

Meddőség és asszisztált reprodukció demográfiai, pszichoszociális és szociokulturális kontextusban

Infertility and assisted reproduction in a demographic, psychosocial and sociocultural context

Lengyel Anna¹ – Danis Ildikó²

<https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.15567>

Beérkezés: 2024. 04. 03

Átdolgozott változat beérkezése:

Elfogadás: 2025. 02. 18

Összefoglaló: Tanulmányunk fő témája a meddőség és annak hatásai egyéni és társas szinten. A gyermektelenség kérdéskörének rövid kifejtését követően kitérünk a meddőség konceptualizálásának nehézségeire. A meddőség hátterében feltárjuk a lehetséges biológiai, pszichés és szociális tényezőket. Részletezzük azokat a speciális mikro-, mezo-, exo- és makroszintű humánökológia hatásokat, kihívásokat, amelyekkel a meddőséggel diagnosztizált és/vagy az asszisztált reprodukciós eljárásban részt vevő családoknak szembe kell nézniük. Bemutatjuk, hogy az egyén, a párkapcsolat, valamint a családi és baráti kapcsolatok színterein milyen sajátosságok jellemzik a meddőséggel küzdőket. Röviden kitérünk a meddőség kialakulását, illetve a kezelések elérhetőségének és eredményességének mértékét befolyásoló társadalmi hatásokra is. Tanulmányunk célja, hogy megmutassa a meddőség témája esetén az interdiszciplináris megközelítés szükségességét, egyben rávilágítson a Magyarországon még hiányos, ezért további kutatásra érdemes kérdéskörökre.

Kulcsszavak: gyermektelenség, meddőség, a fejlődés humánökológiai megközelítése, biopszichoszociális modell, asszisztált reprodukció

Abstract: The main topic of our study is infertility and its effects at the individual and societal levels. After a brief discussion of the issue of childlessness, we discuss the difficulties of conceptualising infertility. We explore the possible biological, psychological and social factors underlying infertility. We detail the specific micro-, meso-, exo- and macro-level human ecological influences and challenges faced by families diagnosed with infertility and/or involved in assisted reproductive procedures. The specialties that characterize people with infertility are presented in the context of individuals, couple relationships, family, and friendship. The social influences that affect the development of infertility and

1 Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Mentális Egészségtudományi Tagozat, Interdiszciplináris társadalomtudományok doktori program, e-mail: lengyel.anna79@phd.semmelweis.hu

2 Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, e-mail: danis.ildiko@semmelweis.hu

the availability and effectiveness of treatment are also briefly discussed. Our study aims to demonstrate the need for an interdisciplinary approach to infertility and highlight the issues still lacking in Hungary and, therefore, deserve further research.

Keywords: childlessness, infertility, human ecology perspectives of development, bio-psycho-social model, assisted reproduction

Bevezetés

A jelenkori demográfiai folyamatok, az alacsony éves születésszám, a reprodukciós szint alatt maradó teljes termékenységi arányszám, a gyermekvállalási kor későbbre tolódása rendszeresen felmerülő témák mind a közbeszédben, mind a családpolitikai intézkedések felvezetésében és magyarázatában, valamint a tudományos gondolkodásban is. Az egyének vagy párok gyermekvállalási tervei és a később ténylegesen megszülető gyermekek száma közti különbség, a halasztott gyermekvállalás és a szándékos gyermektelenség olyan témák, amelyek alaposabb megértése segíthet válaszokat találni a jelenlegi gyermekvállalási tendenciákra. A meddőség jelensége szorosan kapcsolódik a gyermektelenség, különösen a nem szándékolt gyermektelenség kérdésköréhez. A fent említett témákkal való kapcsolata miatt gyakran a gyermekvállalási folyamatok (például a gyermekvállalás életkori kitolódása) egyik lehetséges következményeként és leginkább egészségügyi fókusszal kerül tárgyalásra a szakirodalomban.

A publikált kutatások a meddőség definíciójaként leggyakrabban a WHO biomedikális fókuszú fogalommeghatározására hivatkoznak, amely szerint: „*a meddőség (infertilitás) a női vagy férfi reprodukív rendszer olyan betegsége, amely során a legalább 12 hónapja, rendszeres, védekezés nélküli szexuális együttlétek ellenére nem következik be várandósság*”.³ Tanulmányunk felvezető részében részletesebben tárgyaljuk, hogy még e biomedikális fókuszú definíció sem elégséges ahhoz, hogy egységes prevalenciabecslések készüljenek. Mindeközben egyre több olyan, meddőséggel foglalkozó kutatás jelenik meg, amely a biológiai megközelítést kiegészíti az egyént érintő intrapszichés és társas vonatkozások tárgyalásával, valamint a téma kutatásába beemeli a diagnózis párkapcsolati jellegét is.

A meddőség előfordulási arányát vizsgáló kutatások sem a módszertanukban, sem a pontos eredményeikben nem egységesek, összefoglalóan mégis az látszik, hogy a világ felnőtt korú, nemzőképes lakosságának megközelítőleg 15 százaléka meddő, vagy életének egy szakaszában meddő volt (World Health Organization 2023), és ez az arányszám nem mutat nagy változatosságot regionális szinten sem (Cox et al. 2022). A hazai orvosi tankönyvi irodalom is 10-15 százalékra teszi az előfordulási arányt (Papp 2023). A meddőség tematikájának fontosságát, a témáról való gondolkodás társadalmi indokoltságát nehéz vitatni, ha tudjuk, hogy a szülőkorban

3 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

lévő lakosság statisztikailag minden hatodik tagja érintett. A WHO-ra hivatkozva nemcsak társadalmi és pszichoszociális, hanem etikai, emberjogi kérdéskörrel is szó van: *„Minden embernek joga van az elérhető legmagasabb szintű testi és mentális egészséghez. Az egyéneknek és a pároknak joguk van dönteni gyermekeik számáról, időzítéséről és a gyermekvállalás gyakoriságáról. A meddőség megghiúsíthatja ezen alapvető emberi jogok megvalósulását.”*⁴

A meddőség problémájának kezelésére terjedtek el az 1980-as években az asszisztált reprodukciós beavatkozások (*assisted reproduction technology* – ART), amelyek azóta számos meddő párnak adták meg a lehetőséget a gyermekvállalásra. Tanulmányunk az ART-technológiák pszichoszociális hatásait is beemeli a tárgyalás fókuszába.

Szakirodalom-kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy a hazai és a nemzetközi (angol nyelvű) szakirodalmak hogyan írják le és értelmezik a meddőségnek és az asszisztált reprodukciónak az egyén testi és mentális egészségére, párkapcsolati minőségére, jövőképeire, valamint szűkebb és tágabb társas kapcsolataira tett hatásait. Különösen fontosnak véltük, hogy feltérképezzük és összegezzük a legfrissebb angol nyelvű szakirodalmak tanulságait, valamint feltárjuk, milyen kutatások lennének szükségesek ahhoz, hogy a meddőségben érintettek hazai helyzetét alaposabban megérthessük. Két jól ismert elméleti koncepció keretrendszer segítségével rendszereztük a kérdésfelvetéseink kapcsán feltárt irodalomkutatási eredményeket.

Az egyik vizsgálati szempontunk az Engel által összefoglalt biopszichoszociális megközelítés (Engel 1979), amely az egyén állapotának megértéséhez a biomedikális jellemzők mellé beemeli a lelki és a társas/társadalmi jelenségek feltárásának fontosságát is.

Kutatásunk másik elméleti keretrendszerét Bronfenbrenner humánökológiai modellje (Bronfenbrenner 1979, Reifsnider–Gallagher–Forgione 2005) szolgáltatta. Bár ez a modell eredetileg az egyén fejlődését befolyásoló dimenziók leírásaként vált híressé, nagyon jól alkalmazható az olyan kérdéskörökben is, amikor az egyén tapasztalatát, megélését olyan, számára jelentésteremtő környezeti hatások alakítják, amelyek a humánökológia modelljének dimenziói szerint rendezhetők. Látni fogjuk, hogy a meddőségben érintettek, illetve az asszisztált reprodukciós eljárásokban részt vevők megértéséhez elengedhetetlen feltárni az egyéni adottságok, a párkapcsolat, a tágabb családi kapcsolatok, valamint a társadalmi közeg hatásait.

Kutatási kérdéseink megválaszolásához a narratív áttekintés módszertanát alkalmaztuk, amely során a választott szakirodalmak lehetővé tették a szélesebb spektrumú, több szempontú megközelítést (Sukhera 2022), a kurrens irodalomban megjelenő eredmények és vélemények ütköztetését, továbbá megoldást nyújtottak a sokszor hézagos magyar nyelvű szakirodalom nemzetközi kontextusba helyezésére.

4 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Jelen kutatásunkban első sorban azokat a 2020 és 2023 között megjelent, angol és magyar nyelvű irodalmakat foglaljuk össze, amelyek az orvosi szempontok mellett a humánökológiai, fejlődéslélektani, társas és társadalmi kérdéskörök megértését is segítik. Tanulmányunk célja a meddőség, a vele szorosan összekapcsolódó nem szándékolt gyermektelenség, valamint a meddőség megszüntetésére esélyt teremtő asszisztált reprodukciós témák összefüggéseinek feltárása, kifejezetten fókuszálva az egyén intrapszichés helyzetére, mentális egészségére, jóllétére. Célunk továbbá e témák társas és társadalmi térbe történő elhelyezése. Irodalomkeresésünk alapját a jelzett időszakban megjelent azon angol nyelvű szisztematikus összefoglaló tanulmányok adták, amelyek a meddőségben érintettek, valamint az asszisztált reprodukciós beavatkozások hatásainak társas és pszichés sajátosságait foglalják össze. Ezeket az összefoglaló irodalmakat egészítettük ki a két kiválasztott elméleti keretrendszer alapján releváns, kurrens nemzetközi, angol nyelvű empirikus kutatási szakirodalmakkal. Igyekeztünk felkutatni minden olyan magyar nyelvű tanulmányt, amely az általunk felvázolt témákhoz jól illeszkedik, és be tudja mutatni a hazai eredmények hasonlóságát vagy éppen eltérését a nemzetközi körképhez képest.

Kutatásunk további célja, hogy lehetőséget teremtsen a jövőbeni hazai kutatások elméleti alapjainak lefektetéséhez, a hazai meddőségben érintett populáció sajátos viszonyainak, nehézségeinek és erősségeinek feltárásához.

Germektelenség és meddőség

Bár különbségük első pillanatra egyértelműnek tűnik, a címben foglalt két fogalom kapcsolata összetett. Állhatnak ok-okozati viszonyban, és megtörténhet, hogy az egyik állapot megszüntetése hatással lesz a másik változására, miközben az egyén életére tett hatásaik nagyon nehezen szétválaszthatóak.

Tanulmányunkban a meddőség definíciós lehetőségeivel foglalkozunk részletebben, de előtte néhány példával érzékeltetjük, hogy milyen összetett és változatos kérdéseket vet fel a gyermektelenség kérdésköre önmagában.

A gyermektelenség koncepciója

A szakirodalom leggyakrabban két fő csoportra osztja a gyermek nélkül élőket a gyermektelenséghez való önkéntes vagy nem önkéntes viszonyulásuk szerint. A kérdés problematikája, hogy leginkább az egyének, és nem a párok felől közelít a döntés felé. Amint együttesen szemléljük egy pár döntése mögött húzódoó érveket, láthatóvá válik, hogy sokszor nem kiegyenlített a két oldal, hanem a gyermektelenség az egymáshoz, az együttéléshez, a párkapcsolat fenntartásához való alkalmazkodás következménye (Nagy 2021). Ezt jól példázza az az eset, amikor az egyik fél olyan szomatikus vagy mentális betegséggel küzd, aminek következtében a pár közösen mond le a gyermekvállalásról. A gyermektelenség kérdéskörében vitatható

az is, hogy az időbeliség mentén éles határ húzható az átmeneti és a végleges gyermektelenség között, hiszen a szándékok és a lehetőségek az egyén vagy a pár életútja esetében is dinamikusan változó jellemzőként írhatók le (Nagy 2021). Példaként említhető az a pár, ahol egyikük az idős vagy beteg rokona ápolása miatt folyamatosan halogat, s végül emiatt csúsznak ki a gyermekvállalás lehetőségéből.

Vannak azonban olyan sajátosságok, amelyek miatt mégis célszerű a gyermektelenség szándékoltság szerinti szétválasztása, mert az önkéntesen vállalt gyermektelenség másfajta lelki folyamatokat, feladatokat, kihívásokat és más társadalmi megítélést eredményez.

A szándékos vagy önkéntes gyermektelenség, a nem szándékos gyermektelenség és a halasztott gyermekvállalás

A gyermektelenség mára a tervezett családi élet egyik választható formája lett, ennek szociális normaként való elfogadása azonban kulturálisan erősen meghatározott (Cherkezova 2023, Rojas Betancur–Quirama–Rubio 2023). A tudatosan gyermek nélkül élők, akik már elérték a fogamzásképes koruk végét, egyelőre nem nagy, de egyre növekvő arányban mutatkoznak az európai és a hazai társadalomban.

A választott gyermektelenségnél jóval többen élnek nem szándékos vagy nem tervezett gyermektelenségben. A nem tervezett gyermektelenség háttérében állhat a szűkebb értelemben vett, egyértelműen orvosi, organikus okokra visszavezethető meddőség. Sokszor azonban nem az egyén vagy a pár fogantatásának egészségi állapotával összefüggő okok is azonosíthatóak: ilyen lehet a párkapcsolat hiánya, vagy akár az azonos nemű párkapcsolat.

A gyermekvállalás melletti elköteleződés későbbre tolódása a női életútban egész Európában (Kreyenfeld–Konietzka 2017) jellemző tendencia, Magyarország sem kivétel (Szalma–Takács 2022).

Figyelemre méltó az a felvetés, vajon nem épp az asszisztált reprodukció elérhetősége támogatja a gyermekvállalás halasztása melletti döntést (ESHRE Capri Workshop Group 2010). Egyes párok, bár tisztában vannak az idősödés fertilitásra tett negatív hatásaival, mégis könnyebben döntenek a halasztás mellett, hiszen léteznek a hátrányok ellensúlyozására alkalmas orvosi eljárás. Bár azt várnánk, hogy a tájékozottság a korábbi gyermekvállalásra ösztönzi a párokat, éppen az ellenkező irányba is mozdíthatja a döntéshozatalt: az ART-beavatkozásokba vetett bizalom miatt felerősítheti a halasztás melletti döntést. Ez utóbbi gondolkodásmód azonban figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy az asszisztált fogantatás esélye ugyanúgy lényegesen lecsökken a kor előrehaladtával, mint a spontán fogantatásé (Flynn–Senstock 2023).

A halasztott gyermekvállalás tehát egy sajátos életúttá válhat: a kezdetben szándékos gyermektelenségből a meddőségi diagnózison át a sikerrel nem járó beavatkozások következtében a nem szándékolt, végleges gyermektelenséghez vezethet.

Amennyiben a pár vagy az egyén elköteleződik a gyermekvállalás mellett, akkor is, ha az az adott élethelyzetben spontán módon nem valósulhat meg, többféle irányban indulhatnak el. Az asszisztált reprodukciós orvostechnikai megoldások mellett az örökbefogadás vagy egyes országokban a béranyaság, esetleg a nevelőszülőség lehet kivezető út. Emellett azonban megtörténhet a gyermektelenség elfogadása is, amikor a gyermektelenség állandósul, és véget érnek a megszüntetéséért tett erőfeszítések. Ezek a célok, törekvések, döntések akár többször változhatnak is az életút során. Jelen írásunkban az asszisztált reprodukció lehetőségeivel foglalkozunk részletesebben.

A meddőség koncepciója

Mint azt a bevezetőben említettük, a legtöbb tudományos kutatás, elméleti összefoglaló a WHO meddőségi definícióját veszi alapul. Ez a fogalommagyarázat nagyon szemléletesen érzékelteti a meddőségről mint betegségről való gondolkodást. Ennek következtében a meddőség, mint minden más, az egészséget negatívan érintő állapot jelenik meg, és így a kiemelt cél annak megszüntetése lesz. A meddőségi állapot a gyermekre akár hosszabb ideje vágyó párt az egészségügyi ellátórendszer irányába mozdtítja el. A betegséggel azonosított meddőségi állapot megszüntetésére adott pronatalista⁵ válasz az 1970-es évek végétől, 1980-as évek elejétől – az első sikeres lombikbeültetések óta – az asszisztált reprodukció, amely fenntartja a meddőségről való gondolkodás medikális fókuszát (Bell 2012, Wells–Heinsch 2020).

Pápay és Gellért (2015) arra hívja fel a figyelmet, hogy a termékenységi nehézségek kizárólag, nagy hangsúllyal funkcionális-organikus megközelítésének nehézsége, hogy sokszor a betegségállapot a jó és rossz dichotómiája mentén értelmezhető. Emiatt a betegséggel (meddőséggel) küzdők stigmatizált szerepbe kerülhetnek, amely szégyenérzettel, társas elszigetelődéssel járhat.

Az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (ESHRE)⁶ meghatározása az egyéni állapot mellé már beemeli a partnerrel közös reprodukciós képességszavart, valamint a meddőséget fogyatékosággként (*disability*) aposztrofálja. „*A meddőség olyan betegség, amelyet az jellemez, hogy 12 hónapos rendszeres, védekezés nélküli nemi közösülés után nem jön létre klinikai terhesség a személy reprodukciós képességének akár egyéni, akár partnerével közös károsodása miatt. A meddőség fogyatékoságot eredményez, ezért a fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény rendelkezéseinek megfelelően biztosítani kell a meddőségben szenvedők számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A nők meddőségét a világranglistán az ötödik legnagyobb súlyú fogyatékoságnak minősítették.*”⁷

5 Pronatalista társadalomnak tekinthető az, ahol a társadalmi diskurzus azt közvetíti, hogy a szülés/születés az egyéni, családi és társadalmi jólét egyik fontos, ha nem egyenesen elengedhetetlen tényezője (Wells–Heinsch 2020).

6 Az ESHRE fő célja a humán reprodukciós biológia és orvostudomány, valamint a meddőségi ellátás holisztikus megközelítésének elterjesztése. Tevékenységei közé tartozik a tudományos kutatások támogatása, illetve azok eredményeinek gyakorlatba ültetése, valamint oktatási, képzési és adatgyűjtéssel összefüggő feladatok ellátása. Bővebben: <https://www.eshre.eu/Home/About-us/Mission-and-Vision>

7 https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/ESHRE-internal/EU-Affairs/ESHRE_InfertilityFactsheet_v9.pdf

Amennyiben a fogyatékossga úgy tekintünk, hogy az az egyén egészségi állapota és a társas és környezeti tényezők közötti kölcsönhatás eredménye,⁸ akkor a negatív attitűdök, a korlátozott társas támogatás, a kirekesztődés miatt érdekes kérdés, hogy a megfogásban vagy a magzat kihordásában jelentkező eltérő képesség (*dis-ability*) valóban hasonlít-e a fogyatékossga (*disability*) állapotához. Mint láthatjuk, ez a megközelítés is még a betegségfogalom köré szervezi a meddőség megértését, de a fogyatékossga fogalmával megjelennek a velejáró társas hatások is.

Jól követhetően az utóbbi évek nemzetközi (Zhu et al. 2022) és magyar (Szigeti–Konkolý Thege 2012, Pápay 2017, Szigeti 2020) irodalma is egyre határozottabban fordul el a meddőség kizárólag medikális megközelítésétől, és kezdenek egyre nagyobb teret nyerni a pszichológiai témák. Szigeti (2020) a meddőség és annak pszichológiai megközelítése kapcsán hívja fel a figyelmet a testi és lelki folyamatok együttes vizsgálatára. Zhu és munkatársai (2022) rávilágítanak, hogy a figyelem akkor fordult igazán az infertilitás negatív pszichés következményei felé, amikor az asszisztált reprodukciós technikák elterjedtebbé és egyre korszerűbbé váltak. Ez arra enged következtetni, hogy a meddőség koncepcióját módosíthatja az azzal való megküzdés lehetőségeinek változása.

Az infertilitás legholisztikusabb megközelítésének definícióját a biopszichoszociális megközelítésen alapuló összegzésben találhatjuk, amely az eddigiek mellé beemeli a meddőség társas kapcsolatokra tett (a párra és tágabb szociális kapcsolódásaikra is vonatkozó) elkerülhetetlen hatását:

„A meddőség olyan, termékeny korban lévő, explicit gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében hat hónapja), fogamzásgátlásmentes nemi élet ellenére sem következik be a kívánt terhesség, illetve a terhesség nem végződik élveszüléssel. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak biopszichoszociális kontextusban értelmezhető” (Pápay 2017: 206).

Ez utóbbi fogalommeghatározás egy újabb problematikára hívja fel a figyelmet. A prevalenciaszámok összehasonlításakor nem mindegy, hogyan pontosítjuk a kutatás alapját adó definíciót.

A meddőség előfordulási aránya

Cox és munkatársai (2022) metaanalízisükben kiemelik, hogy a meddőség előfordulási arányára vonatkozó kutatások definíciója nem egységes, ezért az összehasonlításokat csak megfelelő óvatossággal lehet megtenni. A fenti idézetben például összemosisdik két eltérő definíciós kiindulás: nem mindegy, hogy a várandósság vagy az élveszületés megvalósulásának elmaradása a meddőségi állapot meghatározója.

8 <https://www.who.int/health-topics/disability>

Ezenkívül fontos figyelembe venni, hogy a sikertelenség milyen időtartama elégséges már diagnosztikai vagy statisztikai szempontból. Általában a WHO 12 hónapja a hivatkozási alap, de bizonyos mérések a 24 vagy a 36 hónapot tekintik kiindulásnak. A kutatások abban is különbözhetnek, hogy egy adott életút bizonyos időszakaszára (például az utóbbi öt évre), vagy a fogamzóképes időszak végeztével a teljes megelőző életszakasz kapcsán kérdez rá a meddőségi tapasztalatra. Különbség található abban is, hogy a mérések figyelembe veszik-e a pár szándékát a gyermekvállalásra: tudatosan próbálkoznak-e, esetleg igénybe vesznek-e már medikális segítséget a fogantatáshoz. Igaz, kisebb számban, de léteznek olyan tanulmányok, amelyek a szubjektív megélést (észlelt meddőség) veszik a kutatás alapjául.

A WHO mérőszámaira támaszkodva annyit határozottan állíthatunk, hogy a reprodukciós korban lévő emberek milliói érintettek: globálisan a felnőtt lakosság közül körülbelül minden hatodik személy meddő, vagy valaha érintett volt meddőségben (World Health Organization 2023). Bár ezt a 15 százalék körüli arányszámot több tényező befolyásolhatja, nagy általánosságban hazánkra is jól vonatkoztatható.

A területi sajátosságoktól és az adott ország szocioökonómiai státuszától függetlenül eltérések mutatkoznak a meddőség gyakoriságában (Sun et al. 2019). A Global Burden of Disease (GBD)⁹ számadatai szerint például csökkenő tendencia mutatkozott a fejlett országok meddőségi rátájában 1993 és 2017 között, elsősorban a férfiak, de Közép- és Kelet-Európában a nők körében is, szemben a dél-ázsiai, afrikai és a közel-keleti régiókkal. A kutatók feltételezése szerint a statisztikai adatok módosulásának hátterében valószínűleg sokkal inkább az alapvetően alacsony gyermekvállalási kedv, és nem az infertilitás előfordulási arányának valódi javulása áll. Vélhetően a gyermektelenség és a kisebb gyermekszám elfogadottsága miatt a meddő populáció egy része rejtve marad, mert nem kér segítséget (Borumandnia et al. 2022).

A meddőség lehetséges okai – biológiai megközelítés

Az idősebb korban kezdett gyermekvállalás, az idő előrehaladtával csökkenő biológiai lehetőség a spontán fogantatásra (különösen a nők esetében) csak egy lehetséges oka a meddőségnek. Ezenkívül a gyermekre vágyó pár vagy egyén reproduktív és általános egészségi állapota, életmódja, esetleges toxikus környezete, munkakörülményei és a krónikus stressz mind befolyásolhatja a fertilitási nehézségeket (Deyhoul–Mohamaddoost–Hosseini 2017). Az alultápláltság, az elhízás, a dohányzás (Nik Hazlina et al. 2022), az alkoholfogyasztás, a szexuális úton terjedő betegségek, a mobiltelefon-használat és a korábbi szexuális erőszak traumája mind csökkenthetik a sikeres teherbeesés esélyét (Deyhoul–Mohamaddoost–Hosseini 2017, Flynn–Senstock 2023).

⁹ A GBD a jelenleg elérhető legnagyobb tudományos indíttatású törekvés az egészségi állapot szintjeinek és változásainak számszerűsítésére globális szinten. Bővebben: <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd#whatistgbd>

Jelen írásunkban mélységeiben nem részletezzük azokat a betegségeket és orvosi eljárásokat, amelyeknek gyakran kísérő állapota a fogantatási nehézség. A női oldalon a policisztás ovárium szindróma (PCOS) (Morgante et al. 2018), az endometriózis (Harris–Tsaltas 2017, Simopoulou et al. 2021) olyan diagnózis, amely gyakran fogantatási nehézséggel vagy meddőséggel párosul. Ezeken túl széles körben vizsgált és ismert az inzulinrezisztencia és az ismétlődő vetélések (Cai et al. 2022), valamint a pajzsmirigy-diszfunkció és a meddőség (Concepción-Zavaleta et al. 2023) kapcsolata. Mivel a fogantatási nehézségek közel felénél a férfioldalon merül fel a terméketlenség (Mehra et al. 2018, Eisenberg et al. 2023), elengedhetetlen a férfimeddőség mélyebb megismerése is. Alghobary és Mostafa (2022) szisztematikus vizsgálatából úgy tűnik, különböző mértékben, de mindenféle addikciónak negatív hatása van a férfi fertilitásra: az opioidok és kannabiodok mellett a koffein, a dohány és az alkohol is csökkenti a termékenységet. A fogamzóképessegre és az ivarsejtek állapotára női és férfioldalon egyaránt tartósan hatással lehetnek a tumoros betegségek gyógyításában használt eljárások (van der Kooi et al. 2018, Ussher–Perz 2019).

A meddőség kialakulásának pszichés összetevői

A meddőség pszichológiai megközelítésének gondolata már jóval az ART-beavatkozások előtt megjelent. Jól körülírható változáson ment át a pszichés faktorok oksági meghatározása. Elsőnek a *pszichogén modell* határozta meg a gondolkodást, ami a meddőség etiológiájában különböző pszichopatológiát és tudattalan pszichológiai folyamatokat feltételezett (Boivin–Gameiro 2015). Gyakran a bizonytalan kötődés, a megoldatlan korai anya–lánya konfliktusok, a domináns anya – gyenge fiú helyzet megélése vagy az éretlen személyiség állt a meddőség kialakulásának hipotetikus magyarázó tényezői között (Szabó et al. 2023). Bár ezt a modellt a tudományos megközelítésekben már rég felváltotta a pszichoszomatikus modell, a szerzők tapasztalata szerint az ilyesfajta gondolkodás még mindig megtalálható az érintettek, illetve az érintettekkel foglalkozó szakemberek körében. Érdekes kutatási téma lenne feltárni, hogy milyen szakmaterületeken, illetve mely hiedelmek maradtak fenn a legerősebben a meddőséggel összefüggésben.

Az előbb említett *pszichoszomatikus modell* ugyancsak pszichológiai tényezőket keres a meddőség kialakulásának hátterében. A legintenzívebben kutatott a stressz és a terméketlenség összefüggése. E kettő között eleinte lineáris kapcsolatot feltételeztek, amelynek közvetítőiként a különböző hormonális folyamatokat írták le (Szabó et al. 2023), ma már azonban inkább a stressz közvetett hatásaira terelődik a hangsúly: befolyással lehet az egyén viselkedésére, életmódjára, egészség-magatartására (például dohányzás, elhízás) vagy a segítségkeresési viselkedés optimálistól való eltérésére is (Boivin–Gameiro 2015).

Összességében kiemeljük, hogy a meddőség hátterében kizárólag pszichológiai tényezőket feltételezni nagy megterhelést jelent az érintett pároknak, különösen,

ha az az üzenet kerül közvetítésre feléjük, hogy a pszichés állapotuktól függ a beavatkozások sikere (Nicolero-SantaBarbara et al. 2018).

Meddőség és szocioökonómiai státusz – a szociális megközelítés

Fontos figyelembe venni, hogy az európai és amerikai szakirodalom által feldolgozott empirikus kutatásokban elsősorban a fehér és jómódban élő nők reprezentálják a meddőséggel küzdő nők vizsgált populációját (Kiesswetter–Danay–Duschek 2023, Péloquin et al. 2023). Ehhez képest, a későbbiekben részletezett okok miatt, a fogantatási nehézség vélhetően nagyobb arányban fordul elő a marginalizált csoportokban. Ennek ellenére a hátrányos helyzetű csoportok a tudományos munkákban nagyrészt láthatatlanok maradnak (Bell–Hetterly 2014). A hazai népességtudományi kutatások is megerősítik, hogy a „roma kötődésű” népesség termékenységi magatartása eltér a többségi társadalomtól (Spéder 2022). Ennek hamis értelmezése vezethet olyan tévkövetkeztetésekre, mintha ezek a nők különösen termékenyek lennének, és a meddőség kevésbé jellemezné őket. Jelen tanulmányunkban nem fókuszálunk a roma identitás pontos meghatározására, mert az elemzések szerint az alacsony társadalmi státusz, különösen az alacsony iskolázottság fejt ki hatásait a gyermekvállalási sajátosságokra (Spéder 2022), az etnikai hovatartozásnak csak ezekkel összefüggésben van szerepe.

Korábbi tanulmányok eredményét megerősítve Pedro és munkatársai (2018) azt találták, hogy az edukáció magasabb szintje nagyobb tudatosságot eredményez a termékenység és a meddőség kérdéskörében, és ennek következtében nagyobb arányban keres szakszerű segítséget a magasabban képzett populáció. Szociológiai kutatások kimutatták, hogy az USA-ban és Nagy-Britanniában (Ekechi 2021) a mai napig léteznek olyan faji- vagy etnikai hovatartozás alapján elkülönülő csoportok, akiknél magasabb a meddőség kockázata, mint a teljes populációban, miközben a diagnosztikai és kezelési szolgáltatásokhoz pont ők férnek nehezebben hozzá.

A reprodukzív egészségügy tekintetében már a gyermekvállalási időszak kezdete előtt fellelhetők azok a társadalmi, gazdasági és a reprodukciós egészségbeli egyenlőtlenségek, amelyek később hozzájárulhatnak a meddőség kialakulásához, majd a kezelések eltérő kimeneteléhez. Az egyik kiemelkedő terület a szexuális úton terjedő betegségek (*sexually transmitted diseases* – STD), valamint a HPV- (humán papillomavírus) fertőzés nagyobb arányú jelenléte a hátrányos helyzetű csoportok nőtagjaiban. Ezzel párhuzamosan kisebb a szűrővizsgálatokon és a preventív kezeléseken való részvételük (Jackson-Bey et al. 2021). A termékenységről, a hatékonyabb és modernebb fogamzásgátló eszközökről, illetve az STD megelőzéséről való hiánysabb tudás is összefüggést mutat az etnikai hovatartozással és általában az alacsonyabb edukációs szinttel (Jackson-Bey et al. 2021, Beroukhim–Mahabamunuge–Pal 2022).

E csoportok esetében a petefészkek, a petevezetékek és a méh reprodukzív kapacitását érintő egészség-összetevők is különbséget mutatnak a többségi társadalomé-

hoz képest (Jackson-Bey et al. 2021). Jellemző, hogy kedvezőtlenebb eredményekkel, kisebb arányú egészséges élveszüléssel számolhatnak az ellátás igénybevétele után. Emellett kevésbé férnek hozzá olyan, termékenységmegőrző eljárásokhoz, amelyek daganatos betegek számára elérhetők a kezelések megkezdése előtt (Bell 2016).

Akár az eltérő minőségű orvosi interakciók is negatívan befolyásolhatják a termékenységet. Az alacsonyabb társadalmi státuszú nők a saját, vagy a korábbi generációk által megélt, orvosi bánásmódhoz kötődő rossz tapasztalatok hatására bizalmatlannak az egészségügyi ellátórendszerrel szemben. Emiatt kevésbé kereshetik (időben) a megfelelő segítséget (Jackson-Bey et al. 2021, Beroukhim–Mahabamunuge–Pal 2022, Beroukhim–Seifer 2023). Az orvosi visszaélések szélsőséges megnyilvánulásaira nemcsak az USA-beli kisebbségi csoportoknál látunk példát, hanem a cseh, szlovák és magyar roma nőknél végrehajtott, beleegyezés nélküli sterilizáció kapcsán hazánk is érintett hasonló ügyekben (Kóczé 2021, Várnagy é. n.).

Úgy tűnik tehát, a meddőség vezető oka a magasan képzett, magas szocioökonómiai státuszú csoportban leginkább az előrehaladott életkor, míg az alacsonyabb státuszú és képzettségű nők között a szexuális úton terjedő betegségek (Lemoine–Ravitsky 2015).

Tanulmányunk megírásának időpontjában nem ismerünk olyan hazai kutatást, amely a hazai meddő populáció társadalmi rétegzettségét vizsgálná. További kutatásokra lenne szükség ahhoz, hogy a magyarországi, alacsonyabb társadalmi státuszú csoportok reprodukciós egészségről való tudását, állapotát, a meddőség előfordulási gyakoriságát és a vele kapcsolatos attitűdöket alaposabban megértsük.

Az asszisztált reprodukció mint a meddőség megszüntetésének lehetősége

Egy év sikertelen próbálkozás még nem feltétlenül jelent végleges meddőséget; Leridon (2010) modellje alapján, az első évet követő 12 hónapban közel 50 százalék a spontán teherbeesés esélye. Az idő előrehaladtával (minél hosszabb a sikertelen próbálkozás ideje), illetve az életkor növekedésével (minél később kezdődik a gyermekvállalás) viszont egyre inkább csökken ez az esély. Bhattacharya és munkatársai (2019) külön kiemelik, hogy idősebb nők esetében nem szabadna korábban megkezdeni a meddőségi kezeléseket, hiszen náluk a termékenység eleve alacsonyabb, a természetes megfogához több időre van szükség. Javaslatuk szerint 35 éves kor felett csak akkor kellene az orvosi beavatkozásokat elindítani, ha legalább két év rendszeres, védekezés nélküli szexuális élet után sem történik meg a megtermékenyülés. A kezelések meggyorsítására kizárólag abban az esetben van szükség, ha egyértelmű orvosi ok áll a meddőség hátterében. A nők negyven éves kora felett pedig nem indokolt a nem megmagyarázható meddőség diagnózisa, ehelyett az életkorhoz kapcsolódó terméketlenség terminológiáját kellene használni, és ez alapján kellene dönteni a beavatkozások elkezdéséről. Ezekkel a megközelítésekkel csökkenthető lenne a téves diagnózisok száma, valamint a fölösleges beavatkozások aránya.

A gyakorlat azonban nem a fent említett hozzáállást erősíti, ahogy a továbbiakban látni fogjuk. A meddőség vagy a sikertelen megtermékenyülés okozta gyermektelenség megszüntetésére, ahogy korábban kifejtettük, több lehetőség áll rendelkezésre. Mostani tanulmányunkban az orvostechnikai irányú asszisztált reprodukciós eljárást vizsgáljuk a benne részt vevő egyének, párok szempontjából, multidiszciplináris megközelítésben.

Az asszisztált reprodukció növekvő térnyerése a meddőség kezelésében

Tágabb értelemben meddőségkezelési eljárásnak tekintünk minden olyan orvosi beavatkozást, amely a fogantatást elősegíti. Országonként változó, hogy a testen belüli eljárás (például az inszemináció – mesterséges ondóbevitel) beletartozik-e ebbe a kategóriába.¹⁰ Általában az IVF (in vitro fertilization) – a köznyelvben „lombikbaba” – eljárásokat sorolják ebbe a gyűjtőfogalomba, mely alatt az összes olyan kezelést értjük, amelyek a petesejt, a hímivarsejt, illetve az embrió testen kívüli ellátását jelentik (Makay 2020).

Az ICMART¹¹ (International Committee for the Monitoring of ART / Nemzetközi Bizottság az ART Monitorozásáért)¹² legutóbbi, 2022-ben nyilvánosságra hozott jelentése 79 ország 2018-ra vonatkozó adatait összegezte (Adamson et al. 2022). Eszerint a részt vevő országok összesen több mint hárommillió ART-ciklust jelentettek. Összesítve a 2017-es adatokhoz képest közel 64 százalékos növekedés látható a riportba bekerült esetekben (Kína belépése a riportálók közé torzítja az arányokat, de a növekedés a világ minden részén, így Európában is kimutatható). Sikeres élveszülés mind a világátlagban, mind Európában a ciklusok kb. 30 százalékában történik. A hazai adatszolgáltatás egyelőre hiányos (Vesztergom et al. 2023), ezért pontos eredményekről hiteles adatot nem tudunk szolgáltatni, de úgy tűnik, a hazai ART-centrumok sikeressége jelentősen elmarad a nemzetközi átlagtól (a nehezen értelmezhető parlamenti adatszolgáltatás szerint is 17 százalék alatti volt 2021-ben¹³).

Az Európai Unió területén a meddőségi kezelések szabályozása, elérhetősége, ingyenessége nem egységes (Serour–Serour 2021), ahogy a kezelések adminisztrációja és az adatgyűjtés sem. Magyarországon, a Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégium legfrissebb, 2021-es irányelvének összefoglalója szerint – a WHO adataihoz nagyon hasonlóan – 15 százalék körüli a meddő párok aránya. Az OBDK (Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ)¹⁴ által közzétett adatokat – azok nagymértékű hiányosságára hivatkozva – Makay (2020) is csak röviden összegezte a Kohorsz ’18 kutatás alapján készített, a gyermekvállalási nehézségekről, halasztott és elmaradó gyermekvállalásról szóló tanulmányában. Összefoglalójá-

¹⁰ Hazánkban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény befoglalja.

¹¹ <https://www.icmartivf.org/wp-content/uploads/ICMART-ESHRE-WR2018-Preliminary-Report.pdf>

¹² Az ICMART egy független, nemzetközi szervezet, amely az asszisztált reprodukciós technológia (ART) adatainak fejlesztésében, gyűjtésében és terjesztésében vállal szerepet globális szinten. Bővebben: <https://www.icmartivf.org/about-us/>

¹³ <https://www.parlament.hu/irom42/02870/02870-0001.pdf>

¹⁴ Az OBDK kormányrendelettel létrehozott központi hivatal. Feladatáknént ellátja a betegek jogainak védelmét, illetve letéteményese az ellátotti és gyermeki jogok védelmének. Bővebben: <https://www.ijsz.hu/az-obdk.html>

ban a meddőségi eljárásban részt vevő nők életkori átlagának növekedésére hívja fel a figyelmet, amely Afrikát leszámítva a világ minden tájára jellemző tendencia (Adamson et al. 2022).

Magyarországon épp az utóbbi néhány évben zajlott le egy olyan jogszabályi és intézményi-strukturális változás, ami alapvetően változtatta meg a meddőségi kezelések rendszerét. A 2021-ben megjelent rendelet szerint hazánkban jelenleg kizárólag állami fenntartású, központi költségvetésből finanszírozott centrumok jogosultak meddőségi kezeléseket végrehajtani, 2022-ben a magánellátás teljesen megszűnt. A közfinanszírozott eljárások és kezelések száma központi szabályozás alá esik. A meddőségkezelésben alkalmazott gyógyszerek is teljesen államilag finanszírozottá váltak (Szijártó 2023). A meddőségben érintettek és a témáról tájékozódni szándékozók számára külön weboldalt¹⁵ hoztak létre, és az ott feltüntetett térkép szerint jelenleg hazánkban 13 meddőségi centrum működik, ezekből 7 Budapesten, 6 az ország többi városában (Debrecen, Győr, Kaposvár, Pécs, Szeged, Tapolca). Látható, hogy erősen a fővárosra és a nagyvárosokra koncentrálódnak az ellátóhelyek, ami sok kérdést vet fel az ellátáshoz való hozzáférés egyenlő esélyeiről. Egyelőre inkább csak egyéni beszámolókból, újságcikkekből lehet tájékozódni arról, hogy milyen változásokat hozott ez a rendszerszintű átalakítás. Fontos kutatási feladat annak feltérképezése, vajon tényleg elérhetőbb lett-e a kezelés a meddőségben érintettek számára, az ingyenesség valóban megvalósul-e, változott, változik-e a beavatkozások sikeressége a korábbiakhoz képest.

Az ART mellett való elköteleződést befolyásoló tényezők

Nagyon összetett egyéni és szocietális tényezők összjátéka, hogy egy meddőségben érintett pár elköteleződik-e az ART-kezelések mellett vagy elutasítja azokat. Passet-Wittig és Greil (2021) széles körű szakirodalmi összefoglalójában az alábbi öt nagy kategóriát különítette el, amelyek meghatározóak a döntésben: szociodemográfiai és szocioökonómiai faktorok, reprodukív történet, attitűdök és pszichológiai tényezők. Mindegyik kategórián belül több, a döntésre ható tényező fedezhető fel (lásd 1. ábra, a szerzők szakmai tapasztalatain alapuló fiktív példákat lásd a keretes szövegben).

Példák a meddőesség miatti orvosi segítségkérés öt fő tényezőjére

Az öt fő kategóriát a következőkben egy-egy példával érzékeltetjük. Természetesen ezek a tematikák egymással dialógusban, összefonódva, egymás hatását felerősítve vagy épp ellentétes irányban hatva mozdítják a párokat a döntés meghozatala felé.

Szociodemográfiai hatás

A reprodukciós időszakának végéhez közelebb járó, negyven év körüli nő, még ha a tudatos gyermekvállalási próbálkozás nem is tart régebb óta, nagyobb eséllyel mozdul el az egészségügyi beavatkozás irányába, mint egy fiatal, húszas éveiben járó nő.

Szocioökonómiai hatás

Az alacsonyan edukált, szegénységben, elzárt kisközösségben élők több okból is nehezebben jutnak el a megfelelő ellátáshoz. Az edukációs különbségek a megfelelő ismeretek megszerzésében is deficitet jelentenek, a tájékozódási lehetőségek is korlátozottak. Ráadásul az ellátóhelyre való eljutáshoz jelentős utazási terhet is magukra kell vállalniuk.

Reproduktív történet

Az asszisztált reprodukciós eljárás felé való elköteleződést erősíti, amennyiben a pár egyik tagjának olyan ismert egészségügyi diagnózisa van (például endometriózis), amellyel közismerten nehezített a segítség nélküli megtermékenyülés.

Attitűdök

Az eljárás elkezdését erőteljesen befolyásolhatja az olyan vallási közösséghez tartozás, amely kifejezetten ellenzi az asszisztált reprodukcióban való részvételt. A saját meggyőződések miatti belső konfliktusok mellett a társas kirekesztődés veszélye is fenyegethet egy ilyen esetben.

Pszichés faktorok

Az elhúzódó gyermekvállalási időszak, a sikertelen próbálkozások pszichés terheket rónak a pár mindkét tagjára és a párkapcsolatra egyaránt. Akik enyhíteni tudnak a megélt veszteség és tehetetlenség érzésen azáltal, hogy aktív cselekvői a kezeléseknek, azoknál erősebb lesz az ART-beavatkozások melletti elköteleződés. Ezzel ellentétben, akik azt élik meg, hogy elvesztik az intim terület és más, külső személyeknek lesznek kiszolgáltatva a beavatkozások által, kevésbé motiváltak vagy kitartóak a folyamatban.

1. ábra: A meddőség miatti orvosi segítségkérés tényezői (Passet-Wittig–Greil 2021 alapján)

A meddőséggel kapcsolatos orvosi segítségkérés kategóriáinak és meghatározó tényezőinek áttekintése

Szocio-demográfia	• kor • faji hovatartozás / etnicitás	• kapcsolati állapot • nem
Szocio-ökonómia	• (családi) bevétel • szocioökonómiai státusz	• társadalom- vagy egészségbiztosítás • képzettség
Reproduktív történet	• perinatális veszteség • paritás (van-e már gyermek a családban)	• endometriózis • méhfibroma • PCOS az anamnézisben
Attitűdök	• a szülőség fontossága • gyermekvállalási szándék • a meddőség megélése	• a meddőséggel és a kezelésekkal kapcsolatos attitűdök • vallási hiedelmek, nézetek
Pszichés faktorok	• a kezelés miatti szorongás • a kontroll helye (<i>locus of control</i>)	• stressz/megküzdés • depresszív tünetek

Mint láthatjuk, csak ennek az öt tényezőnek az összjátéka is nagyon változatos képet mutathat, ráadásul a pár két tagjánál vélhetően nem pont ugyanazok a hatások érvényesülnek. Nem elég csak egyenként, párként is el kell köteleződniük a beavatkozások mellett. (Mivel tanulmányunk a meddőségben érintettekkel foglalkozik, ebben az esetben mélységeiben nem tárgyaljuk az egyedül gyermeket vállalók helyzetét, akik bekerülhetnek az asszisztált reprodukciós ellátásba, de eltérő utat járhatnak be, mint a meddőséggel diagnosztizáltak. Ugyanígy csak említést teszünk az azonos nemű párok kapcsolatban élők gyermekvállalási lehetőségeiről.) Az erős vágy a szülőség megéléseire akkor különösen erős motivációs bázis, ha a pár mindkét tagja osztozik ezen a megélésen. Továbbá a társas kapcsolatok támogató szerepe is fontos befolyással van arra, hogy a pár végül elindul-e a medikális segítségkérés felé – derül ki Cebert-Gaitors és munkatársai (2022) kutatási összefoglalójából. Ebből kitűnik, hogy a döntést megelőző időszak feltérképezésében is szükséges az egyéni sajátosságok mellett a párok kapcsolat működésének és a társas támogatás befolyásoló hatásának figyelmet szentelni.

Az asszisztált reprodukció mint a meddőséggel való megküzdés lehetősége a szocioökonómiai státusból eredő különbségek tekintetében

Magyarországon nem tudunk hasonló kutatásról, így csak külföldi példákra támaszkodhatunk, amikor azt vélelmezzük, milyen akadályokkal kell szembenéznük a ke-

vésbé edukált, szegényebb, akár etnikai csoportokba tartozó nőknek a termékenységi nehézségeik esetén. A medikalizált fókusz miatt minden olyan hátrány, ami a reprodukciós egészség témakörében megjelenik, ebben a témában is érintetté teszi őket. Az alacsony iskolázottság miatt hiányzik az emberi reprodukcióról való biológiai tudás, különösen amiatt, hogy a magyar oktatási rendszerben még az érettségit adó intézményekben sem része a curriculumnak a meddőségről való oktatás. Az érettségit nem adó szakiskolákban a biológiaoktatás sem kötelező (Sipos–Szalma 2023). A roma nők nőgyógyászati ellátásban történő jelenlétével összefüggésben Balogh és Gellér (2019) felhívja a figyelmet a különböző (faji/etnikai, nemi, társadalmi osztálybeli) hátrányos csoporthoz való hovatartozás együttes (interszekcionális) negatív hatására.

Nem kizárólag a meddőségi állapot előfordulási arányaira és főbb kockázati tényezőire érdemes odafigyelni az egyes társadalmi csoportokban, hanem arra is, milyen megküzdéssel és válaszokkal tudják kezelni ezt a helyzetet. Bell és Hetterly (2014) vitába száll azzal a közkeletű felfogással, hogy a különböző szocioökonómiai státuszú csoportok betegségekre adott válaszai egyértelműen kettéválaszthatóak lennének a fatalizmus és az ágencia dualisztikus felfogása szerint. A hagyomány szerint a fatalizmus a passzív és erőtlen választípus az egészségügy terén, és az alacsonyabb státuszú csoportok sajátja. Ezzel szemben az aktivitással, autonómiával és énhatékonyssággal jellemzett ágencia a magasabb státuszúak jellemzője. A szerzők különböző szocioökonómiai csoportba tartozó meddő nőkkel végzett mélyinterjúik során arra a következtetésre jutottak, hogy mindkét megküzdés megfigyelhető a különböző csoportokban, és kontextusba helyezve mindkettőnek adekvát helye van a meddőségi történet során. A sorsba / nagyobb erőbe vetett hit (fatalizmus) segíthet megküzdenni a stresszel, elkerülni az önvádaskodást és fenntartani a reményt az érintett társadalmi csoport-hovatartozásától függetlenül. Az alacsonyabb státuszú csoportban ráadásul többnyire nem áll rendelkezésre a megküzdési stratégiák tárháza, így a sorsszerűség elfogadása éppen a saját mentális jóllétük fenntartásának egyik eszköze lehet. Másrészt a medikális eljárások iránti bizalmatlanság következtében hozott döntés a beavatkozások elutasításáról jól magyarázhatóvá válik a fatalista megküzdés által.

Az asszisztált reprodukciós eljárások elterjedését megelőzően jellemző volt, hogy a meddőségre mint egy (az adott társadalmi csoport hitrendszerének megfelelő) felsőbb hatalom által kirótt büntetésre tekintettek (Bauer 2022). Az ART terjedése, és ennek következtében a meddőség medikalizált fogalommá válása az egyetlen vagy legjobb megoldási útként az asszisztált reprodukciót kínálja az érintettek számára. Az ART révén vált lehetővé a cselekvésközpontú (ágens) megküzdés az ellátásokhoz könnyebben hozzáférő társadalmi rétegek számára. Mivel a meddőségnek (általában) nincs az életet fenyegető hozadéka, elképzelhető, hogy ha elvennénk ezt a medikalizált fókusz, akkor bizonyos csoportokban nem lenne olyan kulturális kényszerítő erő, ami az orvosi beavatkozás felé terelné az érintetteket (Bell–

Hetterly 2014), hanem nagyobb elfogadottsága lenne a gyermektelen létnek vagy a gyermekvállalás egyéb lehetőségeinek (például örökbefogadás).

Úgy tűnik, a szocioökonómiai státusz nemcsak a meddőség kialakulására, az azzal való megküzdésre, például az ART-kezelések igénybevételére, hanem azok kiemelésére is hatással van. Az alacsonyabb státuszú nők körében kisebb arányban sikeres az eljárás (az élvészüléseket tekintve), azonban a jelenleg elérhető irodalmak nem adnak pontos magyarázatot ennek miértjére, sem arra, pontosan mely hatótényezők játszanak szerepet ebben a jelenségben (Imrie et al. 2023).

A meddőség és az asszisztált reprodukciós folyamatokban való részvétel hatásai

A fogantatás érdekében tett orvostechnikai beavatkozások többlépcsős, idő- és fizyelemigényes (Abdullah et al. 2023), magas fokú elköteleződést igénylő folyamatok. A továbbiakban részletezett pszichoszociális hatások mellett meg kell említeni, hogy a kezelés a nők számára komoly fizikai (mellék)hatásokkal is jár, amely gyakran a folyamat megszakításának egyik oka (Bauer 2022). E szempontok alapján belátható, hogy mind elméleti, mind gyakorlati szinten hasznos azokat a tényezőket alaposabban körüljárni, amelyek – jelen esetben nemcsak az egyént, hanem a párokat – képessé és alkalmassá teszik arra, hogy ezen a bonyolult és megterhelő folyamaton végigmenjenek, abban akár hosszabb távon benne maradjanak.

Mint azt a bevezető részben említettük, a gyermektelenség és a meddőség fogalmi szétválasztásának van létjogosultsága az egyéni életút, a döntések és az identitás szempontjából. Ugyanakkor, ha az orvosi beavatkozásokkal asszisztált gyermekvállalás hatásait vizsgáljuk, nagyon nehéz különválasztani, hogy az egyének és párok tapasztalatai, megélései a meddőség diagnózisához, a vágyott gyermek nélküli léthez, vagy a beavatkozások közvetlen vagy közvetett hatásaihoz kapcsolódnak. Bizonyos kutatások bekerülési kritériuma, hogy a pár az első gyermek megszületése érdekében vegyen részt a kezelésben, így adott legyen a gyermektelenség, más kutatások azonban nem tesznek ilyen kitételt. A következő összefoglalóban nem törekszünk ezeknek az egymással párhuzamos hatásoknak a különválasztására. A kutatásunk során olvasott tanulmányok sokszor szinonimaként használják a gyermektelenség, a meddőség és a terméketlenség fogalmait. Ezek tisztább elkülönítése, a definíciók pontosítása a nemzetközi irodalomban is szükséges. A fogalmak heterogenitása miatt a továbbiakban mi sem tudjuk pontosan szétválasztani és megkülönböztetni őket az egyes témák tárgyalása során.

A téma vizsgálatának elméleti kereteit Bronfenbrenner (1979, 1986) humánökológiai modelljére alapozzuk. Ez lehetőséget teremt számunkra, hogy a meddőség és az asszisztált reprodukciós eljárásokban való részvétel hatásait az egyén határait túllépve, de egy jól rendszerezett módszertan segítségével kutassuk.

Elsőként a meddőség és az érintett egyén pszichoszociális jóllétének kapcsolatát tárjuk fel. Külön részt szentelünk annak, hogy milyen eltérő nehézségekkel kell a férfiaknak és a nőknek szembenézniük.

Mikro szinten a meddőség a párkapcsolatra, valamint a közvetlen családra, illetve a kortárs és baráti kapcsolatokra vonatkozó hatásait elemezzük. Már az asszisztált reprodukciós eljárások melletti elköteleződés kérdéskörét vizsgálva is láttuk: a különböző, itt említett mikroszintek kölcsönhatásának (mezoszint) megértése nagyon fontos a meddőségi tapasztalat sajátosságainak alaposabb megértéséhez.

Az exo-, mint például az oktatási rendszer sajátosságai vagy az állam családpolitikai intézkedési, illetve a makrorendszer, mint például a közgondolkodás, a társadalmi hiedelmek, elvárások közvetetten, de látni fogjuk, nagyon erősen képesek hatni az eljárásban résztvevőkre.

Az egyén szintje – a meddőség, az ART és a pszichoszociális jóllét

Bár a közvélekedés egyre nagyobb empátiával fordul az akaratokon kívül gyermektelenek felé, a meddőségben érintetteknek továbbra is meg kell küzdeniük annak pszichés és társas következményeivel. Nem ritka, hogy izolálódást élnek át amiatt, mert a szülőségtől mint az egyén kibontakozásának, az életút fontos állomásának természetes lehetőségétől megfosztva kell az identitásukat kialakítaniuk. Ennek hátterében az a koncepció áll, hogy a nőiség normalitása az anyává válás, míg a gyermektelenség a normalitástól való eltérést jelenti (Bell 2012), s ugyanígy a férfieldalon a nemzőképesség az elvárt maszkulinitás egyik feltétele (Pakpahan et al. 2023).

A meddőségi állapot ciklikusságának ismeretében (amelyre hat a női nemi működés ciklikussága, az asszisztált reprodukciós eljárások ciklikussága, és ezáltal az ezekhez kapcsolódó pszichés állapotok ciklikussága) nehezen elválaszthatóak a pszichés okok és okozatok. Nem lehet egyértelműen szétválasztani azt sem, hogy a meddőségi kivizsgálás, az asszisztált reprodukciós eljárás, esetleg az ezek során alkalmazott hormonkezelések vagy a meddőségi állapot maga indukálnak bizonyos (negatív vagy pozitív) pszichés állapotokat (Deninotti et al. 2023).

A meddőség pszichés következményeit vizsgáló cikkek nagy része számol be arról, hogy az érintett nők nagyobb arányban élnek meg szorongást (Kiani et al. 2020), pszichés distresszt és depresszív hangulatot (Kiani et al. 2021), mint a fertilis populáció. Domar, Zuttermeister és Friedman (1993) vizsgálata szerint a meddőség diagnózisának következményeként fellépő distressz mértéke a szívrendszeri betegségek, a HIV és a rákos megbetegedések diagnózisának következményeihez hasonlítható. Az egyik legfrissebb metaanalízis eredményei szerint a meddő nők 1,6-szor nagyobb eséllyel élnek át pszichés distresszt, 1,4-szer nagyobb eséllyel lesznek depressziósok, valamint a gyermektelenség szignifikánsan növeli a szorongás előfordulási arányát is (Nik Hazlina et al. 2022). Az alacsony vagy közepes jövedelmű országokban a meddő nők körében a szorongás előfordulási aránya közel kétszerese volt a magas jövedelmű országokéhoz adatainak (Kiani et al. 2020).

Amennyiben a meddőségről mint betegségállapotról gondolkodunk, az érintett egyének sajátos értelmezési keretének megértéséhez használhatjuk a klasszikus betegségreprezentáció fogalmát (Leventhal 1980). Több tanulmány szisztematikus elemzése alapján a meddőség kognitív és érzelmi reprezentációja összefüggést mutat az érintett egyén pszichoszociális állapotával (például stressz, depresszió, szorongás). Az egyén saját megértése, megélése arról, hogy milyen okból terméketlen, hogy milyen következményekkel jár az élete egyes aspektusaira nézve ez az állapot, valamint mennyire végérvényes az infertilitás, befolyásolja, hogy milyen (negatív) érzelmek társulnak ehhez az állapothoz (Deninotti et al. 2023). A szerzők azonban felhívják a figyelmet, hogy a hagyományos betegségreprezentációs hozzáállás több szempontból is problematikus, hiszen a terméketlen állapot önmagában nem feltétlenül jár tünetekkel, ezért a megélések nehezen operacionalizálhatóak. Amit mérni lehet, az nem az állapot, hanem a meddőséget okozó betegség vagy épp a fogantatás érdekében történő kezelések szomatikus következményeinek értéke. Másrésről a hormonális beavatkozások miatt nehéz szétválasztani a betegségtudattal vagy a meddő identitással összefüggő, illetve a kezelések mellékhatásaiként fellépő érzelmi változásokat.

Szigeti és Konkoly Thege (2012) a meddőség pszichés következményei mellett arra hívják fel a figyelmet, hogy az állapot következtében megélt veszteségélmény sajátosságait is fontos megértenünk. A vágyott gyermek hiánya ugyanis olyan veszteség, aminek tárgya nem más, mint maga az érintett („én-vesztés”, Szigeti–Konkoly Thege 2012: 569): a gyermekvállalás kezdeti, reményteljes időszakához képest a jövőkép, az identitás, a saját élet feletti kontroll érzése mind sérül, a klasszikus veszteségélményhez képest inkább egyfajta megfoghatatlan hiányérzetként jelentkezik. A traumatikus élmény nem egy hirtelen bekövetkező fájdalmas tapasztalat, hanem akár hosszú éveken át húzóódó, a remény és a reményvesztettség ciklikusságában megrekedt állapot.

Az asszisztált reprodukciós eljárások széles körű elterjedésével ma már a meddőség sokak számára inkább egy időszakos állapot. Azonban az is igaz, hogy minél több cikluson (sikeres megtermékenyítésre tett orvosi reprodukciós eljárási sorozaton) esik át egy pár, annál kisebb az esélye, hogy a beavatkozás sikeres élvészüléssel végződik (Zurlo–Cattaneo Della Volta–Vallone 2023). A lombikeljárásban részt vevő párok 30 százalékánál végül egyáltalán nem valósul meg a szülővé válás a kezelések hatására (Gameiro–Finnigan 2017). A meddőségi állapot időbeli elhúzódása és a kezelések számának növekedése növeli az észlelt stressz, a szorongás és a depresszió mértékét, rontja az életminőséget (Zurlo–Cattaneo Della Volta–Vallone 2023). Érdekes módon az alternatív életutak (az örökbefogadás, a nevelőszülőség és a gyermektelenség elfogadása) elképzelhetősége mintha csökkentené az asszisztált reprodukciós eljárásban részt vevők stressz-szintjét, bár kevesen tudják elfogadni ezen lehetőségek belsővé tételét pont a várandósság érdekében végzett beavatkozások közepette (Passet–Wittig–Schneider 2020).

A nemek szerepe a meddőségi állapot és a jóllét kérdéskörében

Az asszisztált reprodukciós ellátás sajátossága, hogy a nők inkább kerülnek a meddőségi kezelések szervezési, medikális és szociális aspektusainak fókuszába. Függetlenül attól, hogy a pár melyik tagja meddő, a nők mindenképpen és nagyobb mértékben részesülnek kezelésben, ennek következtében az eljárás nagyobb érzelmi és fizikai terhet ró rájuk, mint a férfiakra. Tradicionálisan a nem szándékolt gyermektelenség esetén a nőket tekintették meddőnek, manapság pedig az asszisztált reprodukciós eljárások során az ő felelősségük a kezelések szigorú szabályainak betartása, ezáltal ők válnak az egészséges utód letéteményeseivé (Bauer 2022). Mindeközben a férfitársak magasabb fokú tehetetlenséget élhetnek meg, és kevésbé osztják meg környezetükkel a kezelés tényét, kevésbé keresnek társas támogatást a folyamat során (Swanson–Braverman 2021).

Azok a nők, akik a meddőségi kezelések jóvoltából várandósok lesznek, de a várandósságuk nem végződik élveszüléssel, inkább ki vannak téve az elhúzódó veszteségnek és gyásznak, gyakran halmozottan, gyors egymásutánban. Összegző tanulmányukban de Castro és munkatársai (2021) azt találták, hogy az érintettek a gyász jellegzetes pszichoszociális aspektusait elhúzódóan vagy fokozott mértékben élik meg a meddőségi kezelést követő prenatális veszteség következtében: a nők nagy százalékánál jelentkezett depresszió, reményvesztettség, szorongás, frusztráció, akár a szuicid gondolatok is jellemzőek lehetnek. A pozitív pszichés reakciók között a sikeres következő várandósságba vetett hit vagy épp ellenkezőleg, a meddőség állapotának elfogadása volt a jellegzetes reakció. Ez utóbbi meghatározó lehet abban, hogy milyen döntéseket hoz a pár a további gyermekvállalási terveit illetően.

A terméketlenségi tapasztalat a férfiak jóllétére is hatással van. Fertilis férfitársaikhoz képest szignifikánsan magasabb arányban jelentkeznek az általános pszichés distressz, a depresszió és a szorongás tünetei, valamint alacsonyabb önértékelés is előfordul (Kiani et al. 2023). Az, hogy férfi, női vagy ismeretlen eredetű terméketlenségről van-e szó, láthatóan nincs befolyással erre (Biggs–Halliday–Hammarberg 2023).

A meddő férfiak számára stigmatizáló hatásúak lehetnek azok az üzenetek, amely a valódi férfiasság és az apaság közé tesznek egyenlőségjelet (egy időben ilyen feliratú óriásplakátokkal is lehetett találkozni), hiszen a fogantatási nehézség gyakran a férfiasság megkérdőjeleződését, és ennek hatására a stigmatizáltság érzetét hozza (Hanna–Gough 2015, Cervi–Knights 2022, Pakpahan et al. 2023). A férfifertilitás társadalmi konstrukciója, vagy Daniels (2008) összefoglalása alapján a „reproduktív maszkulinitás” a hegemon férfiasság fogalommeghatározására építve úgy tekint a férfiasság hagyományos megtestesítőire, hogy könnyen képesek a reprodukcióra, potensek, erősek és érzelmileg visszafogottak. Ez alapján könnyen érthető, hogy a meddőséggel diagnosztizált férfiak interjúiból miért az derül ki, hogy az érintettek saját férfi identitásuk sérülését élik meg a diagnózis hatására. A többi, termékeny

férfíhoz képest másnak, férfiatlannak élik meg magukat, a gyász és a szégyen érzete jellemzi az állapotukat. A termékenység nőközpontúsága – miközben teher a nőknek – stigmatizáló lehet a férfiaknak, ami a hallgatás és az elkerülés felé ösztönzi őket. Még a sorstárs közösség sem annyira elérhető a számukra, mint a nőknek, megerősítve őket abban, hogy a férfinak egyedül kell megküzdenie a nehézségeivel. Különösen nehéznek élik meg a gyermekvállalás asszisztált formáját azok a férfiak, ahol donorsperma használata mellett döntenek, ezzel elveszítve a biológia, genetikai apaság lehetőségét is (Cosson–Dempsey–Kelly 2022).

A férfiak számára sajátos nehézséget jelent a folyamatban való részvétel, ha a meddőségi kivizsgálások során vagy az asszisztált reprodukciós eljárásban az egészségügyi ellátórendszer kommunikációját tekintve megszűnnek a pár egyenrangú tagja lenni, és a partneri szerepük helyett kizárólag a spermiumaik száma és minősége válik fontossá (Cervi–Knights 2022). A meddő férfiak válaszai szerint nagyobb távolság van a vágyott és a valóságos életük között a barátokkal és ismerősökkel való kapcsolattartás terén, mint más betegséggel küzdő párok esetén (Biggs–Halliday–Hammarberg 2023). Ráadásul egy dán mintán végzett kutatás során asszisztált reprodukciós eljárásban lévő párok férfitagjainak nagy százaléka arról számolt be, hogy az egészségügyi személyzet elősorban csak a női partnerük számára adott lehetőséget arra, hogy a meddőségben szerzett tapasztalataikat megbeszéljék (Mikkelsen–Madsen–Humaidan 2013), így a férfiak számára ez a kapcsolati támasz is kevésbé elérhető.

A meddőségi állapot során a férfiak körében előkerülhetnek maladaptív megküzdési stratégiák: munkába temetkezés, fokozott alkoholfogyasztás vagy a házasságon kívüli szexuális kapcsolatok. A férfioldali meddőség tabusítása fenntartja azt a helyzetet, hogy a kapcsolati szemlélet és megoldások helyett továbbra is a nőkre háruljon a teher felvállalása (Hanna–Gough 2020). Cervi és Knights (2022) több más szempont mellett említik, hogy az asszisztált reprodukciós eljárások során a heteroszexuális párok férfi és női tagjaival való bánásmódban a két nem szerepének biológiai különbsége hangsúlyozódik, ezáltal ellehetetlenül az infertilitással mint párkapcsolati helyzettel való munka.

Meddőség és ART a párkapcsolat szintjén

Más krónikus állapotokkal ellentétben meddőség esetén a párkapcsolat maga is érintetté válik, a klasszikus beteg–támogató párkapcsolati dinamika helyett mindkét fél páciensként jelenik meg a kezelési eljárásokban, még ha nem is egyforma mértékben és módon. Emiatt különösen fontos nemcsak az egyéni, hanem a páros megküzdés megfigyelése és megértése is.

A különböző kutatások egymásnak ellentmondó eredményre jutottak annak feltérképezése során, hogy a párkapcsolatra milyen hatással van a meddőség. Bizonyos vizsgálatokban azt találták, hogy nő a konfliktusok száma és romlik a párkapcsolat minősége, míg mások épp az ellenkezőjét: a közösen megélt krízishelyzet szorosabb-

ra fűzte a párkapcsolatot. Ráadásul bizonyos esetekben más volt a párok férfi és a női tagjainak megélése (Tao–Coates–Maycock 2012). E vizsgálatok többségében egy időpillanatban mérik az érintettek állapotát, arról nem adnak képet, hogy folyamatában hogyan változik a párkapcsolati dinamika a meddőség, illetve az ART-kezelések során.

A szexualitás kérdéskörében a merevedési zavarok és a szexuális vágy csökkenése a meddőséget kísérő két leggyakoribb zavar. Az azonban, hogy hogyan alakul a pár szexualitása és a szexualitás megélése, sok személyes és kulturális tényező, valamint a korábbi szexuális tapasztalatok és a meddőségi eljárásokkal kapcsolatos tényezők összetett kölcsönhatásán múlik (Leeners et al. 2023). Összességében elmondható, hogy a férfiak és a nők is veszélyeztetve vannak a szexualitás zavarai, ennek következményeként pedig párkapcsolati elégedetlenség tekintetében (de Mendonca et al. 2017, Starc et al. 2019, Leeners et al. 2023).

A magyar kutatások hasonló eredményekről számolnak be: Cserepes és munkatársai (2014) arra hívják fel a figyelmet, hogy nem kizárólag a meddőség ténye, hanem a társ depresszív hangulati állapota is rosszabb életminőséget eredményezhet a vizsgált személynél. Hasonló eredményre jutottak a Szegedi Egyetem kutatói (Hegyi et al. 2019) a párok lelki egészségének vizsgálatakor: a meddőséggel küzdő pár meg tapasztalt életminősége szoros összefüggést mutat a pár szorongásos, depressziós tünetegyüttesével. Vizsgálatukból az derült ki, hogy két jól elkülöníthető csoport mutatkozik: a nehézséggel nehezebben megküzdő pároknak külső támogatásra van szüksége ahhoz, hogy felül tudjanak kerekedni a megélt nehézségeiken. A pár egyik tagjának kifejezett depresszív, szorongásos tünetegyüttese egyértelműen befolyásolja társa ugyanilyen téren mutatott állapotát. Ez utóbbi eredmények felhívják a figyelmet a meddőség hatásai diádikus szemléletű megközelítésének fontosságára.

Az azonos nemű vagy nonbináris/transzgender párok a gyermekvállalási terveik kezdetétől tisztában vannak azzal, hogy szükségük lesz külső segítségre. Ez magyarázhatja azokat a kutatási eredményeket, amelyek szerint ezek a párok kevésbé élik meg megterhelőnek a helyzetet. Mindamellet a folyamatban kirekesztőnek élik meg, hogy a centrumok többségében heteroszexuális párokkal találkoznak, vagy a szabályozások miatt a párjuk nem lehet jelen a kezeléseken során (Swanson–Braverman 2021). Hazánk – épp a törvényi szabályozások miatt – másfajta akadályokat gördít az azonos nemű vagy transzgender párok elé: vagy teljesen ellehetetlenül a gyermekvállalás, esetleg külföldi ellátóhelyen kérhetnek segítséget, vagy titkolniuk kell, esetleg egyedülálló szülőként vesznek részt az eljárásban, amelynek hatására a társuk kiszorul a folyamatból.

A többszöri sikertelen kezelésen átesett pároknak az ART-folyamat egy pontján dönteniük kell az újabb próbálkozásról, az örökbefogadáson keresztüli szülővé válásról vagy a gyermektelen identitás elfogadásáról. Zurlo és munkatársai (2023) a döntés mögötti faktorok és a döntés következményeinek vizsgálata során azt találták, hogy a medikális eljárást abbahagyó (és inkább az adoptálást választó) párok

szignifikánsan alacsonyabb szintű vonásszorongást és depressziót éltek át, mint a további kezelés mellett döntő párok. A kezelés helyett az örökbefogadást választók nagyobb mértékben vették igénybe a társas környezet támogatását és használták a problémamegoldó megküzdési stratégiát az elkerülő, passzív módok helyett, továbbá magasabb fokú észlelt társas kohézióról számoltak be a párkapcsolatukat illetően.

Meddőség és asszisztált reprodukció a család és tágabb interperszonális kapcsolatok szintjén

A meddőségi eljárásban részt vevők gyakran számolnak be arról, hogy nehéz fenntartani a korábbi társas kapcsolataikat. A hasonló életszakaszban lévő barátok, ismerősök között gyakran ugyancsak a gyermekvállalás a központi téma, az ő sikerük pedig fájdalmas megélést hozhat a termékenységi nehézséggel küzdő pár számára. Ennek hatására eltávolodhatnak barátaiktól, családtagjaiktól.

Kis mintán végzett interjúk felmérés alapján Collins (2019) azt találta, hogy a meddő nők számára – különösen a meddőségi kivizsgálások és asszisztált reprodukciós eljárások idején – a megszokott társas kapcsolattartás nehézkessé válhat, mert a mindennapi feladatok és rutinok közé még be kell iktatni az orvosi kezeléseik megszervezésével járó feladatokat. A rutinfeladatok ellátását akadályozza még a beavatkozások mellékhatása, az érzelmi megterhelés is. A korábbi életmód helyett újfajta egyensúlyt és prioritásokat kell meghatározni és kialakítani. Ráadásul, ha az érintett tabuként éli meg állapotát, nem tud a hozzá közel állóknak sem beszélni nehézségeiről, akkor nem kapja meg azt a szociális támaszt, amely ebben a nehezített helyzetben a segítségére lehetne.

A családi környezet meghatározó lehet a meddő párok döntései szempontjából. Az asszisztált reprodukciós eljárás felé kényszerítheti a párokat a genetikai leszármazás fontosságát vagy kötelezőségét képviselő családi nyomás (Hodson–Bewley 2019), a meddőségben érintett pár szülei felől ez különösen erős lehet (Ergin et al. 2018, Daiying–Qinglian 2018).

Kihagyhatatlan kérdés az ellátórendszerben dolgozók és az ellátásban részt vevők közötti kommunikációs kapcsolat hatása. Ennek egyik szemléletes példája az, ahogy az egészségügyi személyzet a beültetésre szánt vagy már beültetett embriókról a párral kommunikál. Ennek hatására a kezelésben részt vevők érzelmileg távol maradnak a még be nem ültetett embrióktól, miközben „babaként” tekintenek a beültetettre. Az ellátórendszernek kontrollja van afölött is, hogy mikor és mennyi információt oszt meg a pácienssel, ezzel akár befolyásolva a döntéshozatalt (Vicsek–Bauer–Szolnoki 2019). Annak felismerése, hogy a centrumokban dolgozó szakszemélyzet jólléte fontos tényező a beavatkozások eredményességét illetően is, arra irányítja a figyelmet, hogy a szakképzés mellett elengedhetetlen a szakemberek munkakörülményeinek, jóllétének, vagyis a humán faktoroknak a fejlesztése is (Basar 2024).

A munkahely és a fertilitás kapcsolata vizsgálható abból a szempontból, hogy egy adott szakma adottságai rejtenek-e rizikófaktorokat a gyermekvárászt illetően (mint

például mérgező anyagoknak, nehézfémeknek vagy sugárzásnak való tartós kitettség (López-Botella et al. 2021, Ramezanifar et al. 2023), vagy a pszichoszociális stresszorok (Fox et al. 2021)). Másrészről a meddőségben érintett pár tagjai számára külön feladat az ART-beavatkozások összehangolása a munkájukkal: hogyan menedzseljék a munkahelyi kötelezettségeik közepette a hormonkezeléssel járó mellékhatásokat és a szigorú időrendhez kötött gyógyszereléseket. Magyarországon A munka törvénykönyve¹⁶ hat hónapra védettséget biztosít a munkáltatói felmondással szemben, amennyiben a munkavállaló a munkáltatóját tájékoztatta az ART-program elindításáról. Az esetek nagy részében azonban egy-egy kezelés ennél jóval hosszabb időt vesz igénybe. Nemzetközi kutatások arról számolnak be, hogy a meddőséggel összefüggő zaklatás megnő azokban az esetekben, amikor az érintett nyíltan felvállalja a kezelések tényét a munkahelyén (Ueda et al. 2022). Nagyon fontos lenne feltárni a meddőségi kivizsgálások, illetve a reprodukciós kezelések munkával kapcsolatos hatását, hogy olyan munkaadói jó gyakorlatok alakulhassanak ki, amelyek integrálni tudják a kezelésben részt vevők sajátos szükségseit a munkahelyi működési rendszerbe.

Az eddigiekben a különböző közeli társas kapcsolatokban jelentkező nehézségekről számoltunk be, azonban elengedhetetlen, hogy megemlítsük a társas kapcsolódások megtartó, erősítő, védő funkcióját. A társas támasz egy gyakran használt módja, amikor az érintettek sorstársakkal keresnek közelebbi kapcsolatokat, akikről úgy érzik, jobban megértik, min mennek keresztül. Jó hatással működnek mind az önszerveződő, mind az ellátó centrumok által facilitált sorstárs támogató csoportok (Swanson–Braverman 2021), de mint ezt korábban említettük, a nők számára könnyebben elérhető, illetve felvállalható ez a támogatási forma. Bauer (2022) netnográfiai kutatása során azt találta, hogy az interneten formálódó sorstárs csoportok alapvetően befogadóak, demokratikusak és nagy részben egy egyenlőségen alapuló berendezkedésre törekednek mindaddig, amíg a résztvevők a „belső körbe” (a hasonló procedúrát átélők körébe) tartoznak. Éles a határvonal azonban mindenkiel, aki számára a fogtatás természetes módon, könnyen megvalósul.

A meddőség okozta negatív érzelmi hatásokkal vagy mentális nehézségekkel, illetve az asszisztált reprodukciós folyamatok során megélt stresszel szemben működtetett adaptív megküzdési stratégiák által az egyének poszttraumás növekedést élhetnek meg, így a megterhelő helyzetekből pozitív pszichés változások is következhetnek (Gabnai-Nagy 2021, Shaferizi et al. 2022). A negatív hatások mellett fontos számba venni azokat a tényezőket, amelyek kivédhetik vagy csökkenthetik a pszichés jólétre ható negatív affektusokat. A párkapcsolati/családi/társas kapcsolatok megléte és minősége védőfaktorként szolgálhat a meddőség állapotához kötődő és a kezelések

¹⁶ A Munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.) 65. § (3) g) A munkáltató felmondással nem szüntetheti meg a munkaviszonyt a nő jogszabály szerinti, az emberi reprodukciós eljárással összefüggő kezelésének, de legfeljebb ennek megkezdésétől számított hat hónap tartama alatt.

következményeként jelentkező negatív hatások mérséklésére (Ni et al. 2021), melynek észlelésére az egyén rezilienciája közvetítő, erősítő hatással bír (Ni et al. 2022).

A társadalmi normák és a stigmatizáció szintjei a meddőség kérdéskörében

Az előbbieken a meddőségben érintettek társas színtereiből emeltünk ki néhányat, amelyek hatással lehetnek a reprodukciós ellátásban lévők helyzetére, a jóllétükre, a döntéseikre, a kapcsolataik megváltozására. A társas izoláció és elmagányosodás hátterében azonban olyan mechanizmusok is állhatnak, amely nem a közvetlen társas kapcsolatok következményei, hanem az észlelt vagy vélt társadalmi elvárásokhoz kapcsolódnak. Bár a gyermekvállalásban kevés területen jelentkezik a törvényi szabályozás közvetlen befolyása (ilyen például az azonos nemű párkapcsolatban élők kirekesztése az asszisztált reprodukciós ellátásból), mégsem mondhatjuk, hogy a gyermekvállalásról kizárólag az egyén vagy a pár és közvetlen környezete dönt. A társadalmi normák, az észlelt (például politikai kommunikáció) vagy vélt elvárások mind ott rejtőznek az egyéni döntések hátterében. Szalma (2021) arra hívja fel a figyelmet, hogy a magyar társadalomban erősen él az a norma, hogy egy nő csak akkor élhet teljes, boldog életet, ha gyermeket hoz a világra. A demográfiai folyamatok (például a csökkenő éves születésszám), illetve a hagyományos családfelfogást támogató politika felerősítik a gyermekvállalás, a nagycsalád, a sokgyermekes lét, az anyaság/szülőség értékeiről szóló üzeneteket. E közegben a meddőséggel küzdők könnyebben élhetik meg, hogy nem tudják teljesíteni a társadalmi elvárásokat, illetve az elvárt normáktól való eltérés (gyermektelenség) informális szankciókat eredményezhet a környezet részéről, úgymint az elidegenítés vagy a társas támogatás hiánya (Köksal–Goisis 2023).

A meddőség állapotával járó stigmatizáció a fejlődő és a fejlett társadalmakban is létező jelenség (Szigeti 2020), amennyiben a stigma Link–Phelan-féle koncepcióját (2001) vesszük alapul, vagyis a címkézés, sztereotípiák, szeparáció, státuszvesztés és diszkrimináció együttjárásával jellemezhető állapotra gondolunk, amely a különböző társadalmakban nem egyformán (nyíltan vagy rejtetten), de áthatja a reprodukciós egészségügyi ellátást (Bohren et al. 2022). Minél erősebb a társadalomban az a nézet, hogy a női vagy a felnőtt lét kiteljesedése a szülői lét, annál inkább érezhetik megbélyegzettnek magukat a meddőséggel küzdők. Sambasivam és Jennifer (2023) kvalitatív kutatásuk eredményeit összegezve arra hívják fel a figyelmet, hogy az elhúzódó meddőségi állapot, a sikertelen eljárások során fokozódó reményvesztett, a tanult tehetetlenséghez hasonló állapot egyben fokozza a társas elszigetelődést is. Akár a közeli családtagok döntenek úgy, hogy a gyermekvárással, szülővé válással kapcsolatos családi eseményekre nem hívják meg a meddőséggel küzdő párt, akár az érintettek választják a passzív-elkerülő megküzdést, mindenképpen beszűkülnek a társas kapcsolataik. A stigmatizációt átélő, meddőségben érintett személyek kisebbrendűségi érzést, magányt, kiközösítést és önhibáztatást élhetnek át, és ennek következtében önkéntesen zárkóznak el a társas kapcsolatok elől (Xie et al. 2023), amely pont a jóllét egyik védőfaktora lenne a számukra.

A megbélyegzettség több, egymással kölcsönhatásban álló szintéren is érintheti a gyermektelenséggel küzdőket (többrétegű stigma): az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek félelmei, hiedelmei és negatív attitűdjei az ellátásban részt vevő érintettek számára észlelt stigmaként realizálódhatnak, azonban a csökkent önértékelés, a magabiztosság elvesztése, a szégyenérzet már az internalizált stigmák működésmódjára utal. Ilyenkor a megbélyegzett személy magára nézve érvényesnek tartja a külső attitűdöket. Ez a belsővé tétel, ami tényleges diszkriminatív cselekedet nélkül is feltételezi a másiktól az eltérő bánásmódot, a címkézést vagy a sztereotípiák alapján alkotott véleményt, erősíti az érintettek elkerülő megküzdését, az eltitkolást és a segítségkérés halasztását vagy elutasítását (Gray 2002).

Alkalmazott vagy elrendelt stigmaként tekinthetünk azokra a méltánytalan, diszkriminatív bánásmóddal jellemezhető tapasztalatokra, amelyek az ellátás során érik az egyént vagy bizonyos csoportokat: az egyén szintjén többek között a származás, a vallási hovatartozás, a szexuális irányultság, a bevándorló státusz, a kor és a HIV-fertőzöttség mind hatással lehetnek az ellátásba való bekerülésre, akár annak megakadályozására, akár az erőltetett igénybevétele irányában (Hodson–Bewley 2019).

Strukturális stigmatizációként tekinthetünk az asszisztált reprodukció magyarországi szabályozására az azonos nemű párok és az egyedülállók szempontjából: előbbieik számára a szabályozás hivatalosan teljesen lehetetlenné teszi az asszisztált reprodukciós eljárásban való részvételt.¹⁷ Az egyedülálló nők kizárólag a meddőség diagnózisa vagy bizonyos életkor felett vehetnek részt lombikprogramban.¹⁸ Sipos és Szalma (2023) szelektív pronatalizmusként pontosítja a gyermekvállalás kérdéskörét érintő hazai családpolitikai intézkedéseket, hiszen a gyermekvállalást támogató intézkedések csak a társadalom bizonyos, meghatározott rétegei számára kedvezőek, más csoportok számára épp ellenkező hatásúak. Az azonos nemű párok és az egyedülállók gyakran abban is hátrányt szenvednek a fertilitási kezelések során, hogy az ellátórendszerek nyelvhasználata erősen heteronormatív, ez nemzetközi tapasztalat (Flynn–Senstock 2023).

Bővebb szakirodalmi adat áll rendelkezésre a fejlődő vagy tradicionálisan mélyebben vallásos országokban a női terméketlenséggel összefüggő nyílt szociális stigmatizáció, kirekeszt(ő)dés, vagy akár erőszakos megnyilvánulás (ez utóbbi lehet érzelmi, verbális, fizikai, szexuális vagy gazdasági) témáiról (Ergin et al. 2018, Bohren et al. 2022, Çalişkan–Balkan–Kaydirak 2023). A meddő nőket érintő erőszak hátterében feltérképezhető faktorok is jól csoportosíthatók humánökológiai szintek szerint: az egyéni (mikro-) szinten a nő szociodemográfiai jellemzői és a meddőség hossza, típusa; az interperszonális (mezo-) szinten leginkább a társ (férj) szociodemográfiai és a párkapcsolat jellemzői; társadalmi/társas (makro-) szinten pedig a kulturális hatások

17 Reprodukciós eljárás házastársi vagy különmeműek közötti élettársi kapcsolatban álló személyeknél végezhető el, amennyiben bármely félnél fennálló egészségi ok (meddőség) következtében a kapcsolatból természetes úton nagy valószínűséggel egészséges gyermek nem származhat. Élettársak esetén reprodukciós eljárás csak abban az esetben végezhető, amennyiben az élettársak egyike sem áll házastársi kapcsolatban. (1997. évi CLIV tv. 167.§ [1]).

18 Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, ha a nő életkora vagy egészségi állapota (meddőség) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat. (1997. évi CLIV tv. 167.§ [4]).

és bizonyos esetben az etnicitás hozható összefüggésbe a terméketlen nők ellen elkövetett erőszakkal (Hajizade-Valokolaee et al. 2017). A magyarországi párkapcsolati erőszakra vonatkozó kutatások általában is hiányosak (Tóth 2018), a meddőséggel összefüggésben pedig teljesen elhanyagolt kutatási terület.

A meddőségi állapot mellett az asszisztált reprodukciós eljárásoknál is felmerül a nőket és a férfiakat érő abúzus vagy kihasználás kérdésköre. Hodson és Bewley (2019) rendszerszintű erőszakként tekintenek az asszisztált reprodukciós eljárások olyan sajátosságaira, amikor a beavatkozást végző centrumok szükségtelen eljárásoknak vetik alá a párokat, nem tájékoztatják őket a gyermekvállalás egyéb, kisebb egészségügyi kockázatot jelentő további lehetőségeiről (például örökbefogadás), vagy a mellékhatások elhallgatásával ösztönzik a párokat az ellátóhelyek számára (anyagi) előnyt jelentő beavatkozásokban való részvételre (Hodson–Bewley 2019).

Összefoglalás, tudományos és gyakorlati implikációk

Tanulmányunkban összegeztük az elmúlt évtized nemzetközi és magyar kutatásainak és elméleti megfontolásainak eredményeit a meddőségben érintett egyének és párok sajátos biopszichoszociális helyzetéről. Kitértünk a meddőség különböző definícióira, amelyek nemcsak a prevalenciaszámításokat befolyásolják, hanem az érintettek identitására, jövőképeire, az ellátás lehetőségére és a meddőség megszüntetésének szükségességére is befolyással lehetnek. A közel ötven éve útjára indított asszisztált reprodukciós beavatkozások kapcsán bemutattuk, hogy az ellátás mellett való elköteleződést különböző tényezők bonyolult összjátéka határozza meg. Az ART-beavatkozások résztvevői számára a társas kapcsolatok megváltozását is eredményezheti a folyamatban való részvétel. Végül rátekintettünk, hogy a társadalmi normák hogyan alakíthatják a meddőséggel küzdőkben a stigmatizáció érzését, ami izolációhoz és elmagányosodáshoz vezethet.

Kutatásunk tapasztalataként elmondhatjuk, hogy a két elméleti modell – a biopszichoszociális megközelítés, valamint a humánökológiai keretrendszer – alkalmasnak bizonyul a meddőség témakörének kutatására, átgondolására.

A meddőség etiológiájában a mai modern nézőpontok szerint nem kaphatnak kizárólagos szerepet sem a medikális, sem a pszichés faktorok. A biológiai adottságok, szerzett állapotok és lehetőségek nem függetleníthetők a meddőségben érintettek pszichés állapotától, társas kapcsolataitól és a szociodemográfiai adottságoktól, amelyek befolyásolják a meddőségi életutat.

Fontos megértenünk, hogy az orvosi segítségkérésre, az asszisztált reprodukciós ellátás folyamatában való bent maradásra, a beavatkozások sikerességére ható faktorok elemzésekor sem hagyatkozhatunk kizárólag az egyén egészségi mutatóira, sem a pszichés jóllétére esetleg a társas támasz meglétére. Ezek komplex összjátéka van hatással az érintett egyénekre és párokra. Az ellátó személyzet attitűdje, kommun-

kációja, a meddőségről való tudása erősen befolyásolhatja, hogy az egyes résztvevők – nők és férfiak – milyen megeléssel és tapasztalatokkal kerülnek ki az ellátóhelyekről.

A hazai kutatások sorából egyelőre hiányzik a különböző szocioökonómiai státuszú csoportok gyermektelenségi sajátosságainak, meddőségtörténetének és az ellátások elérhetőségének feltárása. A hazai szabályozási változások hatásvizsgálatai során érdemes lenne kutatni, hogy az ingyenesség mennyiben motiválja a halasztott gyermekvállalást. Fontos lenne megérteni, milyen kölcsönhatások játszanak közre a kezelések melletti elköteleződésben vagy annak elutasításában. Jó esetben a családpolitikai döntések célja nem kizárólag a születésszám növekedése, hanem a formálódó családok életminőségének javítása is, amihez elengedhetetlen a meddőség tabusításának oldása, a megbélyegzettség csökkentése. Ehhez segít hozzá az érintettek valós szükségégeinek feltérképezése, az ART segítségével formálódó párok szülővé válási sajátosságainak megértése.

Különösen fontos rátekinteni, mely védőfaktorok tudják ellensúlyozni az állapottal és a kezelésekkal járó negatív hatásokat. E vizsgálatokban fontos lenne felmérni a nők és a férfiak különbözőségét, külön hangsúlyt fektetni a párok működés-módjának megismerésére, valamint feltárni az ellátórendszerben a párok és a kezelő team közötti együttműködés, kommunikáció és sokrétű támogatás hatékonyságát biztosító jótékony folyamatokat.

Irodalom

- Abdullah, K. A. L. – Atazhanova, T. – Chavez-Badiola, A. – Shivhare, S. B. (2023): Automation in ART: Paving the Way for the Future of Infertility Treatment. *Reproductive Sciences*, 30(4): 1006–1016. <https://doi.org/10.1007/s43032-022-00941-y>
- Adamson, G. D. – Zegers-Hochschild, F. – Chambers, G. – de Mouzon, J. – Ishihara, O. – Banker, M. – Jwa, S. – Elgindy, E. – Baker, V. (2022): *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: World Report on Assisted Reproductive Technology, 2018*.
- Alghobary, M. – Mostafa, T. (2022): Addiction and human male fertility: A systematic review and a critical appraisal. *Andrology*, 10(6): 1073–1095. <https://doi.org/10.1111/andr.13196>
- Balogh, L. – Geller, J. (2019): Roma nők hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátás során: két magyarországi jogeset, háttérrel. *Fundamentum*, 23(1–2): 204–223.
- Basar, M. (2024): Enhancing outcomes in IVF laboratories: navigating the human element through leadership and emotional intelligence. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 41(10): 2557–2567. <https://doi.org/10.1007/s10815-024-03239-x>
- Bauer, Z. (2022): *Narrated Experiences of Medically Assisted Reproduction in Hungary – Infertility from a Multimethod Perspective* (PhD). Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem. <http://phd.lib.uni-corvinus.hu/1219/>

- Bell, A. V. (2012): *Conceiving infertility: How social class shapes infertile experiences*. (Doctoral dissertation)
- Bell, A. V. (2016): The margins of medicalization: Diversity and context through the case of infertility. *Social Science & Medicine*, 156, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.005>
- Bell, A. V. – Hetterly, E. (2014): “There’s a higher power, but He gave us a free will”: Socioeconomic status and the intersection of agency and fatalism in infertility. *Social Science & Medicine*, 114, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.036>
- Beroukhim, G. – Mahabamunuge, J. – Pal, L. (2022): Racial disparities in access to reproductive health and fertility care in the United States. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 34(3): 138. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000780>
- Beroukhim, G. – Seifer, D. B. (2023): Racial and Ethnic Disparities in Access to and Outcomes of Infertility Treatment and Assisted Reproductive Technology in the United States. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 52(4): 659–675. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2023.05.005>
- Bhattacharya, S. – Evers, J. L. H. – Gameiro, S. – Negri, E. – Somigliana, E. – Vercellini, P. – Wellings, K. – Baird, D. T. – Crosignani, P. – Glasier, A. – La Vecchia, C. – Annual Capri Workshop Grp (2019): Towards a more pragmatic and wiser approach to infertility care. *Human Reproduction*, 34(7): 1165–1172. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez101>
- Biggs, S. N. – Halliday, J. – Hammarberg, K. (2023): Psychological consequences of a diagnosis of infertility in men: a systematic analysis. *Asian Journal of Andrology*. <https://doi.org/10.4103/aja202334>
- Bohren, M. A. – Corona, M. V. – Odiase, O. J. – Wilson, A. N. – Sudhinaraset, M. – Diamond-Smith, N. – Berryman, J. – Tunçalp, Ö. – Afulani, P. A. (2022): Strategies to reduce stigma and discrimination in sexual and reproductive healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(6): e0000582. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000582>
- Boivin, J. – Gameiro, S. (2015): Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2): 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.035>
- Borumandnia, N. – Alavi Majd, H. – Khadembashi, N. – Alaii, H. (2022): Worldwide trend analysis of primary and secondary infertility rates over past decades: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(1): 37–46. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i1.10407>
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Bronfenbrenner, U. (1986): Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development. In Silbereisen, R. K. – Eyferth, K. – Rudinger, G. (szerk.):

- Development as Action in Context: Problem Behavior and Normal Youth Development.* Berlin, Heidelberg: Springer, 287–309.
- Cai, W.-Y. – Luo, X. – Lv, H.-Y. – Fu, K.-Y. – Xu, J. (2022): Insulin resistance in women with recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1): 916. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05256-z>
- Çalışkan, E. – Balkan, E. – Kaydirak, M. M. (2023): Violence Exposure of Infertile Couples: A Systematic Review. *CURARE Journal of Nursing*, (2): 41–47. <https://doi.org/10.26650/CURARE.2023.1270076>
- Cebert-Gaitors, M. – Abdelnalbi, S. – Mantell, E. – Woodward, A. – Gonzalez-Guarda, R. – Stevenson, E. L. (2022): Multidimensional barriers and facilitators to treatment seeking for infertility among women in the United States: a systematic review. *F&S Reviews*, 3(1): 76–89. <https://doi.org/10.1016/j.xfnr.2021.10.001>
- Cervi, L. – Knights, D. (2022): Organizing male infertility. *Gender, Work & Organization*, 29(4): 1113–1131. <https://doi.org/10.1111/gwao.12809>
- Cherkezova, S. (2023): Voluntary Childlessness is Increasingly Culturally Acceptable in Developed Europe. *Население*, 41(2): 60–82.
- Collins, M. E. (2019): The Impact of Infertility on Daily Occupations and Roles. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(1): 24–34.
- Concepción-Zavaleta, M. J. – Coronado-Arroyo, J. C. – Quiroz-Aldave, J. E. – Concepción-Urteaga, L. A. – Paz-Ibarra, J. (2023): Thyroid dysfunction and female infertility. A comprehensive review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 17(11): 102876. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102876>
- Cosson, B. – Dempsey, D. – Kelly, F. (2022): Secret Shame—Male Infertility and Donor Conception in the Wake of Retrospective Legislative Change. *Men and Masculinities*, 25(3): 497–515. <https://doi.org/10.1177/1097184X211038329>
- Cox, C. M. – Thoma, M. E. – Tchangalova, N. – Mburu, G. – Bornstein, M. J. – Johnson, C. L. – Kiarie, J. (2022): Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*, (4): hoac051. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac051>
- Cserepes, R. E. – Kőrösi, T. – Bugán, A. (2014): [Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples]. *Orvosi Hetilap*, 155(20): 783–788. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29867>
- Daiying, Y. – Qinglian, S. (2018): Influence of parental emotional expression on reproductive stress of young couples with infertility and their spouses. *Chinese Nursing Research*, 32(17): 2744–2749. <https://doi.org/10.12102/j.issn.1009-6493.2018.17.026>
- Daniels, C. R. (2008): *Exposing men: The science and politics of male reproduction*. Oxford University Press.
- de Castro, M. H. M. – Mendonça, C. R. – Noll, M. – de Abreu Tacon, F. S. – do Amaral, W. N. (2021): Psychosocial Aspects of Gestational Grief in Women Undergoing Infertility Treatment: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative

- Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24): 13143. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413143>
- de Mendonca, C. R. – Arruda, J. T. – Noll, M. – Campoli, P. M. de O. – do Amaral, W. N. (2017): Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.013>
- Deninotti, J. – Le Vigouroux, S. – Gosling, C. J. – Charbonnier, E. (2023): Influence of illness representations on coping strategies and psychosocial outcomes of infertility: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 28(4): 1132–1152. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12676>
- Deyhoul, N. – Mohamaddoost, T. – Hosseini, M. (2017): Infertility-Related Risk Factors: A Systematic Review. *International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences*, 5(1): 24–29. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2017.05>
- Domar, A. D. – Zuttermeister, P. C. – Friedman, R. (1993): The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 45–52.
- Eisenberg, M. L. – Esteves, S. C. – Lamb, D. J. – Hotaling, J. M. – Giwercman, A. – Hwang, K. – Cheng, Y.-S. (2023): Male infertility. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1): 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00459-w>
- Ekechi, C. (2021): Addressing inequality in fertility treatment. *The Lancet*, 398(10301): 645–646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01743-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01743-8)
- Engel, G. L. (1979): The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1(2): 156–165.
- Ergin, R. N. – Polat, A. – Kars, B. – Öztekin, D. – Sofuoğlu, K. – Çalışkan, E. (2018): Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1): 46–49. <https://doi.org/10.4274/tjod.04307>
- ESHRE Capri Workshop Group (2010): Europe the continent with the lowest fertility. *Human Reproduction Update*, 16(6): 590–602. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq023>
- Flynn, S. V. – Senstock, T. B. (2023): Contemporary Issues in Couple and Marriage Therapy. In *The Couple, Marriage, and Family Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 217–258.
- Fox, M. A. – Niemeier, R. T. – Hudson, N. – Siegel, M. R. – Dotson, G. S. (2021): Cumulative Risks from Stressor Exposures and Personal Risk Factors in the Workplace: Examples from a Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11): 5850. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115850>
- Gabnai-Nagy E. (2021): *In vitro* fertilizációs (IVF) kezelésben részt vevő párok egészségpszichológiai vizsgálata. <http://hdl.handle.net/2437/303290>
- Gameiro, S. – Finnigan, A. (2017): Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 23(3): 322–337. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx001>

- Gray, A. J. (2002): Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2): 72–76.
- Hajizade-Valokolaee, M. – Khani, S. – Fooladi, E. – Peivandi, S. (2017): Related factors of violence against women with infertility: A systematic review study based on an ecological approach. *Electronic Physician*, 9(11): 5834–5843. <https://doi.org/10.19082/5834>
- Hanna, E. – Gough, B. (2015): Experiencing Male Infertility: A Review of the Qualitative Research Literature. *SAGE Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1177/2158244015610319>
- Harris, A. – Tsaltas, J. (2017): Endometriosis and infertility: a systematic review. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 9(3): 139–149. <https://doi.org/10.5301/jepdpd.5000296>
- Hegyí, B. E. – Dombi, E. – Németh, G. L. – Pásztor, N. (2019): Az infertilitás hatása az érintett párok lelki egészségére. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 82(5): 273–277.
- Hodson, N. – Bewley, S. (2019): Abuse in assisted reproductive technology: A systematic qualitative review and typology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 238 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.027>
- Imrie, R. – Ghosh, S. – Narvekar, N. – Vigneswaran, K. – Wang, Y. – Savvas, M. (2023): Socioeconomic status and fertility treatment outcomes in high-income countries: a review of the current literature. *Human Fertility*, 26(1): 27–37. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1957503>
- Jackson-Bey, T. – Morris, J. – Jasper, E. – Velez Edwards, D. R. – Thornton, K. – Richard-Davis, G. – Plowden, T. C. (2021): Systematic review of racial and ethnic disparities in reproductive endocrinology and infertility: where do we stand today? *F&S Reviews*, 2(3): 169–188. <https://doi.org/10.1016/j.xfnr.2021.05.001>
- Kiani, Z. – Fakari, F. R. – Hakimzadeh, A. – Hajian, S. – Fakari, F. R. – Nasiri, M. (2023): Prevalence of depression in infertile men: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 23(1): 1972. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16865-4>
- Kiani, Z. – Simbar, M. – Hajian, S. – Zayeri, F. (2021): The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 7(1): 6. <https://doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3>
- Kiani, Z. – Simbar, M. – Hajian, S. – Zayeri, F. – Shahidi, M. – Saei Ghare Naz, M. – Ghasemi, V. (2020): The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00076-1>
- Kiesswetter, M. – Danay, E. – Duschek, S. (2023): Life satisfaction in parents after successful in vitro fertilization and natural pregnancy: a prospective longitudinal

- study from before pregnancy to 24 months after childbirth. *Human Fertility*. <https://doi.org/10.1080/14647273.2023.2292596>
- Kóczé, A. (2021): „Ally” or „enemy”? *Juridikum Zeitschrift Für Kritik*, (4): 539–547.
- Köksal, S. – Goisis, A. (2023): Loneliness during the Pregnancy-Seeking Process: Exploring the Role of Medically Assisted Reproduction. *Journal of Health and Social Behavior*, 64(2): 209. <https://doi.org/10.1177/00221465231167847>
- Kreyenfeld, M. – Konietzka, D. (2017): Analyzing Childlessness. In Kreyenfeld, M. – Konietzka, D. (szerk.): *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*. Springer Open, 3–16.
- Leeners, B. – Tschudin, S. – Wischmann, T. – Kalaitzopoulos, D. R. (2023): Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1): 95–125. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac030>
- Lemoine, M.-E. – Ravitsky, V. (2015): Sleepwalking Into Infertility: The Need for a Public Health Approach Toward Advanced Maternal Age. *The American Journal of Bioethics*, 15(11): 37–48. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1088973>
- Leridon, H. (2010): Human fecundity: situation and outlook. *Population & Societies*, 471(9): 1–4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.471.0001>
- Leventhal, H. – Meyer, D. – Nerenz, D.R. (1980): The Common Sense Representation of Illness Danger. In: Rachman, S. (szerk.): *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, New York, 17–30.
- Link, B. G. – Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1): 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- López-Botella, A. – Velasco, I. – Acién, M. – Sáez-Espinosa, P. – Todolí-Torró, J.-L. – Sánchez-Romero, R. – Gómez-Torres, M. J. (2021): Impact of Heavy Metals on Human Male Fertility-An Overview. *Antioxidants (Basel, Switzerland)*, 10(9): 1473. <https://doi.org/10.3390/antiox10091473>
- Makay, Z. (2020): Miért kell sokat várni a babára? Teherbeesési nehézségek, életkori hatások és asszisztált reprodukció Magyarországon. *Demográfia*, 63(2–3). <https://doi.org/10.21543/Dem.63.2-3.1>
- Mehra, B. L. – Skandhan, K. P. – Prasad, B. S. – Pawankumar, G. – Singh, G. – Jaya, V. (2018): Male infertility rate: a retrospective study. *Urologia Journal*, 85(1): 22–24. <https://doi.org/10.5301/uj.5000254>
- Mikkelsen, A. T. – Madsen, S. A. – Humaidan, P. (2013): Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9): 1977–1986. <https://doi.org/10.1111/jan.12058>
- Morgante, G. – Massaro, M. G. – Di Sabatino, A. – Cappelli, V. – De Leo, V. (2018): Therapeutic approach for metabolic disorders and infertility in women with PCOS. *Gynecological Endocrinology*, 34(1): 4–9. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1370644>

- Nagy, B. M. (2021): Csak te meg én – Családok gyerek nélkül. In *Családhatórozó. A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 123–150.
- Ni, Y. – Huang, L. – Zhang, E. – Xu, L. – Tong, C. – Qian, W. – Zhang, A. – Fang, Q. (2022): Psychosocial correlates of fertility-related quality of life among infertile women with repeated implantation failure: The mediating role of resilience. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1019922. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1019922>
- Ni, Y. – Tong, C. – Huang, L. – Zhou, W. – Zhang, A. (2021): The analysis of fertility quality of life and the influencing factors of patients with repeated implantation failure. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 32. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01666-3>
- Nicoloro-SantaBarbara, J. – Busso, C. – Moyer, A. – Lobel, M. (2018): Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social Science & Medicine*, 213, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.033>
- Nik Hazlina, N. H. – Norhayati, M. N. – Shaiful Bahari, I. – Nik Muhammad Arif, N. A. (2022): Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(3): e057132. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057132>
- Pakpahan, C. – Ibrahim, R. – William, W. – Kandar, P. S. – Darmadi, D. – Khaerana, A. ST. A. – Supardi, S. (2023): “Am I Masculine?” A metasynthesis of qualitative studies on traditional masculinity on infertility. *F1000Research*, 12, 252. <https://doi.org/10.12688/f1000research.131599.1>
- Pápay, N. (2017): A meddőség megélésének pszichoszociális modelljei. In Sz. Makó, H. – Veszprémi, B. (szerk.): *A párkapcsolattól a gyermekágyig. A várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakájának pszichológiája és pszichoszomatikája*. Pécs: Octoport Nonprofit Kft., 203–229.
- Pápay, N. – Gellért, F. (2015): Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészség-magatartás alakulásában. In Pápay, N. (szerk.): *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös, 189–208.
- Papp, Z. (szerk.). (2023): *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*. Hetedik, frissített kiadás. Budapest: Semmelweis.
- Passet-Wittig, J. – Greil, A. L. (2021): Factors associated with medical help-seeking for infertility in developed countries: A narrative review of recent literature. *Social Science and Medicine*, 277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113782>
- Passet-Wittig, J. – Schneider, N. F. (2020): Imaginability of adoption, foster care, and life without a(nother) child and stress in women and men in fertility treatment. *Journal of Health Psychology*, 25(10–11): 1462–1471. <https://doi.org/10.1177/1359105318758857>
- Pedro, J. – Brandão, T. – Schmidt, L. – Costa, M. E. – Martins, M. V. (2018): What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its

- associated factors. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(2): 71–81. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186>
- Péloquin, K. – Boucher, S. – Benoit, Z. – Jean, M. – Beauvilliers, L. – Carranza-Mamane, B. – Brassard, A. (2023): “We’re in this together”: Attachment insecurities, dyadic coping strategies, and relationship satisfaction in couples involved in medically assisted reproduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(1): 92–110. <https://doi.org/10.1111/jmft.12608>
- Ramezanifar, S. – Beyrami, S. – Mehrifar, Y. – Ramezanifar, E. – Soltanpour, Z. – Namdari, M. – Gharari, N. (2023): Occupational Exposure to Physical and Chemical Risk Factors: A Systematic Review of Reproductive Pathophysiological Effects in Women and Men. *Safety and Health at Work*, 14(1): 17–30. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.10.005>
- Reifsnider, E. – Gallagher, M. – Forgione, B. (2005): Using Ecological Models in Research on Health Disparities. *Journal of Professional Nursing*, 21(4): 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.05.006>
- Rojas Betancur, H. M. – Quirama, A. H. – Rubio, C. R. (2023): Voluntary childlessness in a society reluctant to change. *Sociology Compass*, 17(2): e13040. <https://doi.org/10.1111/soc4.13040>
- Sambasivam, I. – Jennifer, H. G. (2023): Understanding the experiences of helplessness, fatigue and coping strategies among women seeking treatment for infertility – A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 309. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1600_22
- Serour, G. I. – Serour, A. G. (2021): The impact of religion and culture on medically assisted reproduction in the Middle East and Europe. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(3): 421–433. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.06.002>
- Shafierizi, S. – Faramarzi, M. – Esmaelzadeh, S. – Khafri, S. – Ghofrani, F. (2022): Does infertility develop posttraumatic growth or anxiety/depressive symptoms? Roles of personality traits, resilience, and social support. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4): 2017–2028. <https://doi.org/10.1111/ppc.13023>
- Simopoulou, M. – Rapani, A. – Grigoriadis, S. – Pantou, A. – Tsioulou, P. – Maziotis, E. – Tzanakaki, D. – Triantafyllidou, O. – Kalampokas, T. – Siristatidis, C. – Bakas, P. – Vlahos, N. (2021): Getting to Know Endometriosis-Related Infertility Better: A Review on How Endometriosis Affects Oocyte Quality and Embryo Development. *Biomedicines*, 9(3): 273. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9030273>
- Sipos, A. – Szalma, I. (2023): A reprodukcióra vonatkozó politikák változása Magyarországon 2010 és 2022 között. *Metszetek*, 12(3): 32–57. <https://doi.org/10.18392/metsz/2023/3/2>
- Spéder, Zs. (2022): A hazai „roma kötődésű” népesség termékenységi magatartásának egyes jellemzői (Előtanulmány egy népesség-előreszámításhoz). *Demográfia*, 65(2–3): 155–172. <https://doi.org/10.21543/Dem.65.2-3.3>

- Starc, A. – Trampus, M. – Jukic, D. P. – Rotim, C. – Jukic, T. – Mivsek, A. P. (2019): Infertility and Sexual Dysfunctions: A Systematic Literature Review. *Acta Clinica Croatica*, 58(3): 508–515. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.15>
- Sukhera, J. (2022): Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4): 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>
- Sun, H. – Gong, T.-T. – Jiang, Y.-T. – Zhang, S. – Zhao, Y.-H. – Wu, Q.-J. (2019): Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging*, 11(23): 10952–10991. <https://doi.org/10.18632/aging.102497>
- Swanson, A. – Braverman, A. M. (2021): Psychological Components of Infertility. *Family Court Review*, 59(1): 67–82. <https://doi.org/10.1111/fcre.12552>
- Szabó, G. – Szigeti, J. – Sipos, M. – Várbiro, S. – Gonda, X. (2023): A pszichés faktorok szerepe a meddőség kialakulásában és kezelésében. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XXV 123–130.
- Szalma, I. (2021): *Attitudes, Norms, and Beliefs Related to Assisted Reproduction Technologies among Childless Women in a Pronatalist Society*. Springer Nature.
- Szalma, I. – Takács, J. (2022): A gyermekvállalást és a gyermektelenséget befolyásoló tényezők. In Szalma, I. – Takács, J. (szerk.): *Családszociológiai mozaik*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 75–96.
- Szigeti, J. (2020): A termékenységi nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek. In Molnár K. – Mándi N. (szerk.): *A hiány transzformációi*. Vác: Apor Vilmos Katolikus Főiskola, 11–29.
- Szigeti, J. – Konkoly Thege, B. (2012): A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67, 561–580. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.3.8>
- Szijártó, L. (2023): A humán reprodukciós eljárások etikai és jogi dilemmái a XXI. századi Magyarországon. *Jog, Állam, Politika*, 15(1): 111–144. <https://doi.org/10.58528/JAP.2023.15-1.111>
- Tao, P. – Coates, R. – Maycock, B. (2012): Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(2): 71–80.
- Tóth, O. (2018): A nők elleni párkapcsolati erőszak Magyarországon. *Socio.hu*, 8(4): 1–28.
- Ueda, Y. – Endo, M. – Kuroda, K. – Tomooka, K. – Imai, Y. – Ikemoto, Y. – Mitsui, K. – Sato, S. – Tanaka, A. – Sugiyama, R. – Nakagawa, K. – Sato, Y. – Kuribayashi, Y. – Kitade, M. – Itakura, A. – Takeda, S. – Tanigawa, T. (2022): Risk factors for infertility treatment-associated harassment among working women: a Japan-Female Employment and Mental health in assisted reproductive technology (J-FEMA) study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(7): 1453–1461. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01872-6>

- Ussher, J. M. – Perz, J. (2019): Infertility-related distress following cancer for women and men: A mixed method study. *Psycho-Oncology*, 28(3): 607–614. <https://doi.org/10.1002/pon.4990>
- van der Kooi, A.-L. L. F. – Clemens, E. – Broer, L. – Zolk, O. – Byrne, J. – Campbell, H. – van den Berg, M. – Berger, C. – Calaminus, G. – Dirksen, U. – Winther, J. F. – Fossa, S. D. – Grabow, D. – Haupt, R. – Kaiser, M. – Kepak, T. – Kremer, L. – Kruseova, J. – Modan-Moses, D. – Ranft, A. – Spix, C. – Kaatsch, P. – Laven, J. S. E. – van Dulmen-den Broeder, E. – Uitterlinden, A. G. – van den Heuvel-Eibrink, M. M. (2018): Genetic variation in gonadal impairment in female survivors of childhood cancer: a PanCareLIFE study protocol. *Bmc Cancer*, 18, 930. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4834-3>
- Várnagy, E. (é. n.): *Legal Avenues to Tackle Involuntary Sterilization of Roma Women in Central-Eastern Europe*. Budapest: CEU.
- Vesztergom, D. – Téglás, G. – Fónyad, G. – Szomszéd, O. – Szöllősi, K. – Krádi, A. – Kopa, Z. – Nánássy, L. (2023): A hazai meddőségi ellátás helyzete. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 25(1): 5–11.
- Vicsek, L. – Bauer, Z. – Szolnoki, N. (2019): „A cél, hogy legyen egy kisbabád, és minden mást félreteszel” – Etikai keretek az embriókkal kapcsolatos döntéseknél a lombikeljárás során. *Szociológiai Szemle*, 29(3): 40–79. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2019.3.3>
- Wells, H. – Heinsch, M. (2020): Not Yet a Woman: The Influence of Socio-Political Constructions of Motherhood on Experiences of Female Infertility. *The British Journal of Social Work*, 50(3): 890–907. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz077>
- World Health Organization (2023): *Infertility prevalence estimates, 1990-2021*. World Health Organization.
- Xie, Y. – Ren, Y. – Niu, C. – Zheng, Y. – Yu, P. – Li, L. (2023): The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
- Zhu, H. – Shi, L. – Wang, R. – Cui, L. – Wang, J. – Tang, M. – Qian, H. – Wei, M. – Wang, L. – Zhou, H. – Xu, W. (2022): Global Research Trends on Infertility and Psychology From the Past Two Decades: A Bibliometric and Visualized Study. *Frontiers in Endocrinology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.889845>
- Zurlo, M. C. – Cattaneo Della Volta, M. F. – Vallone, F. (2023): Paths towards parenthood after repeated treatment failures: a comparative study on predictors of psychological health outcomes in infertile couples persisting in treatments or opting for adoption. *Frontiers in Psychology*, 14, 1147926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1147926>