatment state for not starting recommended ART treatment are: relational problems, psychological burden of treatment, personal reasons, clinic-related problems, and financial issues.(B)
- a considerable number of patients have lifestyle behaviours that may negatively affect their general and reproductive health.(C)

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that

- patients starting first-line or ART treatments do not have worse marital and sexual relationships than the general population.(B)
- patients in fertility workup do not present higher prevalence rates of sexual dysfunctions than the general population.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- before the start of IVF treatment, patients are not more depressed than the general population or matched controls.(B)
- evidence about whether before the start of a first IVF cycle patients are more anxious (state and trait anxiety) than the general population is inconsistent.(B)
- before first-line or ART treatment, women do not show more psychiatric disorders or general psychopathology than the general population.(C)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

-

- indicates the absence of recommendations for this aspect of psychosocial care.

HOW CAN FERTILITY STAFF DETECT THE NEEDS OF PATIENTS BEFORE TREATMENT?

GENERAL RECOMMENDATION

The guideline development group recommends that fertility staff

- offer patients the opportunity to have their needs assessed and be informed about their emotional adjustment before the start of treatment.(GPP)
- use the tools listed in Appendix 2 when assessing patients' needs.(GPP)

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should

- be aware that currently there are no reliable pre-treatment tools or predictors to identify patients who are not likely to start recommended fertility treatment.(B)
- not assume that patients fully self-report on risk factors for reduced fertility (e.g., eating disorders).(C)
- be aware that risk factors (e.g., smoking, alcohol use, and diet) for reduced fertility can be assessed with self-administered online tools.(C)

The guideline development group recommends that fertility staff consider explicitly screening risk factors (e.g., drug use, eating disorders) for reduced fertility.(GPP)

Relational and social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that

- women experience higher social and sexual infertility-specific stress than men.(C)
- the ways patients deal with their fertility problems are associated with infertility-specific relational and social distress:
 - The use of meaning-based coping (e.g., thinking about the fertility problem in a positive light, finding other goals in life) seems to be associated with lower fertility-specific marital and social distress.
 - The use of avoidance coping strategies (e.g., avoiding being among pregnant women) seems to be associated with higher fertility-specific marital and social distress.(C)
- in couples, the way one partner reacts to the infertility condition/diagnosis is associated with how the other partner reacts.(C)
- couples who have different views on the importance of parenthood and social concerns may show lower relationship satisfaction than those who have similar views.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- women have higher levels of depression and infertility stress than men.(C)
- patients with a lower occupational status experience higher infertility stress and anxiety than patients with a medium or high occupational status.(C)
- women whose partner has male factor infertility experience higher anxiety than women with female factor, mixed, or unexplained infertility, whereas type of infertility diagnosis is not related to depression.(C)
- the way patients deal with their fertility problems is associated with their infertility distress:
 - The use of passive coping (e.g., rumination, withdrawal) seems to be associated with higher levels of infertility distress.
 - The use of active coping (e.g. goal-oriented problem-solving, thinking rationally about the problem) seems to be associated with lower infertility distress.(C)

Fertility staff should be aware that

- **individuals who perceive their partner to be available and responsive experience lower infertility stress than individuals who perceive their partner to be avoidant and non-responsive.(C)**
- **in couples, each partner's depressive symptoms are associated with their own and their partner's infertility-specific distress.(C)**
- **the SCREENIVF is an infertility-specific validated tool designed to be used before the start of treatment, to assess risk factors for emotional problems after a treatment cycle.(B)**

The guideline development group recommends that fertility staff use the SCREENIVF before the start of each treatment cycle to assess patients' risk factors for emotional problems after the cycle.(GPP)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

-

- indicates the absence of recommendations for this aspect of psychosocial care.

HOW CAN FERTILITY STAFF ADDRESS THE NEEDS OF PATIENTS BEFORE TREATMENT?

GENERAL RECOMMENDATION

The guideline development group recommends that fertility staff refer patients at risk of experiencing clinically significant psychosocial problems to specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should

- provide preparatory information about medical procedures because it promotes compliance.(B)
- be aware that weight-loss programmes based on diet and exercise offered pre-ART treatment may be effective in reducing weight and body mass index (BMI).(B)

The guideline development group recommends that fertility staff

- consider providing patients with information about lifestyle behaviours that may negatively affect their general and reproductive health.(GPP)
- support patients in changing lifestyle behaviours that negatively affect their general and reproductive health, as well as their chances of treatment success.(GPP)

Relational and social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

The guideline development group recommends that fertility staff

- offer additional psychosocial care to patients at risk of experiencing increased infertility-specific relational and social distress. (GPP)
- actively involve both partners of the couple in the diagnosis and treatment process.(GPP)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should provide preparatory information about medical procedures because it decreases infertility-specific anxiety and stress.(C)

The guideline development group recommends that fertility staff

- refer patients identified by the SCREENIVF as being at risk of emotional problems to specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)
- actively involve both partners of the couple in the diagnosis and treatment process.(GPP)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

Fertility staff should provide preparatory information about medical procedures because it increases patient knowledge.(C)

DURING TREATMENT

WHAT ARE THE NEEDS OF PATIENTS DURING TREATMENT?

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should be aware that

- around 1 in 12 patients and 1 in 5 patients do not comply with first-line and ART treatment, respectively.(A)
- the reasons patients state for discontinuing recommended first-line treatment are: postponement of treatment (i.e., stopping treatment for at least 1 year), logistics and practical reasons, rejection of treatment, perception of poor prognosis, and the psychological burden of treatment.(A)
- the reasons patients state for discontinuing recommended treatment after one failed IVF/ICSI cycle are: financial issues, the psychological and physical burdens of treatment, clinic-related reasons and organizational problems, postponement of treatment (or unknown), and relational problems.(A)
- the reasons patients state for discontinuing a recommended standard ART treatment programme of three consecutive cycles are: postponement of treatment, the psychological burden of treatment, the physical and psychological burdens of treatment, and personal problems.(A)

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that

- relational satisfaction of patients does not change from before they start an IVF/ICSI cycle to after the pregnancy test.(B)
- women report more intimacy with their partner during an IVF/ICSI cycle than during a normal menstrual cycle, in particular at the retrieval and transfer days of the cycle.(B)
- women experience lower sexual satisfaction after the pregnancy test than before the start of an IVF/ICSI cycle.(B)
- women report lower social support from significant others in the period between the oocyte retrieval and the embryo transfer of an IVF/ICSI cycle than during the equivalent period in a normal menstrual cycle.(B)
- during an IVF/ICSI cycle, 6 in 10 patients report treatment-related absences from work and, on average, patients miss 23 h of work.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- patients' emotional stress fluctuates during an IVF/ICSI cycle, with peaks at the oocyte retrieval, the embryo transfer, and the waiting period before the pregnancy test.(B)
- women's positive affect decreases during an IVF/ICSI cycle.(B)
- anxiety and stress are higher when patients are anticipating results (e.g., in the waiting period before the pregnancy test, between oocyte retrieval and embryo transfer).(B)
- patients experience high emotional distress when they are informed that the treatment was unsuccessful.(B)
- when they are informed that the treatment was unsuccessful, 1 to 2 in 10 women experience clinically significant levels of depressive symptoms.(B)
- after receiving the pregnancy test for their IVF/ICSI treatment, 1 in 4 women and 1 in 10 men have a depressive disorder. One in 7 women and 1 in 20 men have an anxiety disorder.(B)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

Fertility staff should be aware that patients report moderate to high concerns about achieving pregnancy with a healthy live birth, that do not decrease across treatment.(C)

HOW CAN FERTILITY STAFF DETECT THE NEEDS OF PATIENTS DURING TREATMENT?

GENERAL RECOMMENDATION

The guideline development group recommends the fertility staff use the tools listed in Appendix 2 when assessing patients' needs.(GPP)

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should be aware that currently there are no reliable tools or predictors to identify patients not likely to comply with recommended treatment.(B)

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that

- at the start of ovarian stimulation, at oocyte retrieval, and after the pregnancy test, men report lower perceived support than women.(C)
- men report higher social isolation than women during an IVF/ICSI treatment cycle.(C)
- patients with lower education level or physical or emotional complaints due to IVF/ICSI may take more treatment-related hours off work.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- women are more likely to experience anxiety, depression, stress, and/or psychiatric morbidity than men.(B)
- the number of previous treatment cycles is not associated with depression, anxiety, or incidence of psychiatric disorders for men and women undergoing treatment.(C)
- patients undergoing mild stimulation IVF/ICSI (as opposed to standard stimulation) are more likely to experience negative emotional reactions at oocyte retrieval but less likely to experience these reactions during hormonal stimulation and after a treatment cycle cancellation or failure.(C)
- patients with a previous history of vulnerability to mental health disorders are more likely to experience depression, anxiety, and/or psychiatric morbidity during treatment.(C)
- the ways women deal with their fertility problems are associated with infertility-specific distress;
 - The use of avoidant coping (e.g., avoiding being amongst pregnant women) is associated with higher infertility-specific distress.
 - The use of emotional expressive coping (e.g., expressing feelings to significant others) is associated with lower infertility-specific distress.(C)
- patients with low acceptance of infertility and childlessness are more likely to experience anxiety and depression when they are informed that the treatment was unsuccessful.(C)
- patients who experience high helplessness regarding infertility and its treatment are more likely to experience anxiety and depression when they are informed that the treatment was unsuccessful.(C)
- in couples, the way one partner reacts to infertility and its treatment is associated with how the other partner reacts.(C)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

Fertility staff should be aware that currently there are no reliable methods or information about predictors of the concerns patients have about treatment.(C)

HOW CAN FERTILITY STAFF ADDRESS THE NEEDS OF PATIENTS DURING TREATMENT?

GENERAL RECOMMENDATION

The guideline development group recommends that fertility staff refer patients at risk of experiencing clinically significant psychosocial problems to specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition and compliance)

The guideline development group recommends that fertility staff offer patients the opportunity to discuss uptake or not of recommended treatment and receive decisional support to deliberate their choice.(GPP)

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that

- offering the currently available interactive complex interventions* is not likely to improve patient interpersonal relationships or sexual concerns.(B)
- providing IVF/ICSI-patients with access to an internet-based personal health record is not likely to improve their social support.(B)

The guideline development group recommends that fertility staff

- offer additional psychosocial care to patients with specific characteristics associated with social isolation or absence from work.(GPP)
- actively involve both partners of the couple in the treatment process.(GPP)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- offering the currently available complex interventions* is not likely to improve patients' depression levels.(B)
- providing IVF/ICSI-patients with access to an internet-based personal health record is not likely to improve their emotional well-being (anxiety, depression, and self-efficacy).(B)

The guideline development group recommends that fertility staff

- offer additional psychosocial care to patients with specific characteristics associated with negative emotional reactions.(GPP)
- actively involve both partners of the couple in the treatment process.(GPP)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

Fertility staff should be aware that providing IVF/ICSI-patients with access to an internet-based personal health record is not likely to increase their knowledge about infertility and its treatment.(B)

The guideline development group recommends that fertility staff offer patients the opportunity to discuss and clarify their treatment related concerns.(GPP)

*Complex interventions integrate several psychosocial components (e.g., information provision, continuity of care, training in coping, or relaxation strategies (Craig, et al., 2008).

AFTER TREATMENT

WHAT ARE THE NEEDS OF PATIENTS AFTER TREATMENT?

UNSUCCESSFUL TREATMENT

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

-

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that about 2 years after unsuccessful IVF/ICSI treatment patients are generally satisfied with their marital relationship.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

-

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

-

PREGNANCY AFTER TREATMENT

Behavioural needs

(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)

Fertility staff should be aware that women who achieve pregnancy with fertility treatment practice lifestyle behaviours that are similar to women who conceive spontaneously.(C)

Relational/social needs

(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)

Fertility staff should be aware that the way patients relate to their foetus is similar whether the foetus is conceived with ART treatment or spontaneously.(C)

Emotional needs

(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)

Fertility staff should be aware that

- women who conceived with IVF/ICSI do not experience more symptoms of depression, worse self-esteem or worse mental health during pregnancy than women who conceive spontaneously.(A)
- women who conceived with IVF/ICSI may experience more pregnancy-specific anxiety than women who conceived spontaneously.(B)

Cognitive needs

(knowledge and concerns)

Fertility staff should be aware that women with multiple pregnancies after IVF/ICSI may have higher maternal expectations than women with spontaneous multiple pregnancies.(C)

- indicates the absence of recommendations for this aspect of psychosocial care.

HOW CAN FERTILITY STAFF DETECT THE NEEDS OF PATIENTS AFTER TREATMENT?

<p>GENERAL RECOMMENDATION</p> <p>The guideline development group recommends that fertility staff use the tools listed in Appendix 2 when assessing patients' needs.(GPP)</p>
<p>UNSUCCESSFUL TREATMENT</p> <p>Behavioural needs <i>(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)</i></p> <p>Fertility staff should be aware that former patients who remain childless 5 years after unsuccessful IVF/ICSI treatment may use more sleeping pills, smoke more often, and consume more alcohol than former patients that become parents via adoption, or spontaneously.(C)</p> <p>Relational/social needs <i>(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)</i></p> <p>Fertility staff should be aware that former patients that remain childless 5 years after unsuccessful IVF/ICSI treatment are three times more likely to separate than former patients that become parents via adoption, or spontaneously.(C)</p> <p>Emotional needs <i>(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)</i></p> <p>Fertility staff should be aware that</p> <ul style="list-style-type: none"> • women who remain childless 10 years after unsuccessful IVF/ICSI treatment are not more likely to develop psychiatric disorders than women of the same age who never underwent fertility treatment.(C) • women with a persistent desire for pregnancy 3 to 5 years after unsuccessful treatment may experience more anxiety and depression than women who find new life goals or women who become mothers.(C) <p>Cognitive needs <i>(knowledge and concerns)</i></p> <p>-</p>

<p>PREGNANCY AFTER TREATMENT</p> <p>Behavioural needs <i>(lifestyle behaviour, exercise, nutrition, and compliance)</i></p> <p>-</p> <p>Relational/social needs <i>(relationship with partner, family, friends and larger social network, and work)</i></p> <p>-</p> <p>Emotional needs <i>(depression, anxiety, stress/distress, psychopathology, psychiatric disorders, general well-being, quality of life, etc.)</i></p> <p>Fertility staff should be aware that</p> <ul style="list-style-type: none"> • women who experienced multiple failed ART cycles or high stress during treatment may be more likely to experience symptoms of anxiety during pregnancy.(C) • patients with multiple pregnancies after ART are not more likely to experience poorer mental health than patients with a single ART pregnancy.(C) <p>Cognitive needs <i>(knowledge and concerns)</i></p> <p>-</p>

- indicates the absence of recommendations for this aspect of psychosocial care.

HOW CAN FERTILITY STAFF ADDRESS THE NEEDS OF PATIENTS AFTER TREATMENT?

UNSUCCESSFUL TREATMENT

Behavioural - Relational/social - Emotional - Cognitive needs

The guideline development group recommends that fertility staff

- refer patients who, when ending unsuccessful treatment, experience or are at risk of experiencing (in the short or long term) clinically significant psychosocial problems to specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)
- offer additional psychosocial care to patients who, when ending unsuccessful treatment, are at risk of increased infertility-specific psychosocial distress.(GPP)
- offer patients the opportunity to discuss the implications of ending unsuccessful treatment.(GPP)

PREGNANCY AFTER TREATMENT

Behavioural - Relational/social - Emotional - Cognitive needs

The guideline development group recommends that fertility staff

- refer patients who experience or are at risk of experiencing clinically significant psychosocial problems after successful treatment to specialized psychosocial care (infertility counselling or psychotherapy).(GPP)
- offer additional psychosocial care to patients at risk of increased infertility-specific psychosocial distress after successful treatment.(GPP)
- offer patients the opportunity to discuss their worries about pregnancy achieved with fertility treatment.(GPP)

Reference

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council G. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* 2008;**337**: a1655.

CONCLUSIONS AND CONSIDERATIONS

The evidence reviewed for the development of this ESHRE Guideline provides clear guidance for the incorporation of psychosocial care in routine fertility care.

- 1. Patients have clear preferences about the psychosocial care they receive at fertility clinics. Fertility staff should be aware of these preferences and consider addressing them.**

Patients value the contact with sensitive and empathic staff members who provide support for their individual needs, pay attention to the emotional impact of infertility, and involve both partners in the treatment process and all related decision-making.

Patients also value that fertility clinics ensure the professional competence of their staff members, minimal waiting times, continuity of care, and the opportunity to contact other patients and to access specialized mental health services in case of need.

The available evidence about the different psychosocial components that patients value is limited to information provision. It shows that patients value receiving written customized information about treatment options and explanations of results, as well as available psychosocial support options.

Further steps were taken to investigate whether these different aspects of psychosocial care have an actual impact on patient emotional well-being. Cross-sectional research showed that the different staff and clinic characteristics that patients value are indeed associated with higher emotional well-being. Information provision, in particular the provision of preparatory information, decreases patient infertility-specific anxiety and stress. In addition, tailored online psycho-educational interventions also improve the emotional well-being of specific groups of patients, for instance, highly distressed patients.

- 2. The needs of patients vary across treatment stages and therefore psychosocial support should be tailored accordingly. Fertility staff must be informed about the specific needs that patients experience at different treatment stages.**

Before treatment, patients' needs seem to be mainly related to behaviours that do not optimize their chances of pregnancy, namely non-compliance with recommended treatment and unhealthy lifestyle behaviour.

During treatment, patients have multiple needs. At the behavioural level, 1 in 12 patients do not start treatment and 1 in 5 patients do not comply with recommended treatment. At the relational level, women may lack adequate support from significant others and are absent from work due to treatment. Emotional and cognitive needs are related to the uncertainty about the outcome of treatment, and tend to peak just before the oocyte retrieval, embryo transfer, and the pregnancy test. Finally, patients experience intense distress when treatment is unsuccessful.

During pregnancy, the needs of previously infertile patients do not seem to differ from those of couples who conceived spontaneously. The most significant issue to highlight is that they tend to be more anxious about their pregnancy, especially when they underwent repeated treatment cycles that were perceived as very stressful.

The needs of patients who experienced **unsuccessful fertility treatment** are not documented. There are indications that individuals who were childless before treatment and therefore remain childless after treatment present worse emotional well-being than individuals with children.

3. Some patients are more vulnerable to the demands of treatment and therefore need additional psychosocial support. Fertility staff must be aware of specific patient characteristics that indicate a risk of experiencing increased needs or problems before, during, or after fertility treatment.

Certain patient characteristics are associated with or predictive of specific psychosocial needs or problems. These are described in Table II.1. Fertility staff must be aware of these patient characteristics and of the specific needs they predict.

Fertility staff should also use valid infertility-specific or generic assessment tools to assess patient needs. Appendix 2 of the current guideline provides a list of valid tools that can be used by all fertility staff for the purpose.

Before the start of treatment, fertility staff can use the SCREENIVF to identify those patients at risk of developing emotional problems after receiving notice of the treatment outcome.

Table II.1. Specific patient characteristics that indicate a risk of experiencing increased needs or problems before, during, or after the treatment period.

Needs	Before treatment	During treatment	After treatment	
			Pregnancy	Unsuccessful
Behavioural				Being childless.
Relational and social	Being a woman and using avoidance coping strategies. In couples, having different views about the importance of parenthood and infertility related social concerns.	Being a man, having lower educational level and having treatment-related physical or emotional complains.		Being childless.
Emotional	Being a woman, having lower occupational status and using passive coping strategies (e.g., rumination, withdrawal). In couples, having an avoidant and non-responsive partner and (for women) having a partner diagnosed with male factor infertility.	Being a woman, having a previous history of vulnerability to mental health disorders, having low acceptance of infertility and childlessness, experiencing high helplessness regarding infertility and its treatment, and using avoidance coping strategies.	Having undergone multiple ART cycles or experienced high stress during treatment and having a multiple pregnancy.	Being childless and sustaining a child-wish.
Cognitive				

Blank cells indicate no information.

4. *The most effective way to start incorporating psychosocial care in routine fertility care is by improving information at clinics.*

Providing preparatory information before the start of treatment increases compliance, reduces anticipatory anxiety and stress, and increases patient knowledge about treatment-related issues. Information provision is highly valued by patients and they have clear preferences about how they want to receive it.

Information should be provided in written format before the start of treatment, and it should be customized to the patient and should focus on treatment options and results, as well as available psychosocial support options. Immediate positive effects can be expected because preparatory information provision was shown to address multiple patient needs and to be highly valued by patients themselves. In addition, compared with other existing care components such as complex interventions or specialized mental health services, information provision should be fairly simple and feasible to implement and incorporate in routine care.

The GDG is confident that these four points summarize the way forward that fertility clinics should be aiming for. The recommendations listed in this document provide more detailed guidance on how to implement these measures. However, we are aware that the amount of guidance provided is limited. Indeed, several topics were found for which there is insufficient evidence to answer the key questions, in particular regarding efficient psychosocial interventions that staff can use to address patient needs and regarding the after treatment period. This is partly due to the absence of evidence from the primary research reviewed, on which the recommendations were based, and partly due to the methodological approach adopted in the review process.

Indeed, it has to be acknowledged that historically the field has not been focusing on the provision of routine psychosocial care by staff but on the specific tasks mental health professionals perform at fertility clinics, such as counselling and the validation of psychological interventions. In addition, it has mostly been focusing on optimizing patients' treatment experience but has neglected to some extent to consider that there is still a responsibility to support patients managing the implications of (successful or unsuccessful) treatment.

Furthermore, the available research is highly heterogeneous and lacks operational definitions and precision. For instance, well-being measures and risk factors considered in studies varied from anxiety and depression to optimism, self-efficacy, coping, etc., and were used interchangeably with no theoretical consideration of how they were expected to be related. Other methodological limitations of the research reviewed were the lack of clarity about sampling methods, low response rates, use of non-validated psychological assessment tools, small sample sizes that do not allow for the detection of small effect sizes, etc. Research on specific issues, such as patient preferences, has mostly been developed using what are considered low-quality methods such as interviews, focus groups, or surveys. Low-quality studies (29/488, 6%) were excluded from guidelines because they did not meet the evidence grade (D) for guidelines. More effort should be given to improving quality in future psychosocial studies.

Finally, the GDG made several conceptual and methodological decisions that also imposed constraints on the eligible evidence. The scope of the guideline had to be narrow so that the evidence-based approach advocated in the *Manual for ESHRE Guideline Development* could be implemented in the 2-year time-span advised in the Manual. It should be noted, however, that 12 different PICO questions were defined and 12 full systematic reviews implemented, which included published and non-published available evidence from 1990 to April 2014. The need to achieve specificity in relation to patient needs and treatment stages also led to the necessity to impose artificial boundaries regarding eligible studies. For instance, studies based on heterogeneous samples of patients at different treatment stages were not included. Additional inclusion criteria adopted, such as the use of validated psychological measures to assess patient needs, resulted in further exclusions.

Overall, the GDG is confident that the recommendations described in the current ESHRE Guideline are based on the best available evidence published in the field from January 1990 to April 2014. The gaps in the guidance provided should therefore be considered as a roadmap to guide future research. In appendix 5, we summarize the main topics for future research within the field and provide conceptual and methodological advice for its implementation.