

# A termékenységi problémák/meddőség bio-pszichoszociális szemlélete

A Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézetének reprodukciós nehézségekkel (meddőséggel) foglalkozó kutató csoportja tagjaként céljaink között szerepel a női reprodukciós nehézségek (meddőség) pszichoszociális- és életmódbeli háttértényezőinek vizsgálata, valamint a termékenységet segítő életmódprogramok kidolgozása, a reprodukciós nehézségekkel küzdő nők mentálhigiénés állapotának javítását célzó módszerek, tréningek kidolgozása, annak érdekében, hogy a termékenységi problémával küzdő nők kívánt, vágyott gyermekei megszülethessenek.

Az Egészségügyi Világszervezet World Health Organization (WHO) definíciója szerint meddőségen azt értjük, amikor legalább 1 éven át tartó, védekezés nélküli szexuális élet ellenére sem jön létre a kívánt várandósság (Zegers-Hochschild és mtsai, 2009). A meddőség nemzetközi előfordulása 9-15% körül mozog és az érintetteknek körülbelül a fele (56%) vesz igénybe orvosi segítséget (Boivin és mtsai, 2007). Hazánkban a meddőség előfordulásának gyakorisága hasonló a nemzetközi arányokhoz (Török és Major, 2013). A demográfiai/szociológiai megközelítés fókuszában a termékenység alacsony mivoltának általános elemzése áll. A termékenység szociológiai fogalma egy adott térség bizonyos időszávról születésszáma-ra vonatkozik, amit a Teljes Termékenységi Arányszám (TTA) mutatója szemléltet. Magyarországon ez a mutató a 2010-es években 1,3 körül mozgott, amit a demográfusok „szuperalacsony termékenységnak” neveznek (Kapitány és Spéder, 2012). A legfrissebb eredmények alapján ez az érték 2017-ben 1,5 volt, vagyis emelkedő tendenciát mutat.

Ugyanakkor fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a kívánt és tervezett gyermekek száma nemcsak Európában, hanem Magyarországon is lényegesen magasabb a megszületettekhez képest (Kopp és Skrabski, 2006). A gyermekszám csökkenése jelentős mértékben összefügg a gyermekvállalás idejének kitolódásával (Liu és mtsai, 2011). A késői gyermekvállalás melletti döntés mögött olyan szociokulturális tényezők állhatnak, mint az oktatás egyre szélesebb körű elterjedése, az egyéni szakmai és karrierambíciók, a labilis munkaerő-piaci körülményeknek tulajdonítható egzisztenciális bizonytalanság, valamint a családról vagy a párkapcsolatról vallott értékrend megváltozása (Kapitány és Spéder, 2015). Egyfajta „reproduktív 22-es csapdája”

állhat fenn, ami egyfelől magában foglalja a gyermekvállalással kapcsolatos felelős szülői magatartás társadalmi kívánalmát (beleértve a nő/pár gazdasági és társadalmi stabilitását), másfelől arra sodorhatja az érintetteket, hogy figyelmen kívül hagyják az egyéni reproduktív biológiai keretek szűkülését, különösen női oldalon (Daniluk, 2015).

Abiomedikális modell a meddőséget kizárólag szomatikus okokra vezeti vissza, melyet a reprodukciós rendszer hibás működésével magyaráz, tehát e modell biológiai ok-okozati összefüggésekben gondolkodik. Ugyanakkor mára a biomedicinális szemlélet is egyre nagyobb hangsúlyt fektet az egyén egészségi állapotával, a mentális egészséget is magában foglaló, általános jóllételösszefüggő, környezeti és életmódbeli tényezők termékenységet befolyásoló hatásaira is (Török és Major, 2013).

A 20. századi hagyományos biomedikális értelmezés mellett megjelentek a reprodukciós problémák pszichológiai megközelítései is, ezek közül a legfontosabbak a pszichogén valamint a pszichológiai következmény modell. A legrégebbi a pszichogénmodell, pszichoanalitikus szemléleti beágyazottságú: a sikertelen teherbeesést legfőképpen a meddőséggel küzdő nő intrapszichés problémáival magyarázza. Legfontosabb vizsgálati területei a női identitás-zavarok, az anyaság és a szülés tudatalatti elutasítása (Brkovich és Fisher, 1998), a diszfunkcionális kötődési minták, valamint a párkapcsolat megzavart pszichodinamikája (C. Molnár, 2006). Később megjelent a pszichológiai következmény modell (Greil, 2010), amely a termékenységi problémához társuló negatív pszichés jelenségeket (szorongás, depresszió, meddőség-specifikus distressz) a meddőség következményének tekinti. Ebből a perspektívából a meddőség olyan distresszt, szorongást vagy depressziót kiváltó negatív életesemény, amit a termékenységi problémák diagnózisa az orvosi vizsgálatokkal járó fizikai, lelki és anyagi megterhelés esetleg a gyermektelenség elfogadásának nehézségei indukálnak.

Mára a biopszichoszociális, cirkuláris megközelítés vált a legelfogadottabbá. A cirkuláris modell kilép a lineáris gondolkodás reduktív rendszeréből és a meddőséget a test és a lélek komplexitásában vizsgálja. Feltételezi, hogy az egyén pszichoszociális jellemzői hatással vannak a meddőségre, mint biológiai következmény megjelenésére és tartós fennállására. Kitüntetett szerepet tulajdonít a stresszrend-

szer és a reprodukzív rendszer közötti összefüggések feltárásának, valamint az asszisztált reprodukciók kezeléseket befolyásoló pszicho-szociális tényezők hatásának, és hangsúlyozza a meddőségi élethelyzetben lévő nő/pár pszichológiai támogatottságának szükségességét (Gurunath, és mtsai, 2011).

Összességében elmondható, hogy a cirkuláris modell értelmében a meddőségi élethelyzet növeli a pszichoszociális distresszt, a distressz indukálta fiziológiai változások (elsősorban neuroendokrin folyamatokon keresztül) pedig kedvezőtlenül befolyásolják a kezelés sikerességét, ezáltal lényegi szerepet töltenek be a meddőségi állapot fenntartásában. Ugyanakkor a meddőségi élethelyzet során meg tapasztalt pszichoszociális distressz csökkentése pozitívan képes befolyásolni a meddőségi élethelyzetet, ez által a kezelések kimenetelét. A jelenleg érvényes nemzetközi irányelvek javasolják az asszisztált reprodukciók eljárások elkezdése előtt, az orvosi kezelésekkal párhuzamosan, illetve a sikeres vagy sikertelen beavatkozások után a kezelésben részesülők pszichológiai támogatását. Ez egyaránt lehet pszichoedukáció, szupportív-, illetve terápiás konzultációját (Gameiro és mtsai, 2015). Az érintettek mégis csekély mértékben vagy egyáltalán nem fordulnak pszichológushoz, illetve mentálhigiénés szakemberhez, jóllehet a meddőség korszerű ellátásában akkor járunk el hatékonyan, ha komplex, biopszichoszociálisszemléletben gondolkodunk. A nemzetközi irányelvek alapján is kívánatosnak tartanánk a jelenleginél szélesebb körű pszichoszociális ellátás- valamint az egészségtudatos életmódra vonatkozó tanácsadás államilag finanszírozott bevezetését a meddőséggel foglalkozó egészségügyi intézményekbe. A tudomány mai állása szerint ezzel járulunk leginkább hozzá, hogy a termékenységi nehezítettséggel küzdők kívánt és tervezett gyermekei Magyarországon is megszülessenek.

## Irodalom

- Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. (2007) International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 22(6): 1506-12.
- Török P, Major T (2013) Új lehetőségek a női meddőség ambuláns kivizsgálásában. *O H*, 154(33): 1287-1290.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. (2009) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, *Fertil Steril*, 92(5): 1520-4.
- Kapitány B, Spéder Zs. Gyermekvállalás. (2012) In: Öri P, Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai Portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeség tudományi kutatóintézet, Budapest, 28-40.
- Rohr A. (2018) Termékenység – változások és a jelenlegi helyzet a világ országaiban. *Korfa*. 1: 1-6.
- Kopp M, Skrabski Á. (2006) Gyermekvállalás és életminőség. In: Kopp M, Kovács ME. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 253
- Liu K, Case A. Reproductive Endocrinology And Infertility Committee. Advanced reproductive age and fertility. (2011) *Advanced reproductive age and fertility*. *J Obstet Gynaecol Can*, 33(11): 1165-75.
- Kapitány B, Spéder Z. Gyermekvállalás. In: Monostori J, Öri P, Spéder Z (szerk.) (2015): *Demográfiai Porté*. Stanc Technik Kft, Budapest, 41-56.
- Daniluk JC. (2015) „Sleepwalking into infertility”: The need for a gentle wake-up call. *Am J Bioethics*, (11): 52-4.
- Brkovich AM, Fisher WA. (1998): Psychological distress and infertility: forty years of research. *J Psychosom Obst Gyn*, 19: 218-228.
- C. Molnár E. (2006) Reprodukciós zavarok. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z (szerk.), *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 145-150.
- Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. (2010) The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn*, 32(1): 140-62.
- Gurunath, S., Paudyal, Z., Anderson, R. A, Bhattacharya, S. (2011): Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction*, 17, 575-588.
- Gameiro S, Boivin J, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, Thorn P, Van den Broeck U, Venetis C, Verhaak CM, Wischmann T, Vermeulen N. (2015) ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. *Hum Reprod*, 30(11): 2476-2485.
- SZNSZK. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (2010) Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőség ellátásról – asszisztált reprodukcióról – In Vitro Fertilizációról (1. módosított változat). Hivatalos Értesítő. A magyar Közlöny melléklete. 30: 6467-6478.