

A pszichológiai szűrés és ellátás helye az asszisztált reprodukcióban

Szigeti F. Judit, dr.^{1, 2, 3} ■ Soltész Krisztina^{4, 5} ■ Sipos Miklós dr.²
Juhász Anna^{4, 6, 7} ■ Szöllősi Katalin dr.⁸ ■ Vesztergom Dóra dr.⁸
Ujma Przemyslaw Péter dr.¹ ■ Purebl György dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,
Merényi Gusztáv Telephely, Asszisztált Reprodukciós Centrum, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Budapest

⁴Budai Termékenységi Centrum, Budapest

⁵Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Budapest

⁶Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Doktori Iskola, Operatív Orvostudományi Tagozat,
Budapest

⁷Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika, Andrológiai Centrum, Budapest

⁸Országos Kórházi Főigazgatóság, Humánreprodukciós Igazgatóság, Budapest

Bevezetés: Biopszichoszociális szemléletben a meddőség háttérében a biológiai hajlam, egyes lelki tényezők, különösen a krónikus stressz, valamint környezeti és társas faktorok összetett együttjárását feltételezzük. Kutatási eredmények egyértelműen bizonyítják, hogy a meddőség maga is gyakran okoz pszichológiai problémákat, különösen az asszisztált reprodukcióban részt vevő pácienseknél, akik 15–20%-a mentális zavart mutat. E komorbiditás szakszerű kezelése bizonyítottan emeli a teherbe esés esélyét, a leginkább azzal, hogy mentális állapotuk javulásával a páciensek jobb együttműködést mutatnak, és képesek lehetnek fenntartani egy, a reprodukciónak is kedvező egészségesebb életmódot.

Célkitűzés: A pszichológiai segítségnyújtásra vonatkozó ajánlások meglétének és tartalmának áttekintése a meddőségkezelés főbb nemzetközi irányelveiben.

Módszer: Az angol nyelven hozzáférhető irányelvek beszerzése és leíró elemzése.

Eredmények: Az infertilis páciensek mentális szempontú szűrése és ellátása kivétel nélkül előírásként jelenik meg az áttekintett nemzetközi meddőségi orvosi irányelvekben, akár azokba beépített, akár különálló formában, jellemzően mindkét nemre vonatkozóan.

Megbeszélés: A pszichológiai ellátás ma már elengedhetetlen része a korszerű meddőségkezelésnek. Ez a legcélszerűbben lépcsőzetes módon zajlik, a következő sorrendben: szűrés, edukáció, alacsony küszöbű, majd intenzív kezelési stratégiák. Az utóbbiak célja a meddőségspecifikus stressz csökkentése, a megküzdés és ezzel az életminőség javítása, mely indirekt módon nagyobb sikerarányhoz is vezethet.

Következtetés: Időszerűvé vált a reprodukív pszichológiai szempont, ismeretanyag és módszertan beépítése a megújuló magyar szakmai irányelvbe.

Orv Hetil. 2024; 165(12): 455–463.

Kulcsszavak: asszisztált reprodukció, irányelv, mentális egészség, szűrés, pszichológiai ellátás

The role of psychological screening and care in assisted reproduction

Introduction: Within the bio-psycho-social model, we assume a complex association of biological predisposition, psychological factors, especially chronic stress, as well as environmental and relational effects in the background of infertility. It has been proved that infertility itself also often causes psychological problems, especially in assisted reproduction patients, 15–20% of whom suffer from a mental disorder. The professional treatment of this co-morbidity has been shown to increase the chances of achieving pregnancy, mainly by enabling patients, through the improvement of their mental state, to show better compliance and to maintain a healthier lifestyle that also benefits reproduction.

Objective: To review the existence and content of recommendations for psychological support in the main international guidelines for fertility treatment.

Method: Guidelines available in English on the World Wide Web were extensively analyzed.

Results: Mental health screening and care of infertility patients are standard elements in the international medical guidelines reviewed, either included in the guidelines or in separate documents, typically for both genders.

Discussion: Psychological care is now an integral part of modern fertility treatment. This is most conveniently done in a stepped care approach, in the following order: screening, education, low- and high-intensity interventions. These aim to reduce infertility-related stress, improve coping and thus quality of life, which may indirectly lead to higher success rates.

Conclusion: Including the reproductive psychological aspects, knowledge and methodology in the Hungarian fertility treatment protocol – soon to be revised – is timely.

Keywords: assisted reproduction, guideline, mental health, screening, psychological care

Szigeti FJ, Soltész K, Sipos M, Juhász A, Szöllösi K, Vesztergom D, Ujma Przemyslaw P, Purebl Gy. [The role of psychological screening and care in assisted reproduction]. *Orv Hetil.* 2024; 165(12): 455–463.

(Beérkezett: 2024. január 11.; elfogadva: 2024. február 5.)

Rövidítések

ART = (assisted reproduction technology) asszisztált reprodukciós technológia; BM = Belügyminisztérium; ESHRE = (European Society of Human Reproduction and Embryology) Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság; IVF = *in vitro* fertilizáció; LIPI = (low-intensity psychological interventions) alacsony küszöbű pszichológiai intervenciók; NICE = (National Institute for Health and Care Excellence) Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (Egyesült Királyság); NM = Nemzetgazdasági Minisztérium

A meddőség a magyar reprodukciós korú lakosság 10–15%-át érintő krónikus betegség [1], melynek etiológiája 90–95%-ban ismert, 5–10%-ban azonban tisztázatlan [2]. Hagyományosan az ilyen eseteket döntően lelki eredetűnek vélték [3]. Napjainkban, ahogy a krónikus betegségeket általában, a meddőség kialakulását is biológiai, pszichológiai és szociális tényezők komplex interakcióival magyarázzuk. Pszichológiai szempontból a leginkább a krónikus stresszről gondoljuk, hogy hozzájárulhat a meddőség kialakulásához [4], de az eredmények ebben is ellentmondásosak. Ha a hosszan tartó distressz szerepet játszik is a meddőség kialakulásában vagy fennmaradásában, az sem önmagában és közvetlenül, hanem olyan, stresszkezelésként funkcionáló egészségkárosító magatartásokon keresztül nyilvánul meg, mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a helytelen mennyiségű és/vagy minőségű táplálkozás [5].

Többszörösen bizonyított és mára széles körben elfogadott tudományos tény viszont, hogy a meddőség stresszt okoz [6]. Miközben a meddőségi kezeléseknél a párok pszichopatológiai szempontból nem térnek el a fertilis egyénektől [7], az Amerikai Pszichiátriai Társaság egyik forrásdokumentuma szerint később a meddőséggel küzdő nők 40%-a teljesíti egy pszichiátriai zavar kritériumait, elsősorban depresszió és szorongás formájában [8]. Az utóbbiak tüneteinek annál markánsabban nyilvánulnak meg, minél régebb óta küzd meddőséggel,

illetve minél több sikertelen beavatkozáson esett át egy páciens [9].

Irodalmi adatok alapján a páciensek közel fele két sikertelen lombikciklust követően abbahagyja a kezelést, egynegyedük pedig már egyetlen ciklus után [10], holott a várandósság esélye 15%-kal nő, ha a pár kitart a minimálisan javasolt három beavatkozásig [11]. A terápia idő előtti megszakítása részben az anyagi korlátoknak, a rossz prognózisnak, részben pedig a pszichoszociális tényezőknek tulajdonítható, legyen az a várandósság reményének elvesztése vagy a kezeléseket lelki nehézségei [12, 13]. Egy hazai kvalitatív felmérés alapján a páciensek a kudarcot és a várakozási időt élték meg a legnehezebben, és a sikertelen embrióbeültetések viselték meg őket a leginkább [14].

A metaanalitikus eredmények inkonzisztensek arra nézve, hogy a meddőségi beavatkozások előtt és közben mért stressz negatívan hat-e a kezeléseknél a páciensek eredményességére [15, 16]. Mégis sok jel mutat arra, hogy ha a distressz eléri a mentális zavar szintjét, akkor rontani látszik az asszisztált reprodukciós technológia (ART) esélyeit [17]. Egyöntetűen azonban a metaanalízisek az eredményei, amelyek szerint a pszichoszociális beavatkozások emelik az ART nyomán létrejövő terhességek valószínűségét [18–20], hozzávetőleg 25–40%-kal [20–22]. Ugyancsak bizonyítottan javítják az intervenciók a résztvevők mentális állapotát [19, 23].

Mindazonáltal a meddőséggel küzdő párok nem mindegyikének van szüksége pszichés támogatásra. Nyugaton, ahol a pszichoszociális támogatás többnyire intézményesen elérhető a kezeléseknél, a pácienseknek csak körülbelül az 5–21%-a él ezzel a lehetőséggel [9, 24]. Van azonban a betegeknek egy sérülékeny, emelkedett stresszszintekkel jellemezhető, a klinikai populáció mintegy 15–20%-át kitevő alcsoportja, amely egyértelműen segítségre szorul [25, 26]. Ez a megnövekedett szenvedésnyomás meglátásunk szerint az alábbi két ok

valamelyikére (vagy ezek kombinációjára) vezethető vizsgálata:

1) a reprodukzív traumák vagy élethelyzet hordozta szituatív veszélyeztetettség, például habituális vetélés, rossz prognózis, ivarsejt-donáció, genetikai tanácsadás, esetleg embrióredukció [25] vagy onkofertilitás-intervenció szükségessége [27], és

2) genetikai, például ciklotim, depresszív vagy szorongó temperamentum [28], illetve környezeti, például korai traumatizáció [29] eredetű, eleve nagyobb stresszreaktivitás, labilisabb személyiség szerveződés, mely a meddőségi élethelyzetben fokozottan megnyilvánul.

Az első alcsoportot az ellátórendszer az anamnesztikus és terápiás adatok alapján könnyen felismeri. Ami viszont a másodikat illeti, a személyzet – bár gyakran jó intuícióval ráérez az ilyen „nehéz” páciensekre – kevésbé felkészült a pontos és szakszerű azonosításukra, a támogatásukra pedig alig [30].

Optimálisan a rendszernek képesnek kell lennie megtalálni a betegbeáramlás tengerében a rászoruló pácienseket. Ennek egyik módja lehet a rizikócsoport-szemlélet gyakorlati alkalmazása [31], melyben először módszeresen azonosítjuk egy adott betegség (esetünkben a meddőséggel komorbid mentális zavar) célcsoportját, majd szükség esetén preventív vagy alacsony küszöbű, majd intenzív kezelési stratégiákat alkalmazunk.

A magyar szakmai protokollok közül sem a régi [32, 33], sem az új [34] nem tartalmaz ajánlást pszichológiai ellátásra. A 2019-től hatályos, *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az infertilitás és subfertilitás kivizsgálásáról és az asszisztált reprodukciós kezelésekről* nevesíti a pszichológust a protokoll célközönségében, ugyanakkor pszichológiai konzultációt – az emberi reprodukciót szabályozó 30/1998. (VI. 24.) NM rendelettel összhangban – csak ivarsejt-donációval kapcsolatban és csak „szükség esetén” ír elő. Ennek célja explicit módon nincs megfogalmazva, de feltehetőleg nem a támogatás, hanem például annak kivizsgálása, hogy az adományozó szenved-e valamilyen öröklődő pszichiátriai zavarban.

Magasabb progresszivitási szintű szülészeti-nőgyógyászati osztályokon mindazonáltal megjelenik a lélektani szempont a kezeléseknél [35], és zajlik pszichológiai munka [36]. A meddőségi centrumok azonban sokszor csak egy pszichológus névjegykártyáját nyújtják át a pácienseknek, akik aztán magánúton kereshetik fel a szakembert, kinek kompetenciái, módszerei felől nincs megbízható minőségbiztosítás. Nagy szükség van tehát arra, hogy ebben a 2021 óta teljes állami finanszírozást élvező szektorban társadalombiztosítási alapon, megfelelő szakmai színvonalon is elérhető legyen a mentális támogatás.

Áttekintésünk célja kideríteni, milyen mértékben és módon érvényesül a pszichológiai segítségnyújtás szempontja a nemzetközi meddőségkezelési irányelvekben, ami alapot nyújthat a magyar szakmai irányelv ez irányú módosításához.

Módszer

Kiterjedt internetes irodalomkutatást végeztünk 2023 decembere és 2024 januárja között a PubMed, a ScienceDirect és a Google Scholar adatbázisokban, az „infertility guidelines”, „infertility counseling”, „national guidelines”, „assisted reproductive technology guidelines”, „assisted reproductive technology code of practice”, „assisted reproductive technology minimum standards” keresőkifejezésekkel. Az eredményekből kiszűrtük a 2005 és 2024 között publikált, vagyis az utóbbi 20 év tudományos (és nem ismeretterjesztő vagy asszisztált reprodukciós centrumok honlapjaihoz tartozó) találatait, majd leválogattuk azokat, amelyek különböző országok szülészeti-nőgyógyászati, andrológiai, urológiai vagy kifejezetten asszisztált reprodukcióra vonatkozó, angol nyelven hozzáférhető meddőségellátási irányelveit tartalmazták. Az irodalomkutatást szisztematikus áttekintő tanulmányok hivatkozási listáiban zajló kereséssel egészítettük ki. Ha egy országban több irányelv is rendelkezésre állt, az érvényben lévő tekintettük mérvadónak. Ha egy országban különböző intézmények által készített több irányelv is érvényben volt, mindegyik dokumentumot bevettük az elemzésbe. Ugyancsak bevettük azokat a találatokat, amelyek ART-központok működési feltételeit rögzítették.

Az elemzés során az első lépésben megvizsgáltuk, szolgálnak-e mentálhigiénés javaslatokkal is az irányelvek és feltételrendszerek (a „psych*”, „mental health”, „MHP”, „counsel(ing)” keresőkifejezésekkel), a második lépésben pedig elemeztük és szintetizáltuk ezek tartalmát. A jelen áttekintés szempontjából „nem releváns” csoportba soroltuk azokat az irányelveket, amelyek kizárólag egy adott kórkép – például policisztás ovárium szindróma vagy ismeretlen eredetű meddőség – kezelését járják körül, mivel jelen célunk az ART közegében zajló pszichoszociális ellátás általános protokolljainak áttekintése volt.

Eredmények

A keresés 14 irányelv (*1. táblázat*) [37, 38–50] és 4 működési feltételrendszer (*2. táblázat*) azonosítását eredményezte [51–54].

Vizsgálatunk legfőbb eredménye, hogy minden egyes kiszűrt irányelv (100%) tartalmaz pszichológiai természetű ajánlásokat, és az összes akkreditációs szabályrendszer (100%) javasolja, hogy az ART-intézmények mentális segítő szakembert foglalkoztassanak. A *nemi megoszlás* tekintetében az irányelvek 78,6%-a mindkét nemre, 7,1%-uk csak nőkre, 14,3%-uk pedig csak férfiakra fogalmaz meg javaslatokat.

A pszichológiai felmérés és ellátás *fókuszát* illetően az ajánlások 64,3%-a a teljes pácienspopulációra vonatkoztatja javaslatait (általános fókusz), 35,7%-uk pedig csak bizonyos esetek kivizsgálását és kezelését írja elő (specifikus fókusz). Az általános fókuszú irányelvek a rutinellátás

1. táblázat | Különböző nemzetek szakmai/közigazgatási testületeinek a meddőség kezelésére vonatkozó, angol nyelven hozzáférhető irányelvei, különös tekintettel a pszichológiai természetű ajánlásokra [37, 38–50]

Szakmai/közigazgatási szervezet	Ország	Fókusz	Nem	Forma*
Academy of Medicine – Ministry of Health [39]	Szingapúr	Specifikus	♂; ♀	Egyben
American Society for Reproductive Medicine [48]	USA	Általános	♀	Egyben
American Urological Association / American Society for Reproductive Medicine [49]	USA	Specifikus	♂	Egyben
Australian Government, National Health and Medical Research Council [41]	Ausztrália	Specifikus (etikai)	♂; ♀	Külön
British Fertility Society – British Infertility Counselling Association [42]	Egyesült Királyság	Általános	♂; ♀	Külön
Canadian Fertility and Andrology Society – Counselling Special Interest Group [37]	Kanada	Általános	♂; ♀	Külön
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe [43]	Németország	Általános	♂; ♀	Külön
European Association of Urology [40]	Hollandia**	Specifikus	♂	Egyben
European Society of Human Reproduction and Embryology [46]	Belgium**	Általános	♂; ♀	Külön
National Department of Health [50]	Dél-afrikai Köztársaság	Általános	♂; ♀	Egyben
National Institute for Health and Care Excellence [45]	Egyesült Királyság	Általános	♂; ♀	Egyben
National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists [47]	Írország	Általános	♂; ♀	Egyben
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [38]	Egyesült Királyság	Specifikus	♂; ♀	Egyben
Società Italiana della Riproduzione Umana [44]	Olaszország	Általános	♂; ♀	Egyben

♂ = férfiakat érintő javaslat; ♀ = nőket érintő javaslat

*Az orvosi ajánlásokkal „egyben” vagy „külön” dokumentumban

**Európai szervezet, központ a megjelölt országban

tás részeként javasolnak széles körű pszichológiai szűrést, illetve ennek felajánlását a pácienseknek, majd utána szűkítik le ajánlásait speciális esetekre. A minden páciensre alkalmazott javaslatokban ún. prevenció-promóció fókuszú szemlélet uralkodik, amely hangsúlyt fektet például a megfelelő egészségviselkedésről és életmódról vagy a meddőség várható pszichés következményeiről szóló edukációra [37, 51], mivel ezek befolyásolhatják a kezelése kimenetelét. A specifikus fókusz azokra a különleges, pszichés sérülékenységgel járó esetekre vonatkozik, amelyekben a pszichológiai-pszichiátriai vizsgálat nem

kerülhető meg. Ilyenek például a nők körében a pszichotraumák és az aktuális pszichiátriai problémák [48], valamint az amenorrhoea [38], a férfiak körében a szexuális diszfunkciók (anejaculatio, korai, illetve megkésett magömlés, erekciós zavarok, anorgasmia) [39, 40], illetve mindkét nemnél az antidepresszánsok vagy antipszichotikumok szedése, melyeknek prolaktinszint-növelő hatásuk lehet. További speciális eset az ivarsejt-donáció [37, 41–43], mellyel kapcsolatban a külföldi irányelvek nemcsak a donor, hanem a recipiens szülők számára is nélkülözhetetlennek ítélik a pszichológiai tanácsadást, kiterve a születendő gyermekek pszichés támogatására is [37, 41, 44]. Ugyancsak komplex ellátást igénylő, speciális egészségügyi helyzetet képeznek a termékenységmegőrzés céljából végzett beavatkozások, melyek pszichológiai kísérésére szintén kiternek az ajánlások [37, 41, 42]. Egyes irányelvek olyan különleges eseteket is tárgyalnak, amelyek – akár a jogi környezet (például béranyaság, preimplantációs diagnosztika, nemi inkongruencia vagy más szexuális kisebbségek), akár a realitás (bevándorlás vagy reprodukív turizmus) eltérései miatt – magyar viszonylatban kevésbé relevánsak, részletesebb tárgyalásukra ezért itt nem vállalkozunk.

Végül, *formátumukat* tekintve az irányelvek 64,3%-a az orvosszakmai protokollba beépítve (egyben), 35,7%-uk pedig önálló dokumentumban (külön) jeleníti meg a pszichológiai aspektusokat. Az orvosi javaslatokkal egy-

2. táblázat | Mentális segítő szakember elérhetősége néhány ország asszisztált reprodukciós központok működésére vonatkozó minimum-feltételeiben [51–54]

Minimumfeltételeket meghatározó testület	Ország	Mentális segítő szakember jelenléte
American Society for Reproductive Medicine [53]	USA	Előírás
Department of Health [54]	Egyesült Arab Emírségek	Előírás
Fertility Society of Australia and New Zealand [51]	Ausztrália, Új-Zéland	Előírás
Indian Council of Medical Research [52]	India	Előírás

beszerkesztett ajánlások legrészletesebbike a brit egészségügyi szakmódszertani intézet (NICE) 2017-ben frissített 2013-as irányelve, mely egy egész alfejezetet szán a meddőség pszichológiai következményeinek [45]. Külön, önálló dokumentumban rögzíti mentális egészségre vonatkozó ajánlásait az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE [46]), a Brit Fertilitási Társaság (British Fertility Society [42]), a Kanadai Fertilitási és Andrológiai Társaság (Canadian Fertility and Andrology Society [37]), valamint a Német Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe [43]). Ezek közül a legkidolgozottabb és legnagyobb presztízsű az ESHRE irányelve.

Megbeszélés

A pszichoszociális ellátásra vonatkozó általános javaslatok

A fejlett régiók szakmai ajánlásaiban teljes a konszenzus, hogy a meddő páciensek pszichológiai szükségleteit kezelni kell az ART-terápiák minden szakaszában, azok eredményétől függetlenül [45]. A jogyakorlatok lépcsőzetes eljárást követnek (stepped care): a kivizsgálás részeként pszichológiai szűrést, az orvosi beavatkozások során és azokat követően pedig szükség esetén tanácsadást, esetleg pszichoterápiát alkalmaznak. A pszichológiai szűrés célja a termékenységet és a compliance-t potenciálisan befolyásoló rizikófaktorok azonosítása és az egyéni pszichológiai sérülékenység felmérése [46]. Az ellátás fókuszja a kezelése előtt és alatt a páciensek pszichés felkészítése [37] és támogatása a folyamat során, például adaptív megküzdési stratégiák kialakításával vagy erősítésével [42]. A konzultációk megelőzhetik a hosszú távú, sőt a transzgenerációs pszichés problémákat is, hiszen – sikeres ART-terápia után – a szülők mentális egészségi állapota a magzat, csecsemő fejlődésére is hatással lehet [52]. Ha a pár számára nem lehetséges a biológiai utód vállalása, és gyermektelenül folytatják életüket, fontos számba venni egyes protektív (például új életcélok megtalálása) és kockázati tényezőket (például társas izoláció) párkapcsolatuk és életminőségük védelmében [43].

Az ART-terápia során ideálisan többször is alkalmazott pszichológiai állapotfelmérésben kiemelt hangsúlyt kell fektetni a depresszió és a szorongás monitorozására, mivel ez a két leggyakoribb társuló pszichés zavar. Egyéni pszichoterápiára lehet szükség a személyiségzavarral, evészavarral vagy valamely, pszichózisra hajlamosító körképpel küzdő páciensek esetén [47]. Ha nem áll fenn mélyebb egyéni sérülékenység, a pszichológiai intervenciókat páros elrendezésben ajánlott nyújtani [39]. Az ún. alacsony küszöbű intervenciók (low-intensity psychological interventions – LIPI) külföldön előszeretettel alkal-

mazott formája a támogató csoportok szervezése [45], szakmai vezetéssel vagy önszorgító módon, személyesen vagy online.¹

A pszichoszociális ellátásra vonatkozó specifikus javaslatok

Prevenció-promóció szemlélet: A meddőséggel küzdők ellátásában az egyik legfontosabb preventív intervenció az életmód-tanácsadás, mely a rizikótényezők, az egészségkárosító magatartásformák azonosítását és megváltoztatását foglalja magában [37]. Az ajánlások szerint alapvető a páciensek ismereteinek bővítése arról, hogy a túlsúly, a dohányzás, a nagymértékű alkoholfogyasztás, a droghasználat, az ártalmas környezeti hatások, valamint a munkahelyi és egyéb forrásokból származó extrém, hosszan tartó vagy ismétlődő stressz milyen következményekkel járhat a reprodukív egészség szempontjából [51]. Ezért az élvezeti szerek kerülése, a kiegyensúlyozott étrend és a fizikai aktivitás promóciója minden párnál ajánlatos [39]. Az életmódtényezők nagy része módosítható, így a mentális segítőnek az edukáció mellett a szükséges változtatások facilitálásában is lehet szerepe. A fenti faktorok figyelembevétele a szexuális zavarok kezelésekor is hasznos lehet.

Szexuális zavarok: A meddő párok szexuális diszfunkcióinak vizsgálata céljából a szakmai ajánlások mind a nők, mind a férfiak pszichés állapotfelmérését szükségesnek tartják. Az ART-kezelések önmagukban is okozhatnak szexuális nehézségeket [45], a dokumentumok azonban külön kitérnek bizonyos, leginkább a férfinemhez köthető kórképekre – például megkésett magömlés, anorgasmia, merevedési zavar –, feltehetőleg azért, mert ezek közvetlenül vezethetnek a megtermékenyítés ellehetetlenüléséhez (miközben természetesen egyes női szexuális zavarok – például a vaginismus vagy a dyspareunia – is járhatnak a penetráció akadályoztatottságával). A szexuális zavarok hátterében ugyanis nemcsak biológiai, hanem pszichoszexuális okokat is feltételezhetünk [40], például párkapcsolati problémákat vagy szorongásos panaszokat [39, 40]. A beavatkozások célja az edukáció és a tanácsadás, ezen belül egyes gyakorlatok elsajátíttatása. Ugyanakkor az ejakulációs zavarok a szerotonintranszmisszióval is kapcsolatban állhatnak, így farmakoterápiára is szükség lehet [40]. Az edukáció során a párokat tájékoztatni érdemes arról, hogy bármelyik fél által megélt stressz befolyásolhatja a párkapcsolati életminőséget, a csökkent nemi vágy és coitusfrekvencia pedig a gyermekvállalás sikerességét [44, 45]. A pszich edukáció nemcsak személyes, hanem online formában is hatékony [46].

¹ Az itt vázolt, nemzetközi ajánlásokat követő rendszerrel a Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Merényi Gusztáv Telephelyén működő Asszisztált Reprodukciós Centrumban 2020 óta jó tapasztalatokat szereznek.

3. táblázat | Az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság specifikus ajánlásai az asszisztált reprodukciós kezelés különböző szakaszaiban alkalmazandó pszichológiai intervenciókra

	Kezelések előtt	Kezelések alatt	Kezelések után
Mikor?	Az első megjelenéstől az első beavatkozásig (IUI vagy IVF)	Beavatkozási ciklusok (IUI vagy IVF) során	Egy évvel az utolsó beavatkozás után (eredménytől függetlenül)
Milyen céllal?	Szorongáscsökkentés; az együttműködés (compliance) javítása	A compliance fenntartása; a párkapcsolati intimitás facilitálása; a negatív affektusok mérséklése; stresszkezelés	Döntésegítés a kezelések abbahagyásáról; sikeres kezelés esetén: a terhességgel kapcsolatos szorongások oldása; sikertelen kezelés esetén: stresszcsoökkentés, alternatív életcélok találása
Hogyan?	Hangulati-érzelmi állapotszűrés (kérdőívek); életmód-tanácsadás; korrekt tájékoztatás a várható beavatkozásokról; az egészség-magatartás fejlesztése: reprodukciós egészségfejlesztő programok, informatív szórólapok	Döntésegítő, illetve a kezelésekkal kapcsolatos aggodalmakat oldó intervenciók, lehetőleg a partner bevonásával; a pszichoszociális problémákra veszélyeztetett személyek speciális tanácsadásra, esetleg pszichoterápiára küldése	Sikeres kezelések esetén: tanácsadás, esetleg pszichoterápia (különösen többszörös sikertelenség után, illetve ikerterhességben); sikertelen kezelések esetén: tanácsadás, esetleg pszichoterápia a meddőségspecifikus stressz további enyhítésére

IUI = intrauterin inszemináció; IVF = *in vitro* fertilizáció

Ivarsejt-donáció: A petesejt- vagy hímivarsejt-adományozást választó pároknál a LIPI-t a folyamat megkezdése előtt vagy elején javasolt alkalmazni [43]. A tanácsadás során az eljárás lehetséges rövid és hosszú távú következményeit érdemes hangsúlyozni, nemcsak jogi, orvosi, genetikai, hanem pszichológiai szempontból is [44]. Az adományozás következményei mind a donorokat, mind a recipiens szülőket és családtagjaikat, illetve a születendő gyermeket is érinthetik, akinél a biológiai kapcsolatok jelentősége idővel egyre inkább előtérbe kerülhet. A tanácsadás fókuszában a komplex pszichés felkészítés mellett a döntési felelősség, az egyéni jogok és köteleességek figyelembevétele és a párkapcsolati stabilitás áll [41, 44, 45].

Termékenységmegőrzés: A fertilitásprezervációt olyan szomatikus – például daganatos – betegségek és kezelések indokolja, amelyek károsíthatják a páciensek reprodukciós egészségét [27]. A termékenységmegőrzésben

potenciálisan érintett betegeknél többalkalmas tanácsadás javasolt, még az onkológiai kezelés előtt [37]. Ennek során a szakember részéről fokozott szenzitivitásra van szükség, hiszen a páciens a létét és a nemzőképességét fenyegető stresszorok összeadódását éli meg [42]. Az aktuális élethelyzet hosszú távú következményeinek feltérképezését nem javasolt az első konzultációs alkalomra időzíteni [42]. A tanácsadás fókuszában a párok tájékozott döntéshozatalának támogatása, későbbi családalapítási esélyeik és alternatív lehetőségeik megismerése, megküzdési (például a negatív érzelmi állapotok kezelését célzó) stratégiák kialakítása, illetve a daganatos betegség és a termékenységi nehezítettség identitásra, szexualitásra, önbecsülésre kifejtett hatásának feltárása szerepel [37, 41, 42].

A pszichoszociális ellátásra vonatkozó ESHRE-irányelv főbb specifikumai

Az önálló dokumentumba foglalt szakmai ajánlások jellemzően a fenti általános és specifikus javaslatokat tartalmazták, legfeljebb a hangsúlyok tolódnak el. Az ESHRE irányelve [46] ugyanakkor különösen részletes, ebből itt két hasznos szempontrendszerrel emelünk ki. Az egyik annak pontos részletezése, hogy az egyes kezelési szakaszokban mi a pszichológiai ellátás célja, és ez milyen módszerekkel érhető el (3. táblázat). A másik specifikum, hogy az ESHRE-irányelv az egyetlen olyan dokumentum, amely konkrét javaslatokat tesz pszichológiai szűrésben és állapotfelmérésben alkalmazható mérőeszközökre, ezzel könnyítve a mentális segítők munkáját. Az ajánlásban öt általános és két meddőségspecifikus mérőeszköz jelenik meg (4. táblázat). A többi ajánlott kérdőív nem a mentális egészséget, hanem a termékenységtudatosságot, az asszisztált reprodukciós kezelésekkal, például az injekciók beadásával kapcsolatos praktikum-

4. táblázat | Az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság által javasolt pszichológiai szűrő és mentális állapotot felmérő kérdőívek

Mérőeszköz neve	Magyar nyelven elérhető?
<i>Általános kérdőívek</i>	
Beck Depresszió Kérdőív – BDI	Igen
Lelki Egészség Kérdőív – GHQ	Igen
Kórházi Szorongás és Depresszió Skála – HADS	Igen
A WHO általános életminőségi kérdőíve – WHOQOL-BREF	Igen
Mental Health Inventory-5	Nem
<i>Meddőségspecifikus kérdőívek</i>	
Termékenységi Életminőség Kérdőív – FertiQoL	Igen
Termékenységi Kezelések Mentális Szűrő Kérdőíve – SCREENIVF	Igen

specifikus aggodalmakat, az ellátással való elégedettség, annak észlelt betegközpontságát méri fel.

A két meddőségspecifikus mérőeszköz közül kiemelendő az ART-ellátás bármelyik, de különösen az első – kivizsgálási – fázisában alkalmazható szűrő kérdőív, a SCREENIVF. A holland kutatók által kidolgozott kérdőívet [55] az ESHRE átvette, és alkalmazását egész Európára javasolja. A mérőeszköz előnye, hogy kezelhető terjedelme (34 tétel) és viszonylag rövid kitöltési ideje (10–12 perc) ellenére informatív, és mind általános (szorongás, depresszió, társas támogatás), mind pedig betegség-specifikus rizikóterületeket (meddőséggel szembeni tehetetlenség, az infertilitás elfogadásának hiánya) felmér. Bár a szűrő kérdőív jelenleg még csak öt nyelven érhető el, magyar validálása egy kisebb [56], valamint egy több mint 600 fős – egyelőre csak női – mintán is megtörtént [57]. Belső konzisztenciája megfelelő (Cronbach-alfa>0,8), valamint a szenzitivitás és a specificitás optimális egyensúlyát mutatja, így összességében alkalmas az ART-kezelésekért folyamodó magyar páciensek rutinellátásában a pszichológiai kockázati csoport kiszűrésére.²

Következtetés

A meddőség krónikus betegség, mely nagy százalékban okoz komorbid mentális zavarokat. A pszichológiai megközelítésnek nemcsak a kezelések elején, szűrés céljából, hanem a folyamat során mindvégig jelen kell lennie, végigkísérve a pácienseket e megterhelő úton a gyermekvállalásig, ennek sikertelensége esetén pedig a szülőség alternatív módjainak megtalálásáig vagy a gyermektelen életforma elfogadásáig.

Tudomásunk szerint a jelen tanulmány az első olyan, magyar nyelven elérhető összefoglaló közlemény, mely a meddőségi ellátás irányelvi szintű pszichológiai vonatkozásaira összpontosít. Kimutattuk, hogy a fejlett országokban a meddőség korszerű ellátásának integráns és elengedhetetlen része a lelki támogatás. Áttekintésünkben ismertettük a pszichológiai szűrés és ellátás optimális, lépcsőzetes módját. A cél a páciensek azon kb. 15%-ának kiszűrése, akiknél a klinikai szintet elérő mentális probléma akadályozhatja az asszisztált reprodukciós kezeléseket. A beavatkozásoknak elsősorban a betegségteher és a meddőségspecifikus stressz csökkentését, a megküzdés és ezzel az életminőség javítását kell megcélozniuk. Ugyanakkor a pszichológiai intervenciók bizonyítottan emelik a teherbe esés esélyét, akár azzal, hogy a páciensek tovább maradnak az asszisztált reprodukciós kezeléseket folyamatában, akár azzal, hogy mentális állapotuk javulásával képesek lesznek egy egészségesebb életmód elérésére és fenntartására.

² A SCREENIVF magyar fordítása és kiértékelése a nyilvános közzétételig a levelező szerzőtől beszerezhető.

Vizsgálatunk hiányossága, hogy elsősorban angol nyelvű irányelveket tekintettünk át, tehát főleg az angol-szász kultúrák követelményrendszerét tudtuk bemutatni. Ugyanakkor számos más kultúra képviselői közölték irányelveiket angolul, ami összefoglalónk fókuszát mégis öt kontinensre terjesztette ki. Vizsgálatunkban nem térünk ki arra a kérdéskörre sem, hogy a különböző irányelvek milyen végzettségekhez kötik a mentális segítő szakemberek működését – ezt a szempontot egy másik közleményünk tartalmazza [58].

Láttuk tehát, hogy az infertilis páciensek szűrése és mentálhigiénés ellátása előírásaként jelenik meg a nemzetközi meddőségi irányelvekben, de még nem része a magyar ajánlásoknak. Minthogy a nemrég napvilágot látott 70/2023. (XII. 23.) BM rendelet feltünteti a reprodukciós pszichológiai, valamint meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadók elérhetőségét a meddőségi szakambulanciák és asszisztált reprodukciós centrumok személyi minimumfeltételei között [59], a jelen közlemény szakmai fogódzót nyújthat e szakemberek munkájához is. Javasoljuk a reprodukciós pszichológiában felhalmozódott, a meddőség lelki oldalára vonatkozó ismeretanyag és módszertan beépítését a megújuló magyar szakmai irányelvbe.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Sz. F. J., U. P. P., P. Gy.: Témafelvetés, a közlemény megtervezése és előkészítése. Sz. F. J., S. K., U. P. P., J. A., P. Gy.: Kutatómunka, elemzés és értelmezés. Sz. F. J., S. K.: A cikk megszövegezése. S. M., Sz. K., V. D., U. P. P., P. Gy.: A szöveg tartalmának kritikai áttekintése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Papp Z. Handbook of obstetrics and gynaecology. Seventh, revised edition. [A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. 7., frissített kiadás.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2023. [Hungarian]
- [2] Parsanezhad E, Jahromi BN, Zare N, et al. Epidemiology and etiology of infertility in Iran. Systematic review and meta-analysis. J Women's Health, Issues Care 2013; 2(6): 2.
- [3] Apfel RJ, Keylor RG. Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. Int J Psychoanal. 2002; 83: 85–104.
- [4] Ósapay G, Ósapay K. Stress and fertility. [A stressz és a fertilitás.] Orv Hetil. 2015; 156: 1430–1434. [Hungarian]
- [5] Szkodziak F, Krzyzanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. J Int Med Res. 2020; 48(6): doi: 10.1177/0300060520932403.
- [6] World Health Organization. Infertility. 3 April, 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> [accessed: November 4, 2023].

- [7] Wischmann T. Psychosocial aspects of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Gynäköl Geburtsmed Gynäköl Endokrinol.* 2008; 4: 194–209.
- [8] Becker MA, Chandy A, Mayer JL, et al. Psychiatric aspects of infertility. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 765–766.
- [9] Boivin J, Vassena R, Costa M, et al. Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reprod Biomed Online* 2022; 44: 1045–1054.
- [10] Troude P, Guibert J, Bouyer J, et al. Medical factors associated with early IVF discontinuation. *Reprod Biomed Online* 2014; 28: 321–329.
- [11] Gameiro S, Verhaak CM, Kremer JA, et al. Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Hum Reprod Update* 2013; 19: 124–135.
- [12] Gameiro S, Boivin J, Peronace L, et al. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update* 2012; 18: 652–669.
- [13] Lande Y, Seidman DS, Maman E, et al. Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments? *Gynecol Endocrinol.* 2015; 31: 233–236.
- [14] Vesztergom D, Szomszéd O, Balogh E, et al. Infertility care in Hungary in the light of a qualitative study. [A meddőségi ellátás Magyarországon egy kvalitatív kutatás tükrében.] *Kapocs* 2021; 4: 21–35. [Hungarian]
- [15] Nicoloro-SantaBarbara J, Busso C, Moyer A, et al. Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Soc Sci Med.* 2018; 213: 54–62.
- [16] Peaston G, Subramanian V, Brunckhorst O, et al. The impact of emotional health on assisted reproductive technology outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Hum Fertil.* 2022; 25: 410–421.
- [17] Purewal S, Chapman SC, Van Den Akker OB. Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 2018; 36: 646–657.
- [18] Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009; 15: 279–295.
- [19] Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, et al. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2015; 5: e006592.
- [20] Dube L, Bright K, Hayden KA, et al. Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2023; 29: 71–94.
- [21] Zhou R, Cao YM, Liu D, et al. Pregnancy or psychological outcomes of psychotherapy interventions for infertility: a meta-analysis. *Front Psychol.* 2021; 12: 643395.
- [22] Ha JY, Park HJ, Ban SH. Efficacy of psychosocial interventions for pregnancy rates of infertile women undergoing *in vitro* fertilization: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2023; 44: 2142777.
- [23] Kremer F, Ditzen B, Wischmann T. Effectiveness of psychosocial interventions for infertile women: a systematic review and meta-analysis with a focus on a method-critical evaluation. *PLoS ONE* 2023; 18: e0282065.
- [24] Gray K, Copeland J, Anderson P, et al. Patient utilization of psychological counselling during IVF: implications for nursing practice, 2014. Available from: <https://www.olivefertility.com/uploads/attachments/cky30ex4x00o8c2h44rbfh3r1-gray-copeland-anderson-hitkari-cfas2014.pdf> [accessed: February 3, 2024].
- [25] Boivin J. Who is likely to need counselling? In: Boivin J, Kentenich H (eds.) *Guidelines for counselling in infertility.* Oxford University Press, Oxford, 2002; pp. 9–10.
- [26] Pápay N. The psychosocial context of reproductive health and fertility problems. Doctoral dissertation. [A reprodukció egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori disszertáció.] Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológia Doktori Iskola, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [27] Vesztergom D, Téglás G, Nánássy L, et al. Fertility preservation in cancer patients. Hungarian experiences and attitudes. [A termékenység megőrzése daganatos betegségekben. Egy hazai felmérés tapasztalatai.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 246–252. [Hungarian]
- [28] Szabó G, Szigeti FJ, Sipos M, et al. Affective temperaments show stronger association with infertility treatment success compared to somatic factors, highlighting the role of personality focused interventions. *Sci Rep.* 2023; 13: 21956.
- [29] Santos C, Sobral MP, Martins MV. Effects of life events on infertility diagnosis: comparison with presumably fertile men and women. *J Reprod Infant Psychol.* 2017; 35: 1–13.
- [30] Hoff HS, Crawford NM, Mersereau JE. Screening for psychological conditions in infertile women: provider perspectives. *J Womens Health* 2018; 27: 503–509.
- [31] Nagy BM. Identifying and assisting at-risk groups. [Rizikócsoportok felismerése és megsegítése.] Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác, 2022. [Hungarian]
- [32] College of Obstetricians and Gynaecologists. Ministry of Health guideline on infertility: evaluation and general options for care. First revised edition. [Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőségről: kivizsgálásról és a kezelés általános lehetőségeiről (1. módosított változat).] *Eü Közl.* 2010; LX: CD-melléklet. [Hungarian]
- [33] College of Obstetricians and Gynaecologists. Ministry of Health guideline on infertility care, assisted reproduction, *in vitro* fertilisation. First revised edition. [Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a meddőségi ellátásról – asszisztált reprodukcióról – *in vitro* fertilizációról (1. módosított változat).] *Eü Közl.* 2010; LX: CD-melléklet. [Hungarian]
- [34] Ministry of Human Resources. Clinical guideline on the evaluation of infertility and subfertility, and assisted reproductive treatments. [Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az infertilitás és subfertilitás kivizsgálásáról és az asszisztált reprodukció kezeléséről.] *Eü Közl.* 2019; LXIX: 1582–1604. [Hungarian]
- [35] Kovács Z, Hegyi G, Szőke H. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder II. Diagnosis and treatment. [Premenstruális szindróma és premenstruális dysphoriás zavar II. Diagnózis és kezelés.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1023–1031. [Hungarian]
- [36] Zinner-Gérecz Á, Perczel-Forintos D. Psychotherapy in obstetrics: implementing low intensity psychological interventions. [Pszichoterápia a szülészetben: lehetőségek alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciókra.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1776–1782. [Hungarian]
- [37] Canadian Fertility and Andrology Society Counselling Special Interest Group (CSIG). Assisted human reproduction counselling practice guidelines. Canadian Fertility and Andrology Society, August 2009. Available from: https://cfas.ca/_Library/clinical_practice_guidelines/CSIG_Counselling_Practice_Guidelines_August_2009_.pdf [accessed: December 27, 2023].
- [38] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. SITM: Management of Subfertility (MoS). Available from: https://www.rcog.org.uk/media/vhipw2e2/management_subfertility_sitm_vfinal.pdf [accessed: December 27, 2023].

- [39] Academy of Medicine. Assessment and management of infertility at primary healthcare level. Ministry of Health, Singapore, 2013. Available from: [https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/infertility_booklet2013\(hires\).pdf](https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/infertility_booklet2013(hires).pdf) [accessed: December 27, 2023].
- [40] Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, et al. European Association of Urology guidelines on male infertility: the 2012 update. *Eur Urol.* 2012; 62: 324–332.
- [41] Australian Government. National Health and Medical Research Council. Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical research and practice. 2017. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/art#block-views-block-file-attachments-content-block-1> [accessed: December 27, 2023].
- [42] Crawshaw M, Hunt J, Monach J, et al. British Infertility Counselling Association – Guidelines for good practice in infertility counselling. Third edition 2012. *Hum Fertil.* 2013; 16: 73–88. Erratum: *Hum Fertil (Camb)* 2013; 16: 142.
- [43] Wischmann T, Borkenhagen A, David M, et al. Psychosomatically oriented diagnostics and therapy for fertility disorders. Guideline of the DGPPG (S2k-Level, AWMF Registry Number 016/003, December 2019). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021; 81: 749–768.
- [44] Palomba S, Viganò P, Chamayou S, et al. Diagnosis and management of infertility: NICE-adapted guidelines from the Italian Society of Human Reproduction. *Reprod Biol Endocrinol.* 2024; 22: 9.
- [45] National Institute for Health and Care Excellence. Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline. Published: 20 February 2013. Last updated: 06 September 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156> [accessed: December 27, 2023].
- [46] Gameiro S, Boivin J, Dancet E, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. *Hum Reprod.* 2015; 30: 2476–2485.
- [47] Schäler L, O’Leary D, Barry M, et al. National Clinical Practice Guideline: fertility investigation and management in secondary care. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists, 2023. Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/ncpg-fertility-investigation-guideline.pdf> [accessed: December 27, 2023].
- [48] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2021; 116: 1255–1265.
- [49] Schlegel PN, Sigman M, Collura B, et al. Diagnosis and treatment of infertility in men: AUA/ASRM guideline. American Urological Association Education and Research, Inc. and American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, AL, 2020. Available from: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/male-infertility> [accessed: December 27, 2023].
- [50] National Department of Health. National clinical guidelines for safe conception and infertility. Pretoria, 2020. Available from: <https://sasreg.co.za/downloads/Safe-Conception-and-Infertility-Guidelines-Feb2021.pdf> [accessed: December 27, 2023].
- [51] Fertility Society of Australia and New Zealand, Reproductive Technology Accreditation Committee. Code of practice for assisted reproductive technology units. Revised: October 2021. Available from: <https://www.fertileysociety.com.au/wp-content/uploads/20211124-RTAC-ANZ-COP.pdf> [accessed: December 27, 2023].
- [52] Indian Council of Medical Research. National guidelines for accreditation, supervision & regulation of ART clinics in India. National Academy of Medical Sciences, New Delhi, 2005. Available from: https://main.icmr.nic.in/sites/default/files/art/ART_Pdf.pdf [accessed: December 27, 2023].
- [53] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, Practice Committee of the Society of Reproductive Biologists and Technologists. Minimum standards for practices offering assisted reproductive technologies: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2021; 115: 578–582.
- [54] Department of Health. Standard for assisted reproductive technology services and treatment. Abu Dhabi, 2023. Available from: <file:///C:/Users/Felhaszn%C3%A1l%C3%B3/Downloads/2023-3-20%20ART%20updated%20standard%20for%20publication-2.pdf> [accessed: December 27, 2023].
- [55] Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, et al. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod.* 2010; 25: 1234–1240.
- [56] Prémusz V, Ács P, Bódis J, et al. Introducing the Hungarian version of the SCREENIVF tool into the clinical routine screening of emotional maladjustment. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 10147.
- [57] Szigeti F. J, Szabó G, Kéki Z, et al. Depression matters. Lessons learned from a large-scale validation and accuracy study of the SCREENIVF in a Hungarian female population. 2023; Manuscript in preparation.
- [58] Szigeti F. J, Soltész K. The case of reproductive psychology and football, or is everyone really good at it? In: Hollósiné Homoki C. (ed.) 2nd Anna-Joachim Conference. [A reprodukív pszichológia és a foci esete, avagy tényleg mindenki ért hozzá? In: Hollósiné Homoki C. (szerk.) II. Anna-Joachim Konferencia. 2023. november 23–24.] Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác, 2024.
- [59] Decree No. 70/2023 (XII. 23.) of the Minister of the Interior amending certain ministerial decrees on health and health insurance in connection with human reproduction procedures. [A belügyminiszter 70/2023. (XII. 23.) BM rendelete egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek humánreprodukciók eljárásokkal összefüggő módosításáról.] *Magy Közl.* 2023: 11484–11500. [Hungarian]

(Szigeti F. Judit dr.,

Budapest, Nagyvárad tér 4. XX. em., 1089

e-mail: szigeti.f.judit@semmelweis.hu)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)