

A termékenységi zavarok pszichoszociális összefüggései

Betekintő

A termékenység függvényében vizsgáltuk a 18-49 éves magyar nők szocio-demográfiai jellemzőit, valamint az elsődleges és másodlagos meddő nők és a termékeny nők mentális egészségi állapotát. A „termékeny nők” csoportjába azokat a nőket soroltuk, akiknek van saját, vérszerinti gyermekük és nemmel válaszoltak arra a kérdésre, hogy volt-e „legalább 1 évig sikertelen próbálkozásuk a gyermekáldás érdekében” (N=928). Azok a nők, akiknek élettörténetében ugyan előfordult a „legalább 1 évig sikertelen próbálkozás a gyermekáldás érdekében”, viszont a kérdőív kitöltése pillanatában már volt saját, vérszerinti gyermekük, alkották a „másodlagos meddő nők” csoportját (N=67). „Elsődleges meddők”-nek tekintettük azokat a nőket, akik legalább 1 évig sikertelenül próbálkoztak a gyermekáldás érdekében, és a kérdés időpontjában sem volt saját gyermekük (N=36). A mentális egészségi állapot mutatóit (depressziós tünetek, észlelt stressz, étellel való elégedettség, boldogság), valamint a házastársi/élettársi kapcsolat minőségét az elsődleges és a másodlagos meddő nők, valamint a termékeny nők körében vizsgáltuk. Eredményeink alapján elmondható, hogy a házastársi/élettársi kapcsolat minősége tekintetében nincs különbség az elsődleges meddő, illetve a termékeny nők között, de a másodlagos meddő nők körében a házastársi stressz szignifikánsan magasabb, mint a másik 2 csoportban. A mentális egészségi állapot viszont az elsődleges meddő nők körében a legrosszabb, itt a legmagasabb a depressziós tünetek száma és az észlelt stressz szintje, és ők a legkevésbé elégedettek az életükkel, illetve a legkevésbé boldogok.

Bevezetés

A meddőség előfordulása világviszonylatban 7-22 százalék; attól függően, hogy hogyan definiáljuk a meddőséget, átlagosan 10 százalékról beszélhetünk (Direkvand-Moghadam et al. 2014). Az egyik legelfogadottabb meghatározás szerint meddőségen azt értjük, hogy legalább 1 éven át tartó, védekezés nélküli szexuális élet ellenére sem jön létre a kívánt terhesség (Aflatoonian et al. 2011).

A kutatók és klinikusok felhívják a figyelmet arra, hogy a meddőséggel küzdő nőknek több, mint a fele klinikai szintű depressziós tünettől, 75 százaléka klinikai szintű szorongásos tünettől szenved (Pasch et al. 2016). Elemzésünk célja a magyar reprezentatív vizsgálatban a meddőséggel küzdő nők demográfiai jellemzőinek és mentális egészségmutatóinak rövid áttekintése.

Módszerek

Alkalmazott mérőeszközök: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa et al. 2001), Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder & Konkoly Thege 2006), Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog et al., 2006) és az étellel való általános elégedettséget, valamint a boldogságot mérő kérdések.

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa et al. 2001) a depresszió tüneteinek és azok súlyosságának felmérését teszi lehetővé. Ezek: a szociális visszahúzódás, a döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség,

az örömképesség hiánya és az önvádolás. Ez a 9-tételes változat jó belső megbízhatósággal bír, a Cronbach-alfa értéke 0,83 (Rózsa et al. 2001), mintánkon 0,95. A skála összpontszáma 0-27, de a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében, a kapott pontszámot 2,22 - vel megszorozva, átszámoltuk az összpontszámot az eredeti kérdőívre, így az 0-60 közötti.

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder & Konkoly Thege 2006) nem a megtörtént negatív életeseményekre, hanem az egyén szubjektív élményére kérdez rá, mint például a váratlan események miatti izgalom vagy a nehézségek felhalmozódásának érzése. A felmérésben használt rövidített változat 10 tételt tartalmaz, a 10 tételből 4 fordított tétel, mint például a problémák hatékony kezelésének élménye. A kérdőív jó belső meg-

bízhatósággal rendelkezik, Cronbach-alfa = 0,85 (Stauder & Konkoly Thege 2006), mintánkon 0,74. A kérdőív összpontszáma 0-40.

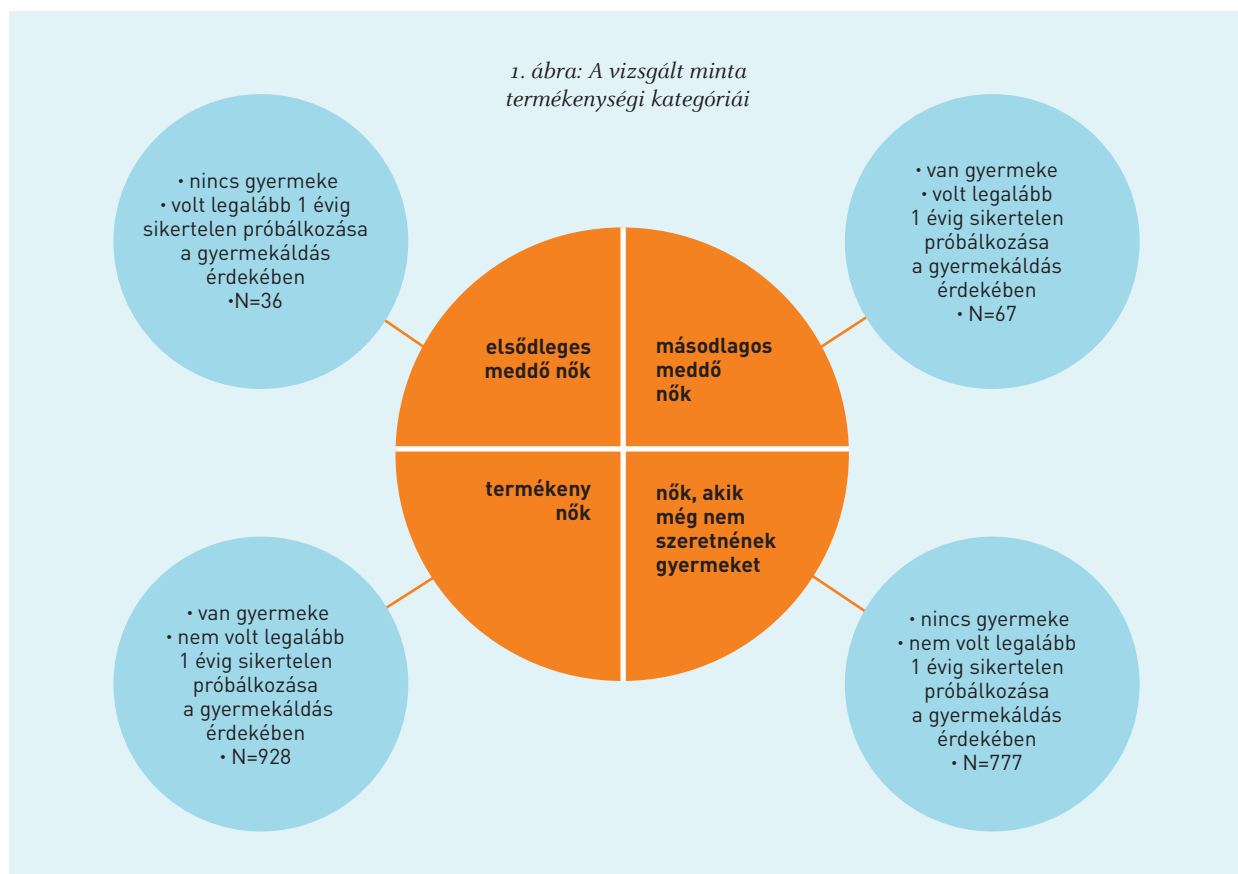
A Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog et al. 2006) a párkapcsolat minőségét méri. Az 5 kérdésből 3 kérdés méri a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, 1 a kapcsolaton belüli problémákra, és 1 a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzésére kérdez rá. A skála összpontszáma 0-5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A kérdőív belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult, Cronbach-alfa = 0,77, illetve 0,69 (Balog et al. 2006), mintánkon 0,58.

Egy tízfokú Likert-skálán mértük az élettel való elégedettséget és a boldogság szintjét (1 – teljesen elégedetlen, 10 – teljesen elégedett), e kérdések összpontszáma tehát: 1-10.

A vizsgált minta

A szakirodalomban általában a 15 évestől 49 évesig terjedő életkort tekintik szülőképes kornak (Jasilioniene et al. 2015), ezért mi is ezt az időszakot tekintettük fertilis időszaknak. A termékeny korú

(18-49) nőket a gyermek iránti vágy, illetve a saját, vérszerinti gyermek megléte vagy hiánya alapján 4 csoportra osztottuk (1. ábra).



1. táblázat: A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői

		elsődleges meddő nők N=36	másodlagos meddő nők N=67	termékenyek N=928	még nem akar- nak gyermeket N=777	P
Életkor		37,67 (SD=8,33)	39,34 (SD=6,42)	38,70 (SD=7,43)	29,64 (SD=8,57)	<0,001
Végzettség	alapfok	12 (33,3%)	23 (33,8%)	364 (39,2%)	387 (49,9%)	<0,001
	középfok	13 (36,1%)	24 (35,3%)	315 (33,9%)	147 (18,9%)	
	felsőfok	11 (30,6%)	21 (30,9%)	249 (26,8%)	242 (31,2%)	
Személyes nettó jövedelem (ezer Ft)	150-300	12 (57,1%)	27 (58,7%)	367 (60,2%)	352 (67,8%)	0,046
	150-300	12 (57,1%)	27 (58,7%)	367 (60,2%)	352 (67,8%)	
	≥ 301	4 (19,0%)	5 (10,9%)	54 (8,9%)	50 (9,6%)	
Családi állapot	egyedülálló	8 (22,2%)	4 (6,0%)	115 (12,4%)	475 (61,1%)	<0,001
	házastárssal	14 (38,9%)	45 (67,2%)	555 (59,8%)	102 (13,1%)	
	élettárssal	14 (38,9%)	18 (26,9%)	258 (27,8%)	201 (25,8%)	

Statisztikai elemzések

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő, a termékeny és a gyermeket még nem akaró nők leíró adatainál az életkor összehasonlításához UNIA-VA-t, a végzettség, a jövedelem, és a családi állapot összehasonlításához khi-négyzet próbát használtunk.

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő és a termékeny nők mentális egészségmutatóinak össze-

hasonlításánál a folyamatos változók esetében többváltozós varianciaanalízist végeztünk General Linear Modellben, 95%-os konfidencia-intervallummal. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra.

Eredmények

A termékeny korú (18-49) nőket a gyermek iránti vágy és a saját, vérszerinti gyermek megléte vagy hiánya alapján megkülönböztetve, négy női csoport demográfiai jellemzőit vizsgáltuk. Azok a nők, akik még nem szeretnének gyermeket, szignifikánsan fiatalabbak (29,6 év), mint a másik 3 csoport, akiknek az életkora nem különbözik egymástól jelentős mértékben (37,6 év; 39,3 év;

38,7 év). Azon nők körében, akik még nem akarnak gyermeket, szignifikánsan magasabb a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (31,2%), mint a termékeny női csoportban (26,8%), a termékeny nők körében az alapfokú végzettség a leggyakoribb (39,2%). A személyes nettó jövedelem az elsődleges meddő nők körében a legmagasabb, a 300 Eft feletti jövedelem 19,0% vs. a 10,9%, 8,9%

és 9,6% a másodlagos meddő, a termékeny- és a gyermeket még nem akaró nőkhez képest. A saját, vérszerinti gyermeket nevelő nők közel 90 százaléka (87,9%) él párkapcsolatban, házasságban 60,1 százalékuk, élettársi kapcsolatban pedig 27,8

százalékuk. Az egyedülállók aránya a gyermeket még nem akarók körében a legmagasabb (61,1%), és a saját gyermeket nevelőkében a legalacsonyabb (12,1%). Az elsődleges meddő nők körében ez az arány 22,2 százalék.

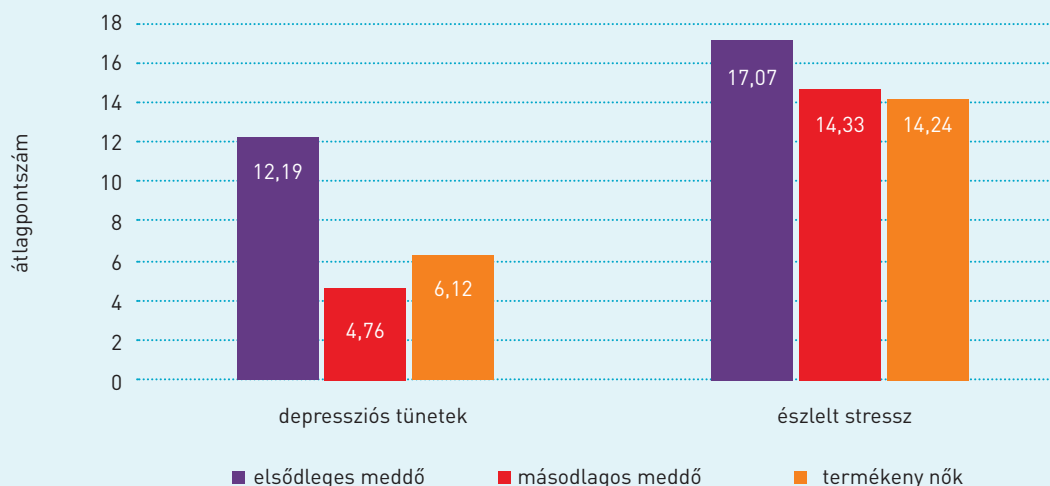
2. táblázat: Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő, és a termékeny nők mentális egészségmutatói

Vizsgált egészségmutatók	Elsődleges meddő	Másodlagos meddő	Termékeny nők	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	parciális Eta ²
depressziós tünetek (0-60)	12,19 (7,97-16,42)	4,76 (1,88-7,64)	6,12 (5,34-6,90)	0,012
észlelt stressz (0-40)	17,07 (14,45-19,69)	14,33 (12,52-16,14)	14,24 (13,74-14,73)	0,006
elégedettség (0-10)	6,89 (6,15-7,63)	8,09 (7,58-8,60)	7,48 (7,35-7,62)	0,011
boldogság (0-10)	7,20 (6,52-7,87)	8,24 (7,77-8,71)	7,85 (7,73-7,98)	0,009
házastársi stressz (0-5)	0,75 (0,61-1,44)	1,01 (0,59-1,43)	0,74 (0,61-0,88)	0,006

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő és a termékeny nők mentális egészségmutatóit vizsgálva azt találtuk (2. táblázat), hogy a depressziós tünetegyüttes átlagpontszáma az elsődleges meddő nők körében szignifikánsan magasabb (12,19), mint a másodlagos meddő nők (4,76) vagy a termékeny nők körében (6,12). A másodlagos meddő nők és

a termékeny nők depresszió átlagpontszámai nem különböznek szignifikáns mértékben. Az észlelt stressz szintje szintén az elsődleges meddő nők körében a legmagasabb (17,07), és szignifikánsan különbözik a termékeny nők (14,24) és a másodlagos meddő nők (14,33) átlagpontszámaitól (2. ábra).

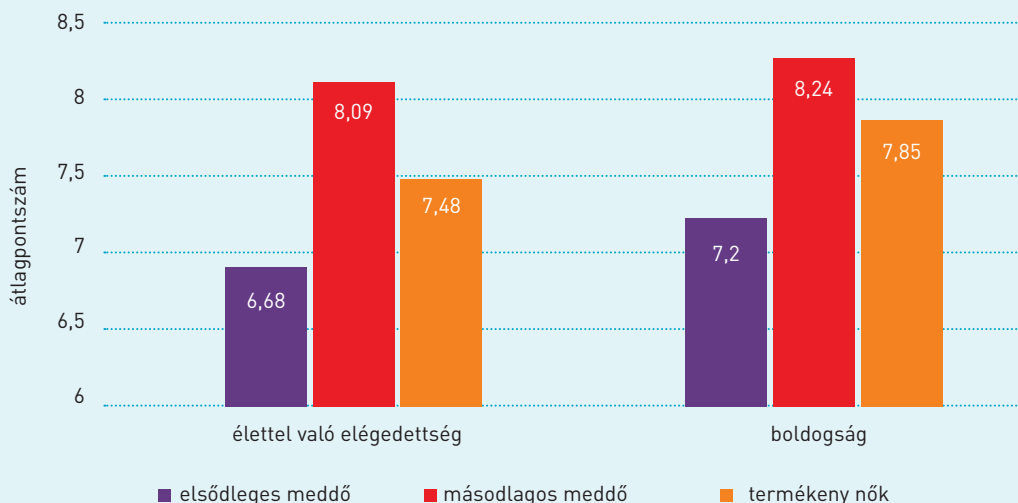
2. ábra: A különböző termékenységi csoportok depresszió és észlelt stressz átlagpontszámai a 18-49 éves női mintában



Az étellel való elégedettség átlagpontszáma az elsődleges meddő nők körében a legalacsonyabb (6,88), szignifikánsan alacsonyabb, mint a másodlagos meddő nők pontértéke (8,09). A boldogság szintje ugyancsak az elsődleges meddő nők körében a legalacsonyabb (7,20), szignifikánsan alacsonyabb, mint a másodlagosan meddő nőké (8,24), és tendenciálisan a termékeny nőkéénél is alacso-

nyabb (7,85) (3.ábra). Az étellel való elégedettség és a boldogság a másodlagos meddő nők körében a legmagasabb. Ami a házastársi/élettársi kapcsolat minőségét illeti, nincs különbség az elsődleges meddő, illetve a termékeny nők között, de a másodlagos meddő nők körében a házastársi stressz szignifikánsan magasabb, mint a másik két csoportban.

3. ábra: Az étellel való általános elégedettség és boldogság az elsődleges meddő-, a másodlagos meddő, és a termékeny nők körében.



Összegzés

Vizsgálataink eredményei egybecsengenek korábbi magyar vizsgálatok eredményeivel (pl. Lakatos et al. 2017), miszerint a termékeny nőkhöz hasonlítva az elsődleges meddő nők szignifikánsan rosszabb pszichés státusszal jellemezhetőek. Az akaraton kívüli gyermektelenség, a hormonszintek és a belső fiziológiai folyamatok konstans monitorozása, valamint a meddőséggel együtt járó szociális stigmatizáltság fizikailag és mentálisan is jelentős terhet ró az érintett párokra (Kaliarnta et al., 2011). Rosszabb a mentális egészségi állapotuk, és a pszichiátriai diagnózisok miatt gyakoribb a hospitalizáció azok körében, akik a meddőségi kezelések ellenére is gyermektelenek maradnak, mint azok körében, akik végül sikeres kezelés következtében szülővé válnak (Yli-Kuha et al. 2010). A gyermek iránti beteljesületlen vágy szoros összefüggést mutat a rosszabb mentális egészséggel (Gameiro et al. 2014). Ugyanakkor vizsgálataink azt is mutatták, hogy

az étellel való elégedettség és a boldogság a másodlagos meddő nők körében a legmagasabb. Korábban felmerült, hogy azoknál a kismamáknál, akiknél a várandósság sikeres IVF kezelést (In Vitro Fertilizáció, lombikprogram) követően jött létre, magasabb lehet a várandósság alatt a szorongás, valamint a pre- és perinatális morbiditás (Darwiche et al. 2013), ezért a sikeres meddőségi kezelést követően indokolt lehet a személyre szabott támogatás (Younger et al. 2015). A tanulmányok egy része viszont arról számol be, hogy sikeres IVF-et követően eltűnik a korábbi meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés distressz, és az ő szorongás- és depresszió-szintjük nagyon hasonló a spontán módon várandós kismamák szorongás- és depresszió-szintjéhez (Salih Joelsson et al. 2017).

Jóllehet a szakirodalom áttekintésekor találunk beszámolókat a meddőséggel küzdő nők pszichés jóllétének javítását célzó hatékony intervenciókról

(Frederiksen et al. 2015), de a kritikus kutatók új, komplex intervenciók kidolgozását várják, amelyek a sikertelen IVF beavatkozásokat közvetlenül követő időszakra fókuszálnak, vagy arra a legstresszesebb 2 hétre, amikor a meddőséggel küzdő pár a beavatkozás eredményére várakozik (Ying et al. 2016).

Mindezzel együtt kutatási eredményeink alapján és a jelenleg érvényes nemzetközi irányelvek javaslatával egyetértve, javasoljuk, hogy az asszisztált reprodukciós eljárások elkezdése előtt, az orvosi kezelésekkal párhuzamosan, illetve a sikeres vagy sikertelen beavatkozások után, a kezelésben részesülők pszichológiai támogatást kapjanak.

Felhasznált irodalom

- Aflatoonian, A., Baghianimoghadam, B., Partovi, P., Abdoli, A., Hemmati, P., Tabibnejad, N., & Dehghani, M. (2011) A new classification for female infertility. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 38(4), 379-381.
- Balog, P., Székely, A., Szabó, G., & Kopp, M. (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 193-202. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.3>
- Darwiche, J., Maillard, F., Germond, M., Favez, N., Lancaster, D., De Roten, Y., Guex, P., & 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.
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Direkvand-Moghadam, A. (2014) The global trend of infertility: an original review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiologic Research*, 1(1), 35-43. http://ijer.skums.ac.ir/article_8679_b78dd5fb-83434c30a012394388118efd.pdf
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015) Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Jasilioniene, A., Jdanov, D. A., Sobotka, T., Andreev, E. M., Zeman, K., Shkolnikov, V. M., Goldstein, J. R., Nash, E., Philipov, D., & Rodriguez, G. (2015). Methods protocol for the human fertility database. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Kaliarnta, S., Nihlén-Fahlquist, J., & Roeser, S. (2011) Emotions and ethical considerations of women undergoing IVF-treatments. *HEC Forum*, 23(4), 281-293. <https://doi.org/10.1007/s10730-011-9159-4>
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*, 106(1), 209-215.e202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.006>
- Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*.
- Salih Joelsson, L., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 45, 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.004>
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). AZ Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-216. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 33(6), 689-701.
- Yli-Kuha, A.-N., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E., & Hemminki, E. (2010) Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25(8), 2018-2023. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq164>
- Younger, M., Hollins-Martin, C., & Choucri, L. (2015) 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.008>