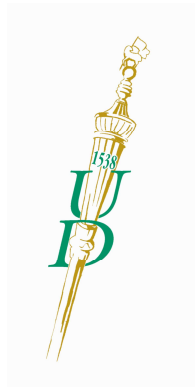


EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

# **Magyar meddő párok pszichológiai jellegzetességeinek vizsgálata egyéni, párkapcsolati és szociokulturális szinteken**

Cserepes Réka Eszter

Témavezető: Dr. Bugán Antal



EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

DEBRECENI EGYETEM

DEBRECEN, 2015

*A doktori értekezés betétlapja*

**Magyar meddő párok pszichológiai jellegzetességeinek vizsgálata egyéni, párkapcsolati és szociokulturális szinteken**

Értekezés a doktori fokozat (PhD) megszerzése érdekében  
az *egészségtudományok* tudományágban

Írta: **Cserepes Réka Eszter** okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok doktori iskola  
(Megelőző orvostan és népegészségügy programja) keretében

Témavezető: Dr. Bugán Antal, kandidátus

A doktori szigorlati bizottság:

Elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora

Tagok: Prof. Dr. Kállai János, kandidátus  
Molnárné Dr. Kovács Judit, PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2015. április 27. 11 óra  
DE NK Megelőző Orvostani Intézet tárgyaló

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Túry Ferenc, kandidátus  
Dr. Tiringier István, PhD

A bírálóbizottság:

Elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora

Tagok: Prof. Dr. Kállai János, kandidátus  
Prof. Dr. Túry Ferenc, kandidátus  
Molnárné Dr. Kovács Judit, PhD  
Dr. Tiringier István, PhD

Az értekezés védésének időpontja: 2015. április 27. 13 óra  
DE ÁOK Belgyógyászati Intézet „A” épület tanterme

## BEVEZETÉS

Napjainkban nagy érdeklődés övezi a reprodukciós problémák témáját, mivel a meddőség előfordulási gyakorisága viszonylag magas (világszerte 9%) és a diagnosztizált esetek száma folyamatosan növekszik. Egy párt akkor tekintünk meddőnek, ha legalább egy éve rendszeresen és védekezés nélkül élnek szexuális életet, ám a fogamzás elmarad. A termékenységi problémával küzdő párok jelentős része vesz igénybe asszisztált reprodukciós technikát. Magyarországon a hatályos törvény szerint az egészségbiztosítás fedezi a teljes diagnosztikus folyamatot, öt in vitro fertilizációs kezelést, és hat intrauterin inszeminációt.

A meddőség témakörét számos tudományág vizsgálja, és mutat fel új eredményeket az okok, a következmények és a kezelési lehetőségek tekintetében. E területek közé tartozik a nőgyógyászat, az endokrinológia, az andrológia, a genetika, a pszichológia, az antropológia és az etika. Tekintettel arra, hogy napjaink egyik fő demográfiai problémája a népességfogyás, az orvosilag diagnosztizált termékenységi problémák pszichoszociális következményeinek vizsgálata a tudományos érdeklődés egy speciális területét képezi. A meddőség biopszichoszociális elméleti modellje jó alapot biztosít arra, hogy a nem kívánt gyermektelenséget ne csak orvosi szempontból, fiziológiai problémaként értsük meg, hanem pszichoszociális jelenséggént is, mely egyéni, párkapcsolati és tágabb társas közegben is megjelenik.

A kívánt gyermekáldás elmaradása paranormatív krízisnek tekinthető, amelynek következtében az érintett populációkban gyakrabban számolnak be depresszív és szorongásos tünetekről. A meddőség átélése a nem kívánt gyermektelenséghez specifikusan kapcsolódó negatív érzelmeket, megváltozott gondolkodás- és viselkedésmódot is előhívhat, melyek nem csak egyéni, hanem párkapcsolati és egyéb társas területekre is kiterjednek hatásukat. A nem kívánt gyermektelenség nyomán fellépő, főként társas területeket érintő aggodalmak reciprok kapcsolatban állnak az önértékeléssel és a rezilienciával, és pozitívan függnek össze az önsajnálattal és az önvádlással.

A meddőség, mint a pár közös tapasztalata, erősítheti a párkapcsolatot, de a szülővé válás, a nemi szerepek beteljesedésének elmaradása, a meddőségi kezelések megterhelő volta konfliktusok és kommunikációs problémák forrását is jelentheti a pár számára. A párok egyfajta kölcsönösséget élnek át a meddőség megtapasztalása során, így az egyik fél depressziója, megküzdési módja, kötődési stílusa és a társas támasz észlelése bizonyítottan befolyásolja a partner meddőséggel kapcsolatos aggodalmait.

A reprodukciós medicina területén végzett kvalitatív és kvantitatív pszichológiai tanulmányok nagy része a nemi különbségeket kutatja a meddőségre adott érzelmi válaszok tekintetében. A legtöbb eredmény azt mutatja, hogy meddőség megtapasztalása során nagyobb érzelmi érzékenység jellemzi a nőket, és több depresszív, szorongásos és negatív érzelmet fejeznek ki állapotukkal kapcsolatban, mint a férfiak.

A tradicionális értelemben vett „maszkulinitás” az érzelmi stabilitással és a házastársi elégedettséggel, valamint kevesebb szorongással jár együtt, mint a „feminitás”. Ezentúl, a pozitívan értékelt maszkulin tulajdonságok a meddő nők számára alacsonyabb meddőségi stresszt eredményeznek, míg a negatívan értékelt maszkulin jegyek magasabb szintű meddőségi stresszhez vezetnek.

## **PROBLÉMAFELVETÉS**

A termékenységi problémák jelentősége felértékelődik Európában, mivel a népességfogyás drasztikus demográfiai változásokat vetít előre. A több gyermek megszületését segítő reprodukciós medicina és mesterséges megtermékenyítési eljárások nagy technológiai fejlődésen mentek át és mennek keresztül ma is. Azonban a meddőséget nem csak orvosi problémaként, hanem emberek élményeiként is kezelnünk kell.

Ma Magyarországon nincs hivatalos protokoll, mely a meddőségi kezeléseken részt vevő párok pszichológiai ellátását szabályozná. Ebben a helyzetben, nagy jelentőséggel bírnak azok a tanulmányok, melyek a meddő párok pszichológiai reakcióira összpontosítanak. Az értekezés témája a meddőséggel szembe néző párok pszichoszociális szempontú vizsgálata.

A vizsgálatok tervezésénél az volt a célunk, hogy egészségpszichológiai tényezőket – beleértve a párok közös reakcióit és a szülővé válás társadalmi meghatározottságát – mérjünk fel a nőgyógyászat és a meddőségi egészségügyi ellátás területén.

A nem kívánt gyermektelenség megtapasztalása egyéni, párkapcsolati és egyéb társas dimenziókat is érint. Interdiszciplináris megközelítésünkben az értekezés fókusza is erre a három területre irányul. Az egyén meddőséghez való pszichológiai alkalmazkodását, a párkapcsolat szintjén jelentkező pszichés reakciókat és meddőség élményének társadalmi, illetve kulturális meghatározottságát helyeztük érdeklődésünk középpontjába.

## CÉLOK

- (1) Célunk egy olyan vizsgálat megvalósítása, mely Magyarországon a meddőség megtapasztalásának pszichoszociális aspektusaira irányul. Hogy jobban megértsük a magyarok meddőséggel kapcsolatos jellemzőit és válaszait, melyeket kulturális tényezők is befolyásolhatnak. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatot is terveztünk a témában.
- (2) Célunk, hogy egy általános és széleskörű képet kapjunk a magyar meddő személyek pszichológiai jellemzőiről. Tanulmányainkban a meddőség nyomán fellépő pszichológiai következményekre koncentrálunk, mint a meddőség specifikus stressz és a meddőség specifikus életminőség. Párokat vizsgálunk, hogy a meddőségre adott kölcsönös reakciójukat is tudjuk mérni.

Az értekezés egy magyar elővizsgálaton (I. vizsgálat) és egy magyar résztvevőket párkapcsolati szinten elemző vizsgálaton (II. vizsgálat) alapul, melyet egy nemzetközi összehasonlító vizsgálatba ágyaztunk (III. vizsgálat). Így mindegyik vizsgálathoz *specifikus célokat* is rendeltünk:

### **AZ I.VIZSGÁLAT (MAGYAR MEDDŐ FÉRFIAK ÉS NŐK PSZICHOSZOCIÁLIS JELLEMZŐINEK ELŐVIZSGÁLATA) SPECIFIKUS CÉLJAI:**

- (1) Célunk annak vizsgálata, hogy a magyar meddő személyek hasonló jellemzőkkel rendelkeznek-e, hasonlóan reagálnak-e nemi és referenciacsoportokkal való összehasonlításban, mint más fejlett országokban sorstársaik (pl. Depresszió szintjében, a nők nagyobb meddőségi stresszt élnek át, mint a férfiak).
- (2) Vizsgálati célunk továbbá a meddőség megtapasztalását alapul véve biopszichoszociális kapcsolatok feltárása, és annak a vizsgálata, hogy a nemi szerepek, gyermekvállalási motívunok, szubjektív jóllét és a házastársi elégedettség előrejelzői-e a meddőséggel összefüggő stressznek.

### **A II.VIZSGÁLAT (A MAGYAR MEDDŐ PÁROK DEPRESSZIÓJA ÉS MEDDŐSÉGRE ADOTT PSZICHOLÓGIAI VÁLASZAI) SPECIFIKUS CÉLJAI:**

- (1) Vizsgálatunk célja annak felderítése, hogy (a) a depressziós tünetegyüttes, és a depresszió különböző súlyossági kategóriái milyen arányban fordulnak elő magyar meddő populációban.

Vizsgáljuk továbbá, hogy (b) a meddőség okozta distressz milyen kapcsolatban áll a depresszió súlyosságával, vagyis magasabb-e a meddőséggel összefüggő distressz, ha az egyén súlyosabb depresszióról számol be. Emellett vizsgálati célunk még annak felderítése, hogy (c) a párkapcsolat szintjén a meddőség okozta distressz milyen kapcsolat áll a depresszió súlyosságával, azaz a partner súlyosabb depressziója összefügg-e az egyén meddőséggel kapcsolatos aggodalmaival.

- (2) Másrészt az életminőség és depresszió együttjárásának vizsgálatát tűztük ki célul, (a) mind az egyének, (b) mind a párkapcsolat szintjén.

### **A III. VIZSGÁLAT (MEDDŐSÉG SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN) SPECIFIKUS CÉLJAI:**

- (1) Célunk német és magyar meddő párok csoportjainak összehasonlítása szociodemográfiai mutatók, meddőséggel kapcsolatos életminőség és nemi szerep-beállítódások tekintetében
- (2) Vizsgálatunk a különböző nemi szerep-beállítódású egyének meddőséggel összefüggő életminőségének összehasonlítására is irányul.

## **ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK**

### **VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK, VIZSGÁLATI ELRENDEZÉSEK**

Mindegyik vizsgálat során a következő beválogatási kritériumot alkalmaztuk a résztvevők kiválasztására: (i) megfeleljenek a meddőség International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology által megfogalmazott kritériumának; (ii) megfelelő magyar (vagy német, a kitöltés helyétől függően) nyelvtudással rendelkezzenek, hogy ki tudják tölteni a kérdőívcsomagot.

Az I. Vizsgálatban 53 fő vett részt, akik a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájára érkeztek meddőségi konzultációra 2011. április és július között. A II. és III. Vizsgálat adatgyűjtését öt magyar meddőségi klinikán végeztük (Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika – Debrecen; Jóna András Oktatókórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály – Nyíregyháza; Kaáli Intézet – Győr; Kaáli Intézet – Budapest; Róbert Károly Magánklinika - Budapest) 2012. február és 2013. március között. A vizsgálatban 126 pár vett részt, akik első meddőségi konzultációjukra vártak. A III. vizsgálat Németországban

végzett részében 144 első meddőségi konzultációra érkező pár vállalta a részvételt a heidelbergi Ruprecht-Karls Egyetem Nőgyógyászati Endokrinológiai és Termékenységi Zavarok osztályán (Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Ruprecht-Karls Universität - Heidelberg), ugyanabban az időintervallumban.

## **MÉRŐESZKÖZÖK**

Mindhárom vizsgálatban az általunk mérni kívánt változók méréséhez önkitöltős kérdőíveket használtunk. A szociodemográfiai jellemzőket az életkorra, legmagasabb iskolai végzettségre, a párkapcsolat hosszára, a meddőség hosszára vonatkozó kérdések alapján állítottuk össze mindhárom vizsgálatban.

### ***Az I. vizsgálatban (Magyar meddő férfiak és nők pszichoszociális jellemzőinek elővizsgálata) használt kérdőívek:***

Nemi szerepek

A *Maszkulinitás-Femininitás* skála (MF) a Minnesota Többtényezős Személyiség Kérdőív (MMPI) egyik skálája: általánosságban méri azt, hogy az egyén mennyire mereven követi a sztereotipikusan maszkulin és feminin nemi szerepeket, érdeklődéseket, viselkedésformákat.

A *Férfi-Női Kapcsolatok* kérdőív *Házassági szerepek* alskálája (MFRQ-MR) a párkapcsolatban, a házi munkában és a gyermekneveléssel kapcsolatos nemi szerepekről alkotott véleményeket méri.

Társas és személyes gyermekvállalási motívumok

A *Lipcsei Gyermekvállalási Motívumok Kérdőív* (LKM-20) két skála a gyermekvállalást felé mutató motívumokra irányul (LKM1: Az érzelmi stabilizáció és az értelem megtalálásának vágya, LKM3: Társas elfogadás vágya), két skála pedig a gyermekvállalás ellen ható motívumokra kérdez (LKM2: Személyes korlátozottságtól való félelem, LKM4: Anyagi korlátozottságtól való félelem).

Szubjektív jóllét

A *Beck Depresszió Kérdőív* rövidített változatával vizsgáltuk a depresszió erősségét. A kérdőív állításai a szociális visszahúzódásra, a döntésképtelenségre, az alvászavarra, a fáradékonyságra, a testi tünetek miatt érzett túlzott aggodásra, a munkaképtelenségre, a pesszimizmusra, az elégedettség és az öröm hiányára, és az önvádásra vonatkoznak. A Rövid

Stressz és Megküzdés Kérdőív *Élet értelme skálája* (LM) a spiritualitás egy komponensét méri. Az *Általános Egészség Kérdőív* rövidített verziója (GHQ-12) az elmúlt hetekben tapasztalt mentális problémák súlyosságáról, bizonyos tünetekről vagy viselkedésekről kérdez.

#### Párkapcsolati elégedettség

A *Diádikus Alkalmazkodás Skála* (DAS) a párok alkalmazkodását vizsgálja a párkapcsolaton belül, a kölcsönös egyetértés, a kölcsönös elégedettség, a kölcsönös összetartás és az érzelmek kifejezése dimenziókban.

#### Meddőséggel összefüggő distressz

A *Termékenységi Problémák Kérdőív* (Fertility Problem Inventory, FPI) egy multidimenzionális, meddőséggel kapcsolatos stressz vizsgálatára gyakran használt mérőeszköz. A Társas aggodalmak skála (FPI1) a gyermektelenséggel kapcsolatos megjegyzésekre való érzékenységet, a családtól, kortársastól való eltávolodás, illetve a társas izoláció érzését méri. A szexuális aggodalmak skála (FPI2) a szexuális öröm vagy szexuális önértékelés csökkenésére kérdez rá. FPI3 a társas aggodalmak skála, mely meddőséggel kapcsolatos beszélgetések nehézségeire, nemi különbségek megértésére/elfogadására, a párkapcsolattal összefüggő aggodalmakra vonatkozik. A gyermektelen életforma elutasítása skála (FPI4) a szülő szereppel való erős azonosulásra, és arra kérdez rá, hogy az egyén számára a szülővé válás mennyire elsődleges vagy fontos életcél. A szülővé válás igénye skála (FPI5) a gyermektelen, illetve a jelenlegi életstílus elutasításához kapcsolódik, illetve ahhoz az elképzeléshez, hogy a jövőbeli boldogság a gyermek megszületésén múlik.

### ***A II. vizsgálatban (A magyar meddő párok depressziója és meddőségre adott pszichológiai válaszai) használt kérdőívek:***

#### Depresszió

A depresszió tüneteit a rövidített *Beck Depresszió Kérdőívvel* (BDI) mértük (ld. Az I. vizsgálatban használt kérdőívek). A BDI pontszámok alapján vizsgálati személyeket a következő kategóriákba soroltuk: nincs depresszió (0-9 pont), enyhe depresszió (10-18 pont), közepesen súlyos depresszió (19-25 pont), súlyos depresszió (26 pont fölött).



Meddőséggel összefüggő stressz

A *Termékenységi Probléma Kérdőív* (FPI) egy multidimenzionális mérőeszköz: 5 skálával méri a meddőséggel összefüggő stresszt (ld. Az I. vizsgálatban használt kérdőívek).

Meddőség specifikus életminőség

A *Nemzetközi FertiQoL* kérdőív központi része a meddőséggel összefüggő életminőségi területeket érintenek: érzelmi életminőség (negatív érzelmek hiánya), testi/kognitív életminőség (kognitív, fizikai panaszok hiánya), párkapcsolati életminőség (jó párkapcsolati alkalmazkodás), és szociális életminőség (észlelt támasz a család és a barátok részéről).

***A III. vizsgálatban (Meddőség specifikus életminőség nemzetközi összehasonlításban) használt kérdőívek:***

Nemi szerep-beállítódás

A Személyes Tulajdonságok Kérdőív (PAQ) a személyes nemi szerep-beállítódásokra kérdez rá. Két skálára osztható, melyek az instrumentális orientáció és tevékeny („maszkulin”) (I skála) és az érzelelkifejező, interperszonalitással összefüggő („feminin”) (E skála) attitűdökre vonatkozik.

Meddőség specifikus életminőség

A *Nemzetközi FertiQoL* a meddőséggel kapcsolatos életminőség érzelmi, testi/kognitív, párkapcsolati és társas dimenzióit méri (ld. Az II. vizsgálatban használt kérdőívek)

**STATISZTIKAI ELEMZÉS**

A statisztikai elemzéshez az SPSS 17.0 és 22.0 programcsomagokat (Chicago, IL, USA) használtuk. Először minden vizsgálatban a használt skálák reliabilitás és normalitás vizsgálatát végeztük el. Ha a Cronbach- $\alpha$  érték a 0.60-as vágóérték alatt maradt, akkor nem dolgoztunk tovább a skálával.

Az I. vizsgálatban a paraméteres skálák nemi különbségeit független-mintás T-próbával, a nem-paraméteres skálákét pedig Mann-Whitney tesztel végeztük. A kérdőívek referenciacsoporttal történő összehasonlításához a minta pontszámait z-pontokká alakítottuk a megadott átlagok és szórások segítségével, aztán egymintás T-próbával elemeztük. Regressziós modellel vizsgáltuk, hogy mely változók határozzák meg a meddőséggel összefüggő stressz egyes dimenzióit (FPI, FPI1, FPI3, FPI5).

A II. vizsgálatban a depresszió kategóriák mintánkban előforduló gyakoriságát esélyhányados kiszámításával hasonlítottuk össze a magyar populációban megjelenő gyakoriságokkal. A különböző depresszió-kategóriákba tartozó vizsgálati személyek demográfiai és személyes jellemzőit logisztikus regresszióval hasonlítottuk össze. Többszemponútú varianciaanalízissel vizsgáltuk, milyen különbségeket okoz az egyén meddőséggel kapcsolatos aggodalmaira nézve a saját és a partner depressziójának erőssége. A férfiak és nők életminőségi és depressziós pontszámaik, valamint szociodemográfiai változói közötti összefüggéseket Pearson-korreláció segítségével vizsgáltuk.

A III. vizsgálatban a német és magyar résztvevők, valamint a nemek közötti különbségeket T-próbákkal vizsgáltuk néhány folytonos változónál, valamint a FertiQoL és a PAQ skáláinál. Mivel a FertiQoL összefügghet az iskolai végzettséggel, ami a nemzetközi összehasonlítást torzíthatja, MANOVA során a főhatásokat vizsgáltunk és post hoc tesztet végeztünk az iskolai végzettség szerint. Hogy a nemi szerep-beállítódások és az életminőség között független együttjárásokat elemezzük, a PAQ 2 skálájából kétlépéses klaszteranalízissel négy csoportot hozunk létre („kombinált”= magas I és E pontszámok; „tevékeny”= magas I, alacsony E pontszámok; „érzelemkifejező”= magas E, alacsony I pontszámok; „semleges”= alacsony I és E pontszámok). A nemi szerep-beállítódási kategóriák különbségeinek tesztelésére MANCOVA-kat végeztünk, ahol a FertiQoL-skálák voltak a függő változók, a nem és az iskolai végzettség pedig kovariánsként került az elemzésbe.

## **EREDMÉNYEK**

### **I. VIZSGÁLAT: MAGYAR MEDDŐ FÉRFIAK ÉS NŐK PSZICHOSZOCIÁLIS JELLEMZŐINEK ELŐVIZSGÁLATA**

#### ***Mintaváltozók***

A minta demográfiai jellemzőit a férfiak és nők között hasonlítottuk össze. A férfiak átlag életkora 33.5 év volt, a nők életkora pedig szignifikánsan alacsonyabb ( $t(49)=-2.88$ ,  $p<0.01$ ): 29.89 év. A teljes mintában a résztvevők házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek (melynek átlagidőtartama  $6.87\pm 3.23$  év) és 2.75 éve ( $\pm 1.54$ ) szeretnének gyermeket. A vizsgálati személyek 49.1%-ának van felsőfokú végzettsége, 49%-nak középfokú, és csak 1.9%-nak alacsonyfokú végzettsége.

### ***Nemi különbségek***

A szubjektív jóllét tekintetében az életminőség csökkenés közepes tüneteiről számoltak be ( $U=231.5$ ,  $p<0.05$ ), míg a férfiak jobban hittek életük értelmében ( $t(49)=-2.57$ ,  $p<0.05$ ). A depresszió tekintetében nem találtunk nemi különbségeket. A Maszkulinitás-Femininitás skálán a nők femininebbnek mutatkoztak, mint a férfiak ( $U=7.5$ ,  $p<0.001$ ). A meddőségi problémák jobban megviselték a nőket, mint a férfiakat. A teljes meddőségi distressz tekintetében (FPI) és a szociális aggodalmak tekintetében is több distresszről számoltak be a nők, mint a férfiak ( $U=240$ ,  $p<0.05$  és  $U=240.5$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Különbségek a referenciacsoportokkal szemben***

A nemi szerepek és a szubjektív jóllét tekintetében, a meddő csoport nő tagjai magasabb pontszámot értek el a Maszkulinitás-Femininitás skálán (MF) ( $t(26)=5.69$ ;  $p<0.001$ ), vagyis több feminin attitűddel rendelkeznek, és alacsonyabb pontszámaik voltak az Általános Egészség Kérdőíven (GHQ-12) ( $t(26)=-2.51$ ,  $p<0.05$ ), vagyis rosszabb az általános/mentális egészségük, mint a nőknek az átlagpopulációban. A meddő férfiak nem mutattak különbségeket a referencia csoportok férfi tagjaihoz képest a szubjektív jóllét dimenzióiban. Ráadásul, a mintánk férfi tagjai nem csak a nőkhöz, hanem a magyar átlagpopulációhoz képest is az élet értelmébe vetett erősebb hitről számoltak be (LM) ( $t(25)=2.87$ ,  $p<0.01$ ). A magyar meddő férfiak több meddőségi stresszről (FPI) és ezen belül erősebb „szülővé válás igényéről” (FPI5) számoltak be, mint a kanadai referenciacsoport ( $t(25)=2.84$ ,  $p<0.01$  és  $t(25)=4.38$ ,  $p<0.001$ ). A „szülővé válás igénye” (FPI5) a magyar meddő nőknél is erősebb, mint a kanadai meddő nőknél ( $t(26)=5.69$ ,  $p<0.01$ ). Ezentúl, a magyar nők kevesebb meddőséggel összefüggő párkapcsolati aggodalmat (FPI3) említene, mint a kanadai nők ( $t(26)=-2.29$ ,  $p<0.05$ ). Mintánkban a férfiak több érzelmi gyermekvállalási motívummal értettek egyet, mint a német referenciacsoport férfi tagjai ( $t(25)=3.12$ ,  $p<0.01$ ). A magyar meddő nők és férfiak elégedettebbek a párkapcsolatukkal, mint az egyesült államokbeli referencia-csoport ( $t(25)=10.46$ ;  $p<0.001$  és  $t(26)=9.81$   $p<0.001$ ).

### ***A meddőségi aggodalmak előrejelzői***

Az összes meddőségi probléma esetében (FPI), nem bizonyult előrejelzőnek maga a nem, de a feminin jellemzők a 2. ( $\beta=0.49$ ,  $p<0.05$ ), a 3. ( $\beta=0.48$ ,  $p<0.05$ ), és a 4. modellben is ( $\beta=0.46$ ,  $p<0.05$ ) a meddőséggel kapcsolatos stressz pozitív prediktorainak számítottak. A 2.

modellben mind a társas (LKM3), mind az érzelmi gyermekvállalási motívumok (LKM1) pozitív korrelációt mutattak a magasabb stressz-szinttel ( $\beta=0.32$ ,  $p<0.05$  és  $\beta=0.30$ ,  $p<0.05$ ), de szignifikáns hatásuk eltűnt, amikor a szubjektív jóllét változóit léptettük be a modellbe. Különösen az általános/mentális egészség (GHQ-12) negatív hatása figyelemreméltó a 3. modellben ( $\beta = -0.45$ ,  $p<0.05$ ). A 4. modellben a párkapcsolati elégedettség (DAS) ( $\beta=-0.25$ ,  $p<0.05$ ) és a tradicionális nemi szerepek követése (MFRQ-MR) ( $\beta=-0.25$ ,  $p<0.05$ ) szintén csökkentette a meddőségi distresszt. Az utolsó, 4. modell a meddőséggel kapcsolatos distressz 48.5%-át magyarázza.

A meddőségi társas aggodalmak tekintetében (FPI1), csak az általános egészség (GHQ-12) bizonyult az alacsonyabb distressz előrejelzőjének (3. modell:  $\beta=-0.73$ ,  $p<0.001$ , 4. modell:  $\beta=-0.75$ ,  $p<0.001$ ). Az utolsó, 4. modell a meddőségi társas aggodalmak 56.8%-át magyarázza. A femininitás (MF) meghatározó szerepe pozitív előrejelzőként a meddőségi párkapcsolati aggodalmak (FPI3) tekintetében is megmaradt (3. modell:  $\beta=0.50$ ,  $p<0.05$ , 4. modell:  $\beta=0.47$ ,  $p<0.05$ ). Ezen a skálán a distresszt emelték a társas gyermekvállalási motívumok (LKM3) (3. modell:  $\beta=0.37$ ,  $p<0.05$ ; 4. modell:  $\beta=0.36$ ,  $p<0.05$ ) és a depresszió (3. modell:  $\beta=0.47$ ,  $p<0.05$ , 4. modell:  $\beta=0.39$ ,  $p<0.05$ ). A 4. modellben a párkapcsolati elégedettség (DAS) negatívan hatott a párkapcsolati distresszre ( $\beta=-0.40$ ,  $p<0.01$ ). A prediktorok teljes magyarázó értéke  $R^2=32.4\%$  volt ezen a skálán. A szülővé válás igényének (FPI5) egyetlen pozitív előrejelzője az érzelmi gyermekvállalási motívumok voltak (LKM1) (2. modell:  $\beta=0.42$ ,  $p<0.01$ , 3. modell:  $\beta=0.37$ ,  $p<0.05$ , 4. modell:  $\beta=0.36$ ,  $p<0.05$ ). A 4. modell magyarázó értéke  $R^2=26.7\%$ .

## **II. VIZSGÁLAT: A MAGYAR MEDDŐ PÁROK DEPRESSZIÓJA ÉS MEDDŐSÉGRE ADOTT PSZICHOLÓGIAI VÁLASZAI**

### ***A depresszió kategóriák arányai mintánkban és az átlagpopulációban***

Miután a vizsgálati személyeket az egyes depresszió kategóriákba soroltuk, megvizsgáltuk, hogy a mintában a depresszió erősségének megoszlása eltér-e az átlagnépesség körében tapasztalható eloszlástól. Azt találtuk, hogy az enyhe depresszió kategóriába a mintánk szignifikánsan nagyobb százaléka tartozott (24.2%), mint az átlagnépességben (12.8%,  $EH=0.43$ , 95%-os KI: 0.20-0.92,  $p<0.05$ ). Diagnosztizált depresszióról 2 nő (0.02%) számolt be. Mivel a közepesen súlyos és súlyos depressziós kategóriába csak 10, illetve 32 fő került, ezért ezt a két kategóriát összevontuk, hogy a későbbi vizsgálatokban megbízható eredményeket kapjunk.

### ***A depresszió súlyosságának és a szociodemográfiai tényezők összefüggései***

A három depresszió-kategóriát a demográfiai jellemzők gyakorisága mentén hasonlítottuk össze. A nem depressziós kategóriával összevetve, az enyhe depresszió kategóriába közel kétszer nagyobb eséllyel (EH: 1.97, 95%-os KI 1.07-3.60,  $p < 0.05$ ), a közepesen súlyos-súlyos kategóriába pedig két és félszer (EH: 2.46, 95%-os KI 1.21-5.00,  $p < 0.05$ ) nagyobb eséllyel kerülnek nők, mint férfiak, vagyis a meddő populáció nő tagjaira jellemzőbb a depresszió enyhe vagy súlyosabb formáinak megjelenése, mint a férfiakra. A nem kívánt gyermektelenség korábbi szakaszában jellemzőbbek az enyhe depressziós tünetek: akik kevesebb, mint 2.5 éve szeretnének gyermeket, kétszer nagyobb eséllyel (EH: 2.01, 95%-os KI 1.06-3.80) kerülnek az enyhe depressziós kategóriába, mint a nem depressziós kategóriába. Abban az esetben, ha a partnernek nincs depressziója, az egyén kevesebb eséllyel kerülhet mind az enyhe (EH=0.27, 95%-os KI 0.15-0.51,  $p < 0.001$ ), mind a közepesen súlyos/súlyos depressziós kategóriába (EH=0.24, 95%-os KI 0.12-0.50,  $p < 0.001$ ). Ha a partner enyhe depresszióval rendelkezik, akkor az egyén is nagy eséllyel (EH: 2.86, 95%-os KI 1.47-5.59,  $p < 0.01$ ) az enyhe depressziós kategóriába fog tartozni. Ha a partner közepesen súlyosan vagy súlyosan depressziós, akkor az egyénnek több, mint kétszeres az esélye (EH: 2.25, 95%-os KI 1.01-5.02,  $p < 0.05$ ), hogy az enyhe, és több, mint négyszeres az esélye (EH: 4.18, 95% KI 1.82-9.48,  $p < 0.01$ ), hogy a közepesen súlyos/súlyos depresszió kategóriába tartozzon; vagyis, ha a partner súlyosabb depressziós tünetekkel rendelkezik, az az egyénre nézve mind az enyhébb, mind a súlyosabb depressziós tünetek megjelenésének kockázatát jelenti.

### ***A depresszió és a meddőségi distressz összefüggései egyéni és párkapcsolati szinten***

A különböző depresszió-kategóriába tartozó nők szignifikánsan eltérő pontszámokról számoltak be a meddőséggel kapcsolatos szexuális aggodalmak (FPI2:  $F(2)=8.17$ ,  $p < 0.001$ ) és a párkapcsolati aggodalmak tekintetében (FPI3:  $F(2)=12.60$ ,  $p < 0.001$ ): a közepesen súlyos/súlyos kategóriába tartozó nőknek szignifikánsan magasabbak a pontjaik, mint a nem depressziós és az enyhe depressziós kategóriába tartozó nőké. A nők párkapcsolati aggodalmi összefüggést mutattak a partnerük depressziójával (FPI3:  $F(2)=12.25$ ,  $p < 0.001$ ): szignifikánsan magasabb a nők párkapcsolati stressz-szintje, ha a partner enyhe vagy közepesen súlyos/súlyos depressziós.

Férfiak esetében a depressziós tünetek hiánya okozott szignifikáns eltérést, mivel az enyhe és a közepesen súlyos/súlyos depresszióval rendelkezők több szexuális aggodalomról (FPI2:  $F(2)=11.19$ ,  $p < 0.001$ ) és párkapcsolati aggodalomról (FPI3:  $F(2)=12.05$ ,  $p < 0.001$ ) számoltak

be, mint akiknél nem voltak jelen depressziós tünetek. A párkapcsolati aggodalmak tekintetében a férfiaknál is befolyásoló erővel bírt a partner depresszió szintje (FPI3:  $F(2)=6.50$ ,  $p<0.01$ ): ha a nő nem mutatott depressziós tünetet, a férfiak kevesebb párkapcsolati aggodalommal rendelkeztek, mintha a nő enyhén vagy súlyosabb formában depressziós lett volna. Abban az esetben, ha a női partnernél enyhe depressziós tünetek jelentek meg, a férfiak több meddőséggel kapcsolatos szexuális aggodalomról is beszámoltak (FPI2:  $F(2)=3.29$ ,  $p<0.05$ ), mint amikor a partner nem volt depressziós.

### ***A depresszió és a meddőség specifikus életminőség összefüggései egyéni és párkapcsolati szinten***

Az életminőségi és a depresszió-mutatók negatív korrelációi nőknél és férfiaknál is megjelentek, és szignifikáns együttjárásokat mutattak. A férfiak magasabb depresszió szintje saját alacsonyabb életminőségükkel korrelált (FertiQoL érzelmi:  $r=-0.44$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $r=-0.41$ ,  $p<0.001$ ; párkapcsolati:  $r=-0.53$ ,  $p<0.001$ ; társas:  $r=-0.40$ ,  $p<0.001$ ), illetve a női alacsonyabb érzelmi életminőségével mutatott gyenge összefüggést ( $r=-0.18$ ;  $p<0.05$ ). A nőknél a magasabb depressziós érték nem csak a saját (FertiQoL érzelmi:  $r=-0.45$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $r=-0.53$ ,  $p<0.001$ ; párkapcsolati:  $r=-0.25$ ,  $p<0.01$ ; társas:  $r=-0.38$ ,  $p<0.001$ ), de a partner több, alacsonyabb életminőségi mutatójával is összefüggött (FertiQoL érzelmi:  $r=-0.21$ ,  $p<0.05$ ; testi/kognitív:  $r=-0.19$ ,  $p<0.05$ ; társas:  $r=-0.21$ ,  $p<0.05$ ). A demográfiai jellemzők közül csupán a nem kívánt gyermektelenség hossza mutatott korrelációs viszonyt a férfiak életminőségével: a hosszabb ideje tartó nem kívánt gyermektelenség a férfiaknál alacsonyabb érzelmi ( $r=-0.22$ ,  $p<0.05$ ), testi/kognitív ( $r=-0.20$ ,  $p<0.05$ ) és párkapcsolati ( $r=-0.21$ ,  $p<0.05$ ) életminőséggel járt együtt.

## **III. VIZSGÁLAT: MEDDŐSÉG SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG NEMZETKÖZI ÖSSZEHASZNÁLÁSBAN**

### ***Mintaváltozók***

Németországban 288 fő (válaszadási arány 81%), Magyarországon 252 fő (válaszadási arány 43%) töltötte ki a kérdőívcsomagunkat, így az eredeti adatbázisunk 540 fő (270 pár) rekordjából állt. Viszont néhány német személy, aki beleegyezett a vizsgálatban való részvételbe, nem töltötte ki a FertiQoL vagy a PAQ kérdőívet, így a végső elemzéshez csak 498 résztvevő (249 pár) adatait használtuk.

A két országból vett mintát összehasonlítottuk életkor, iskolai végzettség, családi állapot, diagnózis, a párkapcsolat hossza és a meddőség hossza szerint, és azt találtuk, hogy a német párok idősebbek (nők:  $t(247)=-3.52$ ,  $p<0.01$ ; férfiak:  $t(246)=-4.73$ ,  $p<0.001$ ) és hosszabb ideje tart a párkapcsolatuk ( $t(496)=-2.76$ ,  $p<0.01$ ). Több magyar résztvevőnek volt érettségije (nők:  $EH=2.71$ , 95%-os  $KI=1.45-5.07$ ,  $p<0.001$ ; férfiak:  $EH=2.45$ , 95%-os  $KI=1.32-4.55$ ,  $p<0.01$ ) és kevesebbnek általános vagy szakiskolai végzettsége (nők:  $EH=0.22$ , 95%-os  $KI=0.12-0.40$ ,  $p<0.001$ ; férfiak:  $EH=0.53$ , 95%-os  $KI=0.32-0.88$ ,  $p<0.05$ ). A magyar nők felsőfokú iskolai végzettsége is nagyobb arányú, mint a német nőké ( $EH=1.79$ , 95%-os  $KI=1.08-2.97$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Országok és nemek közötti különbségek***

A magyar nők és férfiak magasabb pontszámot értek el az életminőségi skálákon, mint a németek (nők: FertiQoL érzelmi:  $t(244)=-3.94$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $t(247)=-2.05$ ,  $p<0.05$ ; párkapcsolati:  $t(244)=-1.99$ ,  $p<0.05$ ; társas:  $t(247)=-3.69$ ,  $p<0.001$ ; férfiak: FertiQoL érzelmi:  $t(247)=-3.89$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $t(247)=-5.26$ ,  $p<0.001$ ; párkapcsolati:  $t(246)=-4.58$ ,  $p<0.001$ ; társas:  $t(247)=-8.47$ ,  $p<0.001$ ); vagyis úgy tűnik, hogy a magyarok számára a meddőség érzelmi, testi/kognitív, párkapcsolati és egyéb társas terhei nem tűnnek annyira nehéznek, mint a németeknek. A magyar nők több „érzelemkifejező”/”feminin” jellemzővel is rendelkeznek, mint a német nők ( $t(247)=-5.12$ ,  $p<0.001$ ). A német mintában nemi különbséget találtunk a meddőséggel összefüggő életminőség érzelmi ( $t(242)=-6.45$ ,  $p<0.001$ ) és testi/kognitív skáláján ( $t(238)=-4.82$ ,  $p<0.001$ ). A magyar nők, a párkapcsolati életminőség skálát kivéve, minden skálán alacsonyabb pontszámot értek el, mint a magyar férfiak (FertiQoL érzelmi:  $t(250)=-6.71$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $t(250)=-7.48$ ,  $p<0.001$ ; társas:  $t(250)=-4.46$ ,  $p<0.001$ ). Az elvárásoknak megfelelő nemi különbségeket találtunk a PAQ-skálákon: a nők több „érzelemkifejező”/”feminin” attitűdöt (magyarok:  $t(249)=5.42$ ,  $p<0.001$ ; németek:  $t(242)=2.84$ ,  $p<0.01$ ), a férfiak pedig több „tevékeny”/”maszkulin” attitűdöt mutattak (magyarok:  $t(250)=-3.96$ ,  $p<0.001$ ; németek:  $t(239)=-3.72$ ,  $p<0.001$ ).

Csak a nőknél találtunk meddőséggel összefüggő életminőségi különbséget az iskolai végzettség szerint (FertiQoL érzelmi:  $F(1)=8.08$ ,  $p<0.001$ ; testi/kognitív:  $F(1)=3.18$ ,  $p<0.05$ ; párkapcsolati:  $F(1)=5.21$ ,  $p<0.00$ ; társas:  $F(1)=4.51$ ,  $p<0.01$ ). A post hoc vizsgálatok azt mutatták, hogy az érettségivel rendelkező nőknek jobbak a mutatóik, mint az ettől alacsonyabb végzettséggel rendelkező nőké (minden  $p<0.05$ ). Az érzelmi és társas életminőségi területeken, a diplomás nők is jobb pontszámot értek el, mint az általános és szakmunkás végzettségűek (minden  $p<0.05$ ).

### ***Különbségek a nemi szerep-beállítódások szerint***

A német mintában a „semleges” és „érzelemkifejező” csoportba tartozó egyének rosszabb életminőségi mutatókról számoltak be, mint a „kombinált” csoport tagjai. Ezek a különbségek különösen a FertiQoL érzelmi ( $F(3)=3.80$ ,  $p<0.05$ , post hoc: semleges<kombinált,  $p<0.05$ , érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ), testi/kognitív ( $F(3)=5.52$ ,  $p<0.01$ , post hoc: semleges<kombinált,  $p<0.01$ , érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ) és társas ( $F(3)=4.37$ ,  $p<0.01$ , post hoc: semleges<kombinált,  $p<0.01$ , érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ) területein voltak jellemzőek. Ezen felül a „semleges” csoportba tartozók a testi/kognitív életminőség tekintetében a „tevékeny” csoportnál is rosszabb mutatókkal voltak jellemezhetőek ( $F(3)=5.52$ ,  $p<0.01$ , post hoc: semleges<tevékeny,  $p<0.05$ ). A párkapcsolati dimenzióban, a „semleges” kategóriába tartozóknak rosszabb volt az életminőségük, mint a három másik csoport tagjainak ( $F(3)=8.20$ ,  $p<0.001$ , post hoc: semleges<kombinált,  $p<0.01$ , semleges<érzelemkifejező,  $p<0.01$ , semleges<tevékeny,  $p<0.001$ ).

Figyelemreméltó, hogy a magyar vizsgálati személyeknél az „érzelemkifejező” csoportba tartozóknak életminősége a legalacsonyabbnak bizonyult, főként a „kombinált” csoporttal összehasonlítva. Mind a négy skálán, a „kombinált” csoport tagjai érték el a legmagasabb életminőségi pontszámot (FertiQoL érzelmi:  $F(3)=2.35$ ,  $p<0.05$ , post hoc: érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ; testi/kognitív:  $F(3)=2.27$ ,  $p<0.05$ , post hoc: érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ; párkapcsolati:  $F(3)=3.98$ ,  $p<0.01$ , post hoc: érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ; társas:  $F(3)=3.57$ ,  $p<0.05$ , post hoc: semleges<kombinált, érzelemkifejező<kombinált,  $p<0.05$ ). A „tevékeny” és a „semleges” kategóriába tartozók is alacsonyabb párkapcsolati és társas életminőségről számoltak be, mint a „kombinált” csoport tagjai.

## **MEGBESZÉLÉS**

### **I. VIZSGÁLAT: MAGYAR MEDDŐ FÉRFIAK ÉS NŐK PSZICHOSZOCIÁLIS JELLEMZŐINEK ELŐVIZSGÁLATA**

A várakozásainknak megfelelően a meddőség megtapasztalása kifejezőbben terheli meg a nőket, mint a férfiakat, a beteljesületlen gyermekvállalási vágyak nagyobb frusztrációt idéznek elő a nőben, mint a férfiban. Olyan társas problémák, mint a frusztráltság átélése, ha mások gyermekeiről esik szó, jellemzőbb a nők körében.



Az általános jó életminőség és a hosszú és mély partnerkapcsolat megvédheti a párt a meddőség okozta terhektől, különösen a párkapcsolatra nehezedő terhektől, ahogy azt eredményeink is mutatják.

A femininitás, nőiesség szoros kapcsolatban áll a meddőségi distressz több tényezőjével is. Egy tanulmány szerint a meddőség következtében a nők kevésbé érzik nőiesnek magukat, de ennek fordítottjaként, ha inkább femininebbnek mutatkoznak vagy frusztráltak a nemi szerepeiket illetően, akkor is magasabb distresszt élhetnek át. Vizsgálatunkban a meddő nők femininebbek voltak, mint az átlagpopuláció nő tagjai, ami egy kompenzáció is lehet, hogy bizonyítsák nőiességüket, vagy annak más oldalait anélkül, hogy gyermekük lenne. Ha valaki a nemi szerepekről tradicionálisabban gondolkozik, akkor lehetséges, hogy akkor alacsonyabb szintű distresszt él át. Ez az eredmény első látásra ellentmondásosnak tűnhet. A tradicionális nemi szerep-beállítódásokat nem csak a gyereknevelés, hanem a párkapcsolat vonatkozásában is mértük. Ebben a tekintetben, ha valaki a párkapcsolati együttélést bizonyos szabályok szerint valósítja meg, az keretet nyújthat az életéhez, és erőforrást a meddőség krízisével való szembenézéshez.

A társas és érzelmi gyermekvállalási motívumok előrejelzői lehetnek a meddőséggel kapcsolatos aggodalmaknak, de a hatásuk értelmezésénél figyelembe vennünk más tényezőket is, pl. az általános/mentális egészséget. Azok a meddő férfiak, akik a gyermekvállalás irányába érzelmileg erősebben elköteleződtek, nagyobb fokú meddőségi distresszről számolnak be: magyar meddő férfiak a kanadaiakkal összehasonlítva stresszesebbnek élik meg a nem kívánt gyermektelenséget és a szülővé válás igénye is erősebb náluk.

## **II. VIZSGÁLAT: A MAGYAR MEDDŐ PÁROK DEPRESSZIÓJA ÉS MEDDŐSÉGRE ADOTT PSZICHOLÓGIAI VÁLASZAI**

Az átlaghoz képest csak az enyhe tünetek gyakorisága több az általunk vizsgált meddő populációban. A depressziós tünetek súlyossága csak a nemi hovatartozással, és a partner depressziójával mutatott kapcsolatot. Vizsgálatunkban a depresszió és a meddőségi distressz összefüggései csak két skálán, a szexuális aggodalmak és a párkapcsolati aggodalmak tekintetében igazolódtak. Nőknél csak a közepesen súlyos/súlyos depressziós tünetek vezettek rosszabb stressz-mutatókhoz. A férfiaknál ellenben maga a depresszió megléte – függetlenül attól, hogy az enyhe vagy súlyosabb – is több meddőségi aggodalommal jár együtt, mint a depresszió hiánya.

A partnerek depressziójának megléte és hiánya is összefügg, vagyis ha a nőnek vagy a férfinak depressziója van, akkor valószínű, hogy a partner is hasonlóan súlyos depresszióban szenved. A párkapcsolati aggodalmak tekintetében egyértelmű összefüggést tapasztaltunk: mind a férfiak, mind a nők depressziója rontja a partner számára a meddőség párkapcsolati hatásait. A férfiak szexualitásban megjelenő aggodalmait befolyásolta a partner depresszió szintje, a nőké viszont nem. Korábban igazolt eredmény, hogy a szorongás szintje a férfiaknál jóval erősebben összefügg a meddőségi szexuális aggodalmakkal, mint a nőknél. A férfiaknál a szexuális teljesítményhez könnyen társulhat teljesítményszorongás; egy depressziós tüneteket mutató partner valószínűleg ezt a kölcsönhatást erősíti, így a férfiak hajlamosabbak lesznek arra, hogy a meddőség negatív hatásait érzékeljék a szexuális életükön. A párkapcsolati életminőség dimenziója egyedülálló területnek bizonyul. Egyrészt csak ezen a területen nem találtunk nemi különbséget. Másrészt a női depresszió hatása egyéni szinten gyengén érzékelhetőnek mutatkozott ezen az életminőségi területen, partneri szinten pedig nem érvényesült.

Egyik fontos vizsgálati eredményünk, hogy meddő pároknál a nő magasabb depressziószintje együtt jár a férfi meddőséggel összefüggő alacsonyabb életminőségével. A talált összefüggéseink, korábbi vizsgálatok tanulságait is figyelembe véve, azt mutatják, hogy a nő magasabb depresszió szintje okozza a férfi alacsonyabb életminőségét. Feltételezhetjük, hogy a nők depressziója rontja a pár életminőségét (tehát a férfit is), míg a férfiak depressziója vélhetően, bizonyos mértékig független a pár életminőségétől. Más eredmények szerint, ha a nők kevésbé használnak pozitív megküzdési technikákat (pl. társas támasz keresés, pozitív átkeretezés), az mind a saját, mind a férj meddőséggel kapcsolatos aggodalmait fokozni fogja. Ugyanakkor a férfiak optimistább megnyilvánulásai vagy pozitív átkeretezési módjaik inkább növelik a nők depresszióját, illetve stressz-szintjét. A női depresszió és a férfi alacsony életminőség kapcsolata mögött még a férfiak azon kognitív torzítása is meghúzódhat, miszerint hajlamosak partnerüket depresszívebbnek látni, mint a nők saját magukat.

### **III. VIZSGÁLAT: MEDDŐSÉG SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG NEMZETKÖZI ÖSSZEHAJONLÍTÁSBAN**

Érdekes összefüggéseket találtunk a nemi szerep-beállítódások és a meddőség specifikus életminőség között. A „kombinált” attitűdök (ami azt jelenti, hogy az egyén mind „érzelemlifejező”/”feminin”, mind „tevékeny”/”maszkulin” attitűdökkel rendelkezik) mutatták a legszorosabb összefüggést a magasabb életminőséggel mind a magyar, mind a

német mintában. A vizsgálatunk központi eredménye, hogy a nemi szerep-beállítódásokban való rugalmasság („kombinált” attitűdök) tompíthatja a meddőségi distresszt a meddő pár mindkét tagja számára. Hasonló eredményt korábban nem találtak meddő mintán.

A német párok idősebbek voltak és hosszabb ideje éltek párkapcsolatban, mint a magyarok, de nem volt különbség abban a tekintetben, hogy mióta szeretnének gyermeket. Évtizedek óta idősebbek a német nők első gyermekük születésekor, a szülővé válás időbeli kitolódása pedig mindkét országban jelen lévő folyamat. A vizsgálatban résztvevők között nagy arányú a diplomások száma, főként a nők esetében (magyar nők 50.8%-a, német nők 36.6%-a). Ugyanakkor figyelemreméltó, hogy mintánkban az alacsonyabb iskolai végzettségűek is viszonylag nagyszámban vannak jelen – összehasonlítva korábbi német és magyar meddőkkel végzett vizsgálatok adataival –, ami arra enged következtetni, hogy a meddőségi kezelések szélesebb körben váltak ismertté, és az alacsonyabb iskolai végzettségűek, és feltételezhetően az alacsonyabb jövedelműek, is el tudják kezdeni a kezeléseket.

Várokozásainkkal szemben a magyar párok jobb meddőséggel összefüggő életminőségről számoltak be, mint a németek. Ezen eredmények értelmezésénél figyelembe kell vennünk az élet más területein szerepet játszó tényezőket, amelyeket részletesen nem vizsgáltunk. Azokban a kultúrákban, ahol a tradicionális értékek hangsúlyosak az egyén minden napi életében, a kiterjedt és erős rokoni kapcsolatok kárpótolhatják a hiányzó társas szerepeket. Ezen felül az észlelt társas támasz csökkenti meddőséggel összefüggő distresszt egyéni és párkapcsolati szinten is. Ugyanakkor a társas megfelelés is szerepet játszhat abban, hogy a magyar válaszadók magasabb pontszámot értek el az általunk vártnál. Lehetséges háttértényezőként el kell ismernünk, hogy a meddőségi kezelések egészségbiztosítási finanszírozása eltér a két országban, bár a szolgáltatások megegyeznek. A meddőségi egészségügyi ellátásban jelen lévő egyenlőtlenségek is befolyásolhatják a meddőség specifikus életminőség alakulását. Azt is fontos megemlítenünk, hogy az elmúlt években jelentős változások történtek a nemi szerepek tekintetében és a magyar nők magas iskolai végzettsége (összevetve a németekével) közvetetten emelheti a pár életminőségét, mert a potenciális jó munkahelyi státusz alternatív életcél jelent, ha a mesterséges megtermékenyítés nem sikerül.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

Az értekezés legnagyobb erőssége, hogy a közép-európai meddőség pszichoszociális aspektusainak irodalmát bővíti. Ebben a térségben csak néhány tanulmány született olyan

témákban, mint a párok általános tapasztalatai a meddőségről tradicionális környezetben, meddő nők nemi szerep-beállítódásai, szexuális elégedettsége és stigmatizáltság érzése. Ráadásul a szakirodalomban kifejezett igény mutatkozik arra, hogy a meddőség pszichoszociális aspektusainak vizsgálata különböző szociokulturális közegben történjen.

Vizsgálatainkban betegség specifikus kérdőíveket alkalmaztunk (FertiQoL, FPI), hogy pontos képet kapjunk a meddő párok élményeinek minden lényegi problémájáról. Mivel a FertiQoL kérdőívet nemzetközileg fejlesztették ki, megfelelő mérőeszköz a nemzetközi összehasonlítások lebonyolítására is.

A II. és III. vizsgálatunk elemszáma megfelelően magas volt, az adatgyűjtés 5 magyar meddőségi központban történt, hogy a minta viszonylag reprezentatív legyen. Ezekben a vizsgálatokban párok adataival dolgoztunk.

### *Főbb megállapítások*

- A meddőségi stressz elsősorban a femininitással, a tradicionális nemi szerepek felfogásokkal, az életminőséggel és a párkapcsolati elégedettséggel függ össze.
- A szülővé válás igénye fontos a magyar nők és férfiak számára. A férfiak társas gyermekvállalási motívumai erősebbek, mint a kanadai vagy német csoportoké; és azok a magyar meddő férfiak, akik fontosabbnak tartják a szülővé válás, több depressziós tünetről számolnak be.
- Nemi különbségeket találtunk a meddőség specifikus életminőség és a meddőséggel összefüggő distressz több területén.
- Nőknél csak a súlyosabb depressziós tünetek függtek össze nagyobb meddőségi distresszrel; míg férfiaknál az enyhe és súlyosabb depressziós tünetek is több meddőséggel kapcsolatos problémához vezettek.
- A női depresszióknak nagyobb szerepe volt a párkapcsolat területén, mert emelte a férfi szexuális aggodalmait és összefüggött a férfi rosszabb életminőségi mutatóival szinte minden meddőség specifikus területen.
- A magyar meddő populáció fiatalabb és jobb meddőség specifikus életminőséggel rendelkezik, mint a német. (Az eredmények tisztázására további kutatások indokoltak.)
- Az alacsony iskolai végzettségű meddő nők életminősége rosszabb.
- Magyar mintában a „tevékeny”/”maszkulin” és az „érzelemkifejező”/”feminin” attitűdöket egyaránt használó egyéneknek jobb a meddőséggel összefüggő életminősége, mint a többi nemi szerep-beállítódással rendelkezőké.

### ***Az eredmények gyakorlati felhasználása***

A jelenleg érvényes, nemzetközi irányelvek szerint az asszisztált reprodukciós eljárások elkezdése előtt, az orvosi kezelésekkel párhuzamosan, illetve a sikeres vagy sikertelen beavatkozások után pszichológiai segítségnyújtás (pszichoedukáció, szupportív konzultáció, terápiás konzultáció) nyújtható a kezelteknek. Mivel a magyar, meddőségi ellátásról és asszisztált reprodukcióról szóló protokoll a kezeltek pszichológiai ellátását ismertető irányelveket nem tartalmaz, így e szolgáltatások OEP-finanszírozása sem valósul meg, a betegek egyáltalán nem, vagy csak kis százalékban fordulnak pszichológushoz. A nemzetközi különbségekre rámutató eredményeink új szempontokat adnak a meddő személyek és párok számára nyújtott pszichológiai konzultációk nemzetközi és nemzeti irányvonalainak tervezésében. A tanácsadóknak hangsúlyt kell fektetniük a meddőségre adott reakciók nemi különbségeire, és a konzultáció során pontosan feltárniuk azokat. Bár a férfiak jobb életminőségi mutatókról számolnak be, mint a nők, a pszichoszociális segítségnyújtást számukra is fel kell ajánlani, mert a partnerek meddőségre adott válaszai hatnak egymásra.

Eredményeink fontos információkat nyújtanak a meddőségi egészségügyi személyzet számára is, mert felhívják a figyelmet, hogy a depressziós tünetegyüttes már a kezelések kezdetén jelen lehet, és a depresszió hatással van a saját és a partner distressz-szintjének alakulására. A depresszió a leggyakrabban előforduló tünet a meddő párok körében. II. vizsgálatunkban a résztvevők egy jelentős hányada (17%) súlyosabb depresszióról számolt be. Ezekben az esetekben a depresszió monitorozása igen fontos szempont a mesterséges megtermékenyítés megkezdése előtt, mert a kezdetben meglévő depresszió előreláthatólag csak erősödni fog a mesterséges megtermékenyítés során, illetve a partner depresszióját is emelheti.

A meddőségi ellátó személyzet is nyújthat információkat a meddőség pszichoszociális következményeiről, pl. a nemi szerep-beállítódások és a termékenységi problémák megtapasztalása közötti összefüggésekről. A „tevékeny”/”maszkulin” és „érzelemkifejező”/”feminin” attitűdök kombinált használata két európai országban is a párok mindkét tagja számára tompította a meddőségi distresszt és ezért ajánlott ezt az eredményt a meddőségi tanácsadás során is figyelembe venni.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A meddőség világ szinten jelen lévő népegészségügyi probléma, mely a fejlett országok, így Magyarország, felnőtt lakosságának 10%-át érinti. Egy pár akkor tekintünk meddőnek, ha legalább egy évnyi, rendszeres, védekezés nélküli szexuális élet mellett nem következik be a fogamzás.

Kutatómunkánkban a meddőséggel összefüggő distresszt és a meddőséghez kapcsolódó életminőséget vizsgáltuk, nemi különbségek és magyar mintában megjelenő jellegzetességek mentén. Megvizsgáltuk a depresszió súlyosságának hatását a meddőséggel összefüggő pszichés változókkal kapcsolatban az egyének és a párok kapcsolat szintjén. Nemzetközi összehasonlításban mértük fel a nemi szerep-beállítódások és a meddőséghez kapcsolódó életminőség összefüggéseit.

A meddőségi stressz elsősorban a nőiességgel, a hagyományos nemi szerep-beállítódásokkal, az életminőséggel és párkapcsolati elégedettséggel függ össze. A szülővé válás fontos igény a magyar nők és férfiak számára. Kanadai és német csoportokkal összevetve, a magyar férfiak társas gyermekvállalási motívumai erősebbek, és szülővé válás igénye összefüggést mutat a depresszív tünetek megjelenésével. A meddőségre adott pszichés válaszokban a nők nagyobb megterhelésről számoltak be.

A nőknél a súlyos depresszió hatása erősebb a meddőséggel összefüggő distresszre nézve, mint az enyhébb tüneteké, a férfiaknál maga a depressziós tünetek megjelenése is több distresszt eredményez. A nők depressziója a párkapcsolat szintjén nagyobb hatással bír, mivel a férfi szexuális aggodalmainak növekedésével és életminőségének csökkenésével áll kapcsolatban. A magyar meddő populáció átlagosan fiatalabb, mint a német és jobb, meddőséggel összefüggő életminőségi mutatókkal rendelkezik. Magyar mintában a mind az érzelem kifejező (tradicionálisan női) mind a tevékeny (tradicionálisan férfi) nemi szerep-beállítódások használata jobb életminőséggel jár, mintha az egyén csak az egyik, vagy másik nemi szerep-beállítódást használná vagy egyiket sem.

Vizsgálatainkban a meddőség jellegzetes pszichés következményeit tártuk fel magyar mintán. Már az orvosi személyzet is adhat információkat az érintetteknek a nem kívánt gyermektelenség pszichológiai következményeiről. Eredményeink alapján javasoljuk, hogy a meddőségi pszichológiai konzultáció fő témái a meddőségre adott eltérő nemi válaszok, a női reakciók párkapcsolatra gyakorolt hatásai és a nemi szerep-beállítódások a meddőséghez való alkalmazkodásra gyakorolt hatásai legyenek. Eredményeink hozzájárulnak a meddő személyek és párok segítségét biztosító meddőségi pszichológiai konzultációk szakmai protokolljának megfelelő összeállításához.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönöm témavezetőmnek, Dr. Bugán Antalnak, hogy segített, mindig a lehető legjobb munkára sarkallt, és minden lehetőséget megadott ahhoz, hogy nemzetközi vizsgálatot tudjak tervezni és kivitelezni. Köszönet a Magatartástudományi Intézet minden dolgozójának a doktori tanulmányaim során nyújtott támogatásért.

Hálás vagyok Prof. Dr. Ádány Rózának, az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetőjének, amiért támogatta doktori tanulmányaimat és az értekezés megírását.

Hálás köszönetem fejezem ki Dr. Tewes Wischmann-nak a heidelbergi Orvosi Pszichológiai Intézetben folytatott közös munkáért és a meddőség pszichoszociális tényezőinek vizsgálatában nyújtott iránymutatásaiért.

Köszönet illeti a vizsgálatokban résztvevőket, valamint a vizsgálatok helyszínét biztosító klinikák dolgozóinak munkáját, mellyel az adatgyűjtést és az eredmények értelmezését segítették.

Mély hálával tartozom a hozzám legközelebb állóknak, családomnak és barátaimnak, akik minden támogatást és biztatást megadtak, hogy kutatómunkámat a kezdetektől a befejezésig végigcsináljam.

Kutatómunkám a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 Nemzeti Kiválóság Program című kiemelt projekt keretében zajlott; a németországi vizsgálatok lebonyolítását a TÁMOP-4.2.4B/2-11/1-2012-0001 pályázat, az értekezés elkészítését pedig a TÁMOP-4.2.2. A-11/1/KONV-2012-0031 pályázat is támogatta.



**DEBRECENI EGYETEM**  
**EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**  
**PUBLIKÁCIÓK**



Iktatószám: DEENKÉTK/395/2014.  
Tételszám:  
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Cserepes Réka Eszter

Neptun kód: JI4B4Z

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

MTMT azonosító: 10032814

**A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények**

1. **Cserepes, R.**, Bugán, A., Körösi, T., Tóth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wischmann, T.: Infertility specific quality of life and gender role attitudes in German and Hungarian involuntary childless couples =Infertilitätsbezogene Lebensqualität und persönliche Geschlechtsrollenverhaltens infertiler Paare in Deutschland und in Ungarn. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* "accepted by publisher" (2014)  
IF:0.962 (2013)
2. **Cserepes, R.E.**, Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., Bugán, A.: Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch. Gynecol. Obstet.* 288 (4), 925-932, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-013-2835-7>  
IF:1.279







### További Közlemények

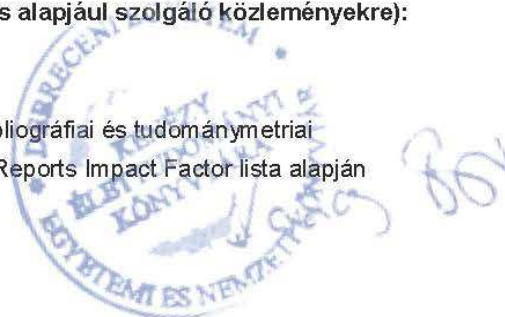
3. **Cserepes R.E.**, Bugán A.: A depressziós tünetegyüttes hatásai magyar meddő pároknál = Impacts of depressive symptomatology in Hungarian infertile couples.  
*Psychiatr. Hung.* "közlésre elfogadva", 2014.
4. **Cserepes R.E.**, Körösi T., Bugán A.: A meddőséggel összefüggő életminőség jellemzői magyar pároknál.  
*Orv. Hetil.* 155 (20), 783-788, 2014.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2014.29867>
5. **Cserepes R.E.**: A reprodukciós zavar okozta stressz a párkapcsolatokban.  
In: Tavaszai Szél 2012: konferenciakötet. Szerk.: Fülöp P, Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest, 288-294, 2012.
6. **Cserepes R.E.**, Pék G.: Az özvegység hatása a nőiség megélésére és a szubjektív jólétre középkorú és idős asszonyok csoportjaiban.  
*Magyar Gerontol.* 1 (3), 24-34, 2009.
7. **Cserepes R.E.**, Pék G.: Családi állapota: özvegy: Az özvegyasszonyok életében fellépő változások pszichológiai áttekintése, különös tekintettel a nemi szerep-módosulásokra.  
*Kharon.* 13 (4), 41-51, 2009.
8. **Cserepes R.E.**: Átélni és túlélni: Az özvegység viselése idős asszonyok körében.  
*Juvenelia.* 2, 82-92, 2008.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 2,241

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 2,241

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2014.11.27.



#### AZ ÉRTEKEZÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ NEMZETKÖZI KONFERENCIA ELŐADÁSOK:

**Cserepes RE**, Bugán A, Kollár J, Kőrösi T, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wischmann T: More androgynous or less feminine is for better qol - a German-Hungarian comparison study in fertility specific quality of life and traditional gender-role attitudes. Poster presentation at the 30<sup>th</sup> Annual Meeting of European Society of Human Reproduction and Embryology, 29 June – 2 July, 2014. München, Germany.

Erdei M., Bugán A., **Cserepes R. E.**: Orvostanhallgatók meddőséggel kapcsolatos vélekedései egészségpszichológiai vonatkozásban. Oral presentation at the XXIII. Annual Meeting of Hungarian Psychological Association, 15-17 May, 2014. Marosvásárhely, Romania

**Cserepes R. E.**, Kollár J., Wischmann, T., Bugán A.: Connections between FertiQoL and FPI in a Hungarian sample of couples facing involuntary childlessness. Poster presentation at the 29<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, 7 – 10 July, 2013. London, UK

**Cserepes R. E.**, Bugán A., Sáy T., Tóth Z.: Gender differences in psychological responses in infertility-related stress. A preliminary study in a Hungarian sample. Oral presentation at 12th International Congress of Behavioral Medicine, 29 August–1 Sept, 2012. Budapest

**Cserepes R. E.**, Bugán A. (2011): Pszichés stressz és szülői bánásmód vizsgálata reprodukciós zavarral küzdő pároknál. Oral presentation at XII. Conference of Romanian Doctoral Students' Association, 2 – 4 Dec, 2011. Kolozsvár, Romania

#### AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁHOZ KAPCSOLÓDÓ HAZAI KONFERENCIA ELŐADÁSOK:

**Cserepes R. E.**, Wischmann, T., Kollár J., Kőrösi T., Bugán A. (2014): A nemi szerep-beállítódások és a meddőséggel kapcsolatos életminőség összefüggései: egy keresztmetszeti vizsgálat bemutatása. Oral presentation at VIII. National Congress of Hungarian Psychiatric Association, 22 – 25 Jan, 2014. Budapest

Erdei M., **Cserepes R. E.**, Bugán A. (2014): Nemi sztereotípiák a meddőség következményeinek megítélésénél orvostanhallgatók körében. Oral presentation at VIII. National Congress of Hungarian Psychiatric Association, 22 – 25 Jan, 2014. Budapest

**Cserepes R. E.** (2013): Reprodukciós zavarral összefüggő életminőség és depresszió kapcsolata egyéni és párkapcsolati szinten. Oral presentation at the II. PhD Student Applied Psychological Conference, 16 Nov, 2013. Budapest

**Cserepes R. E.**, Kollár J., Wischmann, T., Bugán A. (2013): Psychosocial aspects of experiencing infertility by Hungarian couples. Poster presentation at the VII. Conference of the Hungarian Association of Public Health Schools (NKE), 4 – 6 Sept, 2013. Kaposvár

**Cserepes R. E.**: Termékenységi problémák során tapasztalt életminőség és depresszió kapcsolata meddő párok együttes reakciójában. Poster presentation at the XXII. Annual Meeting of Hungarian Psychological Association, 28 – 30 May, 2013. Budapest

**Cserepes R. E.:** A reprodukciós zavar okozta életminőségi változások megjelenése a párkapcsolat szintjén. Oral presentation at Annual Symposium of Doctoral School of Health Sciences, 28 May, 2013. Debrecen

**Cserepes R. E.,** Molnár J. E., Szigeti F. J.: A fogamzási nehezítettség. Oral presentation at Scientific Day of Mihály Bálint Psychosomatic Association in Hungary, 23 Jan, 2013. Budapest

**Cserepes R. E.,** Bugán A.: Reprodukciós zavar okozta stressz vizsgálata gyermektelen pároknál. Oral presentation at XII. Behavioural Scientific Days, 14-15 June, 2012. Szeged

**Cserepes R. E.:** Az én küzdelmem, a mi küzdelmünk – A Reprodukciós zavarok szubjektív megélése az egyén és a párkapcsolat szintjén. Oral presentation at the XXI. Annual Meeting of Hungarian Psychological Association, 30 May – 1 June, 2012. Szombathely

**Cserepes R. E.:** Reprodukciós zavarral küzdő párok vizsgálata életminőségi, párkapcsolati és nemi identitásbeli jellemzők mentén. Oral presentation at the Annual Symposium of Doctoral School of Health Sciences, 22 May, 2012. Debrecen

**Cserepes R.:** Quality of life and psychosocial experiences in couples facing infertility. Poster presentation at the V. Conference of the Hungarian Association of Public Health Schools (NKE), 31 Aug – 2 Sept, 2011. Szeged

**Cserepes R.:** Reprodukciós zavarokkal küzdő párok párkapcsolati dinamikájának és életminőségi mutatóinak áttekintése. Irodalmi összegzés. Oral presentation at the XI. Behavioural Scientific Days, 28 – 29 June, 2011. Gödöllő

**Cserepes R.:** A párkapcsolatok közössége. Oral presentation at the XXV. Annual Meeting of Hungarian Association of Family Therapy, 8 – 10 Apr, 2011. Szeged

#### TOVÁBBI KONFERENCIA ELŐADÁSOK:

Almássy Zs., Czimmerman E., **Cserepes R.:** A háziállatok szerepének vizsgálata a családban gyerekrajzok tükrében. Oral presentation at the XXIV. Annual Meeting of Hungarian Association of Family Therapy, 9 – 11 Apr, 2010. Kaposvár

**Cserepes R.** (2009): Ha a halál elválaszt... - Miként befolyásolja az özvegység a szubjektív jóllétet és a nőiség megélését? Oral presentation at the XXIII. Annual Meeting of Hungarian Association of Family Therapy, 17 – 19 Apr, 2009. Sopron

**Cserepes R. E.** (2009): Asszonyors – özvegyors. A nőiséghez való viszony és a szubjektív jóllét vizsgálata középkorú és idős, özvegy és házas asszonyok csoportjaiban. Oral presentation at the XXXIX. Scientific Student Conference, Section of Pedagogy, Psychology, Cultural and Library Science, 6 – 8 Apr, 2009. Pécs

**Cserepes R. E.** (2007): Átélni és túlélni. Az özvegység viselése idősasszonyok körében. Oral presentation at the XXVIII. Scientific Student Conference, Section of Pedagogy, Psychology, Cultural and Library Science, 2 – 4 Apr, 2007. Piliscsaba