

NEHEZÍTETT GYERMEKVÁLLALÁS AVAGY A LOMBÍKPROGRAM NEHÉZSÉGEI

DIFFICULT CHILDBEARING OR THE DIFFICULTIES OF THE FOMBIC PROGRAMME

OROSZ-KARÁSZI ZSUZSANNA¹ – RUCSKA ANDREA²

¹Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház

²Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: Egyre gyakoribb, és egyre fiatalabb korosztályt érintő népbetegség a meddőség. A WHO 2023. április 4-én kiadott jelentése szerint minden hatodik ember, a felnőtt lakosság 17,5%-a tapasztalt meddőséget élete során. A meddőséggel kapcsolatban a családok nehezen nyílnak meg, viszonylag későn derül fény a problémára, és igen kevés információt kapnak. Időnként nagyon hosszadalmas út vezet a megoldásig, sokak számára elérhetetlen a kezelés a magas költségek miatt, társadalmi megbélyegzéssel járhat, és nehezen megközelíthető az elérhetősége.

A tanulmány célja annak megismerése, hogy a Magyarországon élő lombikprogramban részt vevők, miként élik meg a kezeléssel járó nehézségeket, és ezek milyen hatással vannak a mindennapjaikra. További cél annak feltárása, hogy mi befolyásolja a lombikprogramban történő részvételi szándékot, hogyan oszlik el nem szerint a fertilitási probléma.

A mintakiválasztás szempontja meddőségi kezelésben történő részvétel, akik kimondottan IVF-lombik programon vettek részt, vagy jelenleg is kezelés alatt állnak. Az adatfelvételben 159 fő vett részt. A kitöltők életkora 23–54 év között volt. Az online kérdőív a „social media” speciális csoportjában került megosztásra. A kérdőív az IVF-kezelésben résztvevők szociáldemográfiai adatain kívül várandóssággal kapcsolatos előzményeket, a lombik eljárások alatti részleteket, a meddőség okait, támogatottsági szint változói mellett az Események Hatása Kérdőív (IES-R) kérdéseit és az Impact of Events Scale továbbfejlesztett magyar változatát tartalmazta.

A lombikprogramon résztvevők 80%-a jut el a beültetésig, 32%-a a pozitív terhességi tesztig. Az elindított kezelések 20%-ában van élő magzat, és 12%-ban végződik elvesztéssel. Veszteségek eloszlása szerint az esetek 84%-ában az első trimeszterben történt a vetélés, leggyakrabban 6, 5, 10 és 12 hetes korban. A második trimeszterben a 12 hetes korban a leggyakoribb a vetélés.

A szubjektív stressz valóban minden személynél eltérő szinten van jelen a lombikprogram alatt. A felidézett esemény és a kérdőív felvétele között eltelt idő átlagosan 1,8 év (SD: 3,9, minimum 0, maximum 32 év). A traumát követő szubjektív distressz átlagosan 31,85, SD: 17,8, minimumértéke 0, maximumértéke 79.

Átlagosan az emlékbetörés 12,3, SD: 7,2, minimumérték 0, maximumérték 28. Az elkerülés átlagpontszáma 9,8, SD: 6,2, minimumértéke 0, maximumértéke 26. A hyperarousal átlaga 9,7, SD: 6,8, minimumértéke 0, és maximumpontszáma ebben az esetben is 28 lett.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a lombikprogram okozta stressz igen eltérő szinten van jelen minden meddőséggel küzdő életében. Mindenki másként éli meg a rá nehezedő súlyt a kezelése alatt. Az eredmények alapján látható, hogy a meddőséggel küzdőknek, a veszteséget átélt szülőknek igénybe kell venni mások segítségét, többen pszichés támogatásra szorulnak.

Kulcsszavak: meddőség, asszisztált reprodukciós program, várandósság, stressz, támogatás

Abstract: Infertility is an increasingly common disease affecting a younger and younger age group. According to a WHO report published on 4 April 2023, one in six people, 17.5% of the adult population, will have experienced infertility in their lifetime. Families have difficulty opening up about infertility, it is a relatively late problem to be discovered and very little information is available. It can sometimes be a very long road to resolution, treatment is out of reach for many due to high costs, social stigma and inaccessibility.

The aim of the study is to find out how people in Hungary who are participating in the fombicide programme experience the difficulties associated with the treatment and how these affect their daily lives. A further aim is to explore what influences the willingness to participate in a fombicide programme and how fertility problems are distributed by gender.

The sample selection criterion is infertility treatment, who have specifically participated in an IVF flask programme or are currently undergoing treatment. A total of 159 participants were recruited. The age range of the respondents was 23–54 years. The online questionnaire was shared in the special group “social media”. In addition to socio-demographic data on IVF treatment participants, the questionnaire included pregnancy history, details during fombic procedures, reasons for infertility, support level variables, questions from the Impact of Events Questionnaire (IES-R) and an improved Hungarian version of the Impact of Events Scale.

80% of people who take part in the programme go on to implantation and 32% have a positive pregnancy test. Of the treatments started, 20% result in a live foetus and 12% end in a live birth. The distribution of miscarriages is 84% of cases in the first trimester, most often at 6, 5, 10 and 12 weeks. Miscarriage in the second trimester is most common at 12 weeks.

Subjective stress is likely to be present at different levels in each person during the fombic programme. The time elapsed between the recalled event and the recording of the questionnaire averages 1.8 years (SD: 3.9, minimum 0, maximum 32 years). Subjective distress following the trauma averages 31.85, SD: 17.8, minimum 0, maximum 79.

The average score for memory burglary was 12.3, SD: 7.2, minimum value 0, maximum value 28. The average score for avoidance was 9.8, SD: 6.2, minimum value 0, maximum value 26. The average score for hyperarousal was 9.7, SD: 6.8, minimum value 0, and maximum value 28 in this case.

The results show that the stress caused by the fombies programme is present at very different levels in the lives of all infertility patients. Each person experiences the burden of treatment differently. The results show that infertility sufferers and bereaved parents need the help of others, and many need psychological support.

Keywords: *infertility, assisted reproductive programme, pregnancy, stress, support*

BEVEZETÉS

Minden európai országnak, Magyarországnak is egyik fő célja a családtervezés ösztönzése. Tanulmányok szerint Magyarországon 1981 óta az élve születések számát meghaladja a halálozások száma, tehát népességfogyás figyelhető meg. A nehezített gyermekvállalás nemcsak nőket, hanem férfiakat is, és az egész családot érintő probléma és stressz. A meddőségnek több oka lehet, mind a két nemet érintőleg, ami már önmagában is óriási feszültséget okoz a személy, vagy a család számára. Több meddőségi kezelés létezik, de jelen diplomamunkámban kizárólag a lombikprogramban résztvevőket vizsgálom. Magyarországon földrajzilag aránytalanul oszlik meg a lombikprogrammal foglalkozó intézmények elérhetősége, és

ezzel együtt még sok nehézséggel kell szembenézni a meddőségi kezelés előtt állóknak, kezelésben résztvevőknek.

Egyre gyakoribb, és egyre fiatalabb korosztályt érintő népbetegség a meddőség. A WHO 2023. április 4-én kiadott jelentése szerint minden hatodik ember, a felnőtt lakosság 17,5%-a tapasztalt meddőséget élete során [14]. A meddőséggel kapcsolatban a családok nehezen nyílnak meg, viszonylag későn derül fény a problémára, és igen kevés információt kapnak. Időnként nagyon hosszadalmas út vezet a megoldásig, sokak számára elérhetetlen a kezelés a magas költségek miatt, társadalmi megbélyegzéssel járhat, és nehezen megközelíthető az elérhetősége.

A reprodukciós képesség rendellenességéről, a meddőségről mint betegségről a WHO meghatározása szerint akkor beszélünk, ha minimum 12 hónapig tartó rendszeres és fogamzásgátlástól mentes nemi élet mellett nem jön létre a terhesség. [14] Az Egészségügyi Világszervezet ezzel kapcsolatosan egy globális meddőségi prevalencia becslést végzett 1990–2021 közötti adatok alapján. A meddőség emberek millióit érinti, nem válogat, előfordulási gyakorisága régióként eltér. A rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a legmagasabb a meddőség a WHO nyugati csendes-óceáni régiójában 23%, az afrikai régióban 16,4%. A legalacsonyabb a keleti mediterrán régióban 10,7%, tehát a becslések szerint minden hatodik termékeny korú ember meddőséget tapasztal élete során [14]. (1. ábra)

Global infertility prevalence estimates

2022 global infertility prevalence estimates are:

Approximately **one in six** people have experienced infertility at some stage in their lives, globally.



1. ábra. Globális meddőségi prevalencia becslések [15]

A meddőség lehet elsődleges, amikor a terhesség nem jött létre eddig. Másodlagos meddőségről viszont akkor beszélünk, ha legalább egy korábbi terhessége volt már a párnak-személynek. A legfontosabb azt körülhatárolni, hogy mikor lehet, még inkább kell meddő házasságról, meddő kapcsolatról beszélni, amikor már nem felesleges, hanem határozottan indokolt orvoshoz fordulni.

A meddőséggel járó szorongás, érzelmi stressz hatással van a testi és lelki egészségre egyaránt. Ezek zavarják, gátolják a megtermékenyülést, beágyazódást, valamint a terhesség sikeres kihordását. A tudat alá mélyen elfojtott szorongások, a szüléssel kapcsolatos félelmek, a szülői szereppel járó felelősségvállalás belső bizonytalansága vagy a párkapcsolat önmagunk előtt is eltitkolt konfliktusa azonban a külsőleg egészségesnek látszó személyiségben belső nyomot hagy; pszichés eredetű meddőséghez vezethet. [1]

Asszisztált reprodukciós eljárásoknak (ART) nevezzük azokat a beavatkozásokat, amelyek a meddőség kezelésére irányulnak [2]. A termékenységi gondozás lelkiileg és testileg is megviseli a párok tagjait. Vannak olyan esetek, hogy nem fogadják el a diagnózist, és itt megállnak, a sorsra bízzák a jövőt, sokan feleszmélve a súlyos diagnózis után folytatják az utat, és elindulnak a kezelés szintjein.

A meddőségi kezelések célja visszaadni azt a női ciklusonként 20-25% termékenységi esélyt, amit a természet ideális esetben nyújt az egészséges pároknak. [1] A különböző szintű beavatkozások lépcsőzetes rendszere több egymásra épülő fokozatból áll, hogy a pár a meddőség kezelése alatt minél hamarabb, a lehető legkisebb kockázattal érje el a kívánt várandósságát. Amennyiben a kívánt eredményt nem hozza meg az egyszerűbb módszer, úgy a magasabb fokozatra lépnek. Ezek jogosultságát törvény határozza.

A jelenleg érvényben lévő jogszabályok alapján a reprodukciós eljárásokat házastársi vagy különművek közötti élettársi kapcsolatban álló személyek vehetik igénybe, függetlenül attól, hogy van-e már gyermeke. Egyedülállóvá vált nő esetében, ha a petesejt megtermékenyítése már megtörtént, a kapcsolat megszűnése után folytatható. Egyedülálló nagykorú nő esetében az eljárás akkor végezhető el, ha a nő életkora vagy egészségügyi állapota – meddőség – következtében gyermeket természetes úton nem vállalhat.

A nő reprodukciós korának felső határáig, azaz a 45. életév betöltéséig kezdhet az egészségbiztosítás terhére kezelést [9].

A várt siker számos tényezőtől függ, emiatt nem lehet a meddőségi kezelések esetén meghatározni a sikerességi arányt. A vágyott siker függhet a meddőség okától, életkortól, életviteltől, orvosok szakértelmétől is. Az eredményre hatással lehet még a stresszkezelés és az érzelmek kezelése. A legmodernebb kezelések során kitarással, pozitív szemlélettel és a megfelelő kezeléssel a sikerességi arány nagymértékben nőhet.

Egy dán felmérés eredményei azt mutatják, hogy az ART-kezelések kezdetétől számított 5. év végéig a párok 69,4%-ának volt legalább egy szülése. A 35 év alatti nők 74,9%-a szült, és a 35 év feletiek 52,2%-ának sikerült beteljesíteni álmát. Egy év kezelés után 30%-os, három év kezelést követően pedig 60%-ra emelkedett az ART-kezelések sikerességi aránya. A vizsgált személyek 40%-ának volt szüksége négy vagy több kezelésre. [4]

A Humán Reprodukciós Nemzetközi Laboratórium szerint a reprodukció zavara jelentős orvosi és társadalmi probléma. Magyarországon az összes meddőségi problémával küzdő házaspárok száma eléri a párok 15%-át. A sikeres meddőségi kezelés, az asszisztált reprodukciós kezelések hatékonyságának növeléséhez, a demográfiai stabilitás megteremtéséhez elengedhetetlenek a humán reprodukció területén végzett széles körű klinikai kutatások és fejlesztések. [6] Az elmúlt 10 évben megháromszorozódott a meddőségi problémával orvoshoz forduló párok száma. Minden ötödik pár érintett, és sajnos ez a tendencia romlik.

Átlagosan a lombikkezeléskor 35 év alatt a statisztika alapján körülbelül 3-4 embrió beültetésének kell megtörténnie ahhoz, hogy reális esélye legyen a párnak a várandósságra. A lombik hatékony eljárás, de közel sem annyira hatékony, hogy biztos legyen a várandósság. Relatív magas eredményességre törekszenek. [13]

A meddőség összetett probléma, így számos tényező befolyásolhatja. Az elmúlt 5-6 évtizedben romló reprodukív egészségügyi állapotról érkeznek jelentések a világ több tájáról, főként az iparosodott-fejlett országokból az életmódbeli tényezők hatásával összefüggően [12]. Tudományos bizonyítékok vannak azzal kapcsolatban, hogy a módosítható életmódbeli tényezők fontos szerepet játszanak az egyén általános egészségügyi állapotára, beleértve a termékenységet is. Számos kutatás készült az életmódbeli viselkedés és a meddőség közötti összefüggéssel kapcsolatban. A WHO szerint világszerte a párok 20-30%-a terméketlen. A fejlődő országokban a nők 50%-át érinti ez a betegség, ez az állapot. A társadalmi nyomás és a családtagok hozzáállása miatt a terméketlen párokat pszichés trauma is érheti. Az életmódbeli tényezők egyértelműen az egyén irányítása alatt állnak, és módosítható az emberek egészségi állapotának javítása érdekében. A modern életstílus új irányzata, hogy az emberek a tanulási lehetőségek és a karrier miatt késleltetik a családalapítást. Az életkor, az elöregedés a szervrendszerre hat, így a termékenységre is. A sperma térfogata és mozgékonyasága csökken, a morfológiája pedig abnormálissá válik az idő előrehaladtával, 35. betöltött életévet követően már megfigyelhetők a változások. A nőknél az idő előrehaladtával csökken a petesejtek száma és minősége, így a termékenysége is. Gyakoribb a spontán vetélések száma és a magzati genetikai rendellenességek gyakorisága. Az elhízás, a dohányzás, alkoholfogyasztás is mind hatással vannak az egészségi állapotra és a termékenységre is. A testmozgás minden egyén általános egészségi állapotára és jólétére hatással van. Védelmet nyújt az elhízás, szív- és érrendszeri megbetegedések, cukorbetegség, stressz ellen.

A kábítószeres használat és a szexuális viselkedés is nagymértékben befolyásolja a termékenységet az esetleges nemi úton történő betegségek előfordulásának esélye miatt. Az újabb kutatások a mobiltelefonok negatív hatásairól számolnak be a termékenységre vonatkozóan. A telefont többen a nadrágzsebben tárolják, ami káros sugárzásforrás lehet a nemi szervekre. A rádiófrekvenciás, elektromágneses hullámok káros hatással vannak a spermák mozgékonyaságára és morfológiájára, valamint a hormonális rendszert is befolyásolja [8]. Számos közelmúltbeli tanulmány mutatta ki, hogy a környezeti légszennyező anyagoknak való kitettség különösen a reprodukív funkciókat érinti, káros hatással van a várandósság kimenetelére, a termékenységre és a magzati egészségre [12]. Amikor a vágyott gyermek várat magára, a házasság harmóniája veszélyben van, szorongás és depresszió léphet fel. A meddő nők 48,8%-át pszichológiai megbetegedéssel diagnosztizálnak. Egyesek úgy vélik, hogy a terméketlenség – Isten által elrendelt gonosz szellemek műve, Isten büntetése [8]. A tévhit, a tudatlanság és a hiedelmek miatt sokan az ART-kezeléseket titokban tartják, titokban végzik, hogy elkerüljék a társadalmi megbélyegzést.

Már a meddőség gyanújának felmerülésekor, a meddőségi diagnózis eljutásáig sok nehézséggel kell szembenézni a párnak, így elkerülhetetlen a stressz ez idő alatt. A stresszt kiváltó tényezők a stresszorok, ezek azok az ingerek, amelyek a szervezetet

alkalmazkodásra kényszerítik. [5] A stressz fontos tényező lehet a betegség kialakulásában vagy az esetleges súlyosbodásában is. Kutatások szerint a meddőségi problémával rendelkezők 53,3%-a szenved szorongásos, vagy depresszív tünetektől [2].

A tanulmány célja a Magyarországon élő lombikprogramon résztvevők miként élik meg a kezeléssel járó szomatikus és pszichés nehézségeket, és ezek milyen hatással vannak a mindennapjaikra. További cél annak feltárása, hogy mi befolyásolja a lombikprogramban történő részvételi szándékot, hogyan oszlik el nem szerint a fertilitási probléma.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A mintakiválasztás szempontja meddőségi kezelésben történő részvétel, akik ki-mondottan IVF-lombikprogramon vettek részt, vagy jelenleg is kezelés alatt állnak. Az adatfelvételben 159 fő vett részt. A kitöltők életkora 23–54 év között volt. Az online kérdőív a „social media” speciális csoportjában került megosztásra.

A kérdőívben megkérdeztük az IVF-kezelésben résztvevők szociáldemográfiai adatait, várandósságaival (férfiak kitöltése esetén a párjára vonatkozóan) kapcsolatos előzményeket, a lombik eljárások alatti részleteket, a meddőség okait, támogatottsági szint változói mellett az Események Hatása Kérdőív (IES-R) kérdéseit. Az Impact of Events Scale [3] továbbfejlesztett magyar változatát használtuk [10] a traumatikus életeseményeket követő szubjektív stressz mérésére. Ez a széles körben elterjedt, vizsgálatok alapján érvényes és megbízható mérőeszköz, az Események Hatása Kérdőív (IES-R). Az IES-R egy 22 kérdésből álló kérdőív, amely a szubjektív distresszt méri 0-tól 4-ig terjedő 5 pontos Likert-skálán a traumatikus események, jelen esetben a lombikprogramban való részvétel következtében. Értékeléskor három alskála szerint méri a szubjektív distresszt: Emléketörés, Elkerülés, Hyperarousal [10].

- Emléketörés – min 0, max 28 pont. Az emléketörés olyan betörő gondolatok, félelmek, amik nemcsak a traumát követően jelennek meg az adott személynél, hanem a jövőre vonatkozóan is félelmet kelthet.
- Elkerülés – min 0, max 32 pont. Az elkerülés a gondolatok és érzések elfojtása amiatt, hogy ne kelljen szembesülni a személynek a traumatikus események kellemetlen emlékeivel, érzéseivel.
- Hyperarousal – min 0, max 28 pont. A hyperarousal a traumát követő tünet, ahol ingerlékenység, alvászavar, fokozott éberség és feszültség van jelen.

Minél magasabb a pontszám (0–88), annál magasabb a trauma szintje a kezelések alatt. (0-egyáltalán nem, 1 – ritkán, 2 – néha, 3 – gyakran, 4 – mindig jellemzőek.) Az önértékelő kérdőívet arra használják, hogy egy traumatikus eseménnyel kapcsolatos megbirkózást felmérjenek. A meddőséggel küzdőknek jelen vizsgálat alatt a lombikkezelések idejére vonatkozóan kellett meghatározniuk, hogy az egyes állítások mennyire voltak jellemzőek rájuk. Az egészségügyi szakemberek számára hatékony ez a fajta vizsgálat és eredmény megismerése, hiszen bemutatja, hogy milyen

szinten érinti a trauma az adott személyt, és hogy szüksége van e további kezelésre a fokozott feszültsége miatt.

Az adatok feldolgozása, statisztika elemzése Excel program segítségével történt.

A minta jellemzése:

A vizsgálatban résztvevők demográfiai adatai a következők (1. táblázat):

1. táblázat
Demográfiai mutatók

A minta	n = 159
Kapcsolati állapot	
Házassal, házastárral él	88,1%
Élettárral él	9,4%
Elvált, élettárral él	1,3%
Elvált, nincs élettárs	0,6%
Hajadon, nőtlen, nincs élettárs	0,6%
Életszínvonal	
Nagyon jó	4,4%
Jó	23,3%
Átlagos	58,5%
Szűkös	11,3%
Nagyon szűkös	2,5%
Iskolai végzettség	
Egyetemi végzettség	25,5%
Főiskola	35,8%
Gimnázium	10,1%
Szakközépiskola	14,5%
OKJ	8,2%
Szakmunkás	3,8%
Általános iskola	2,5%

A meddőséggel küzdők többsége házasságban él, viszont 1,2%-a egyedülállóként vesz részt a lombik kezelésben, de az egyedülálló esetében a fele elvált, a másik fele viszont hajadon, illetve nőtlen.

Az adatfelvételben résztvevők közel 59%-ának életszínvonala átlagos. (1. táblázat) 28%-a él átlag életszínvonal felett, és 14% átlag alatt.

A válaszadók 60%-a főiskolai vagy egyetemi végzettséggel, viszont 2,5%-a kizárólag általános iskolai végzettséggel rendelkezik.

Eredmények

Támogatások

A meddőségi kezelésben résztvevők egy része nem osztja meg családtagjaival a programban történő részvételt, így ez a csoport nem jelenik meg az adatokban. Legnagyobb arányban lelki támogatást kapnak a résztvevők (37–52%), míg kisebb

arányban jelennek (10–13,8%) meg azok, akik egyáltalán nem kapnak támogatást (2. táblázat).

2. táblázat

A lombik programokban résztvevők család szintű támogatottsága

	Támogatottság a szűk család részéről	Támogatottság a tágabb értelemben vett család részéről
Nem kap támogatást	10,1%	13,8%
Nem kezeljék a helyzetet	18,9%	16,4%
Anyagi támogatást kap	10,7%	1,9%
Lelki támogatást kap	52,8%	37,1%
	41,5%	7,5%

A programban résztvevők a szűkebb és tágabb támogatáson kívül baráti és munkatársi támogatást is kapnak, de nem minden résztvevő tágabb környezete tud a részvételről.

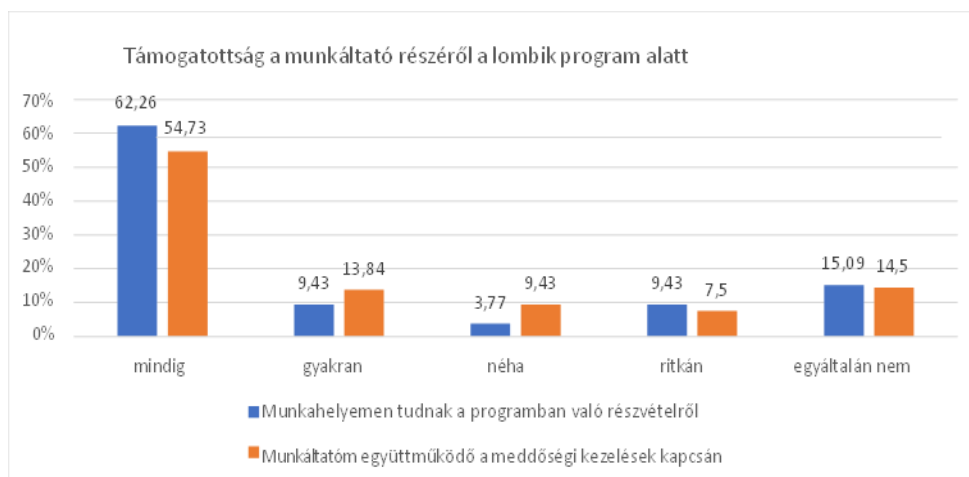
Legnagyobb százalékban ebben az esetben is a lelki támogatás jelenik meg (57,2%), de 23%-a más téren is kap támogatást, de közel 18%-ban a környezet nem tudja, mit kezdjenek az adott helyzettel. A válaszadók 12,6%-a egyáltalán nem kap egyáltalán támogatást a barátaitól, munkatársaitól (3. táblázat).

3. táblázat

A lombik programokban résztvevők baráti, munkatárs szintű támogatottsága

	Támogatottság a barátoktól, munkatársaktól
Nem kap támogatást	12,6%
Nem tudják, hogyan kezeljék a helyzetet	17,6%
Anyagi támogatást kap	–
Lelki támogatást kap	57,2%
Más téren kap támogatást	23,3%

A válaszadók többsége (62%) tudatta a munkáltatóval a programban való részvételt, és közel 55%-ánál a munkáltató együttműködő volt a kezelése alatt a munkavállalóval. Az esetek 15%-ban a munkáltató viszont egyáltalán nem tud a meddőségi kezelésen való részvételről (1. diagram).



1. diagram. Támogatottság a munkáltató részéről a lombik program alatt

Az adatfelvételben résztvevőknél közel azonos eloszlásban (23–31%) van jelen női részről, férfi részről, mindkét fél részéről a fertilitási probléma, valamint azonos eloszlásban az ismeretlen eredetű meddőségek (24,5%) (4. táblázat). A kitöltők 0,6%-a egyedülállóként vesz részt a lombikkezelésen.

4. táblázat

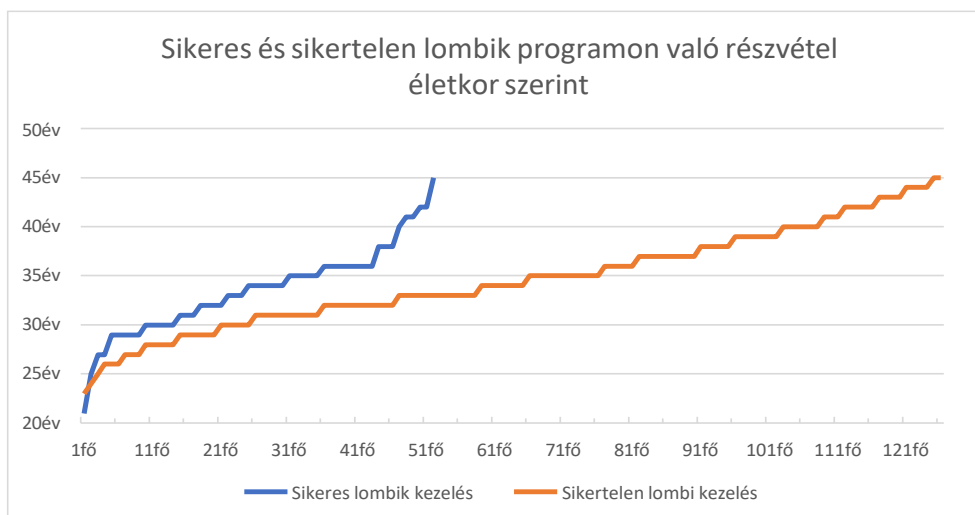
A fertilitási problémák nem szerinti eloszlása

Fertilitási probléma	
Női részről	30,8%
Férfi részről	23,9%
Mindkét fél részéről	23,9%
Ismeretlen eredetű	24,5%
Egyedülállóként vesz részt	0,6%

159 kitöltőből 19 esetben a lombikkezelés elsőre sikerült, 1 főnek pedig az első és a második kezelése is szüléssel végződött. 14 főnek folyamatban van az első kezelés.

A válaszadók közel egyharmadának (52 fő) lombik kezelése végződött élve-szüléssel. A többségnek (49 fő) elég volt egy kezelés, de 3 fő esetében 2 kezelés vált szükségessé a szüléshez.

A szüléssel végződő kezelésen résztvevők legfiatalabb anyja 21, míg az idősebb 45 éves volt (átlagéletkor 33 év). A sikertelen lombik programon résztvevők legfiatalabb anyja 23, míg a legidősebb 45 éves volt. Ők átlagosan 35 évesek voltak. (2. diagram)



2. diagram. Sikeres és sikertelen lombikprogramon való részvétel életkor szerint

Az adatok alapján a lombikprogramokon való résztvevők átlagosan 34 évesek.

Terhességi anamnézis

A 159 kitöltőből 115 fő volt élete során várandós 1–5 alkalommal, így összesen 218 várandósságról beszélünk (5. táblázat). 76 fő szült élve 1–3 alkalommal összesen 102 gyermeket. 67 személynek volt 1–5 alkalommal vetélése/halvaszülése, ez összesen 119 vágyott, de meg nem született gyermeket jelent.

4. táblázat

A vizsgált személyek terhességi anamnézise

Terhességi anamnézis			
Alkalm	Várandósságok száma/fő	Élveszülések száma/fő	Vetélések, halvaszülések száma/fő
0	47	83	85
1	55	55	35
2	28	16	17
3	14	5	11
4	10		3
5	5		1
Összesen:	115 fő/ 218 várandósság	76 fő/102 gyermeket	67 fő/119 vágyott, de elveszített gyermek

Az esetek 84%-ban az első trimeszterben történt a vetélés (5. táblázat), leggyakrabban 6, 5, 10 és 12 hetes korban. A második trimeszterben a 12 hetes korban a leggya-

koribb a vetélés, de sajnos igen későn, akár 18–22 hetes korban is előfordul. A vizsgált személyek között egy alkalommal fordult elő az a sajnálatos tragédia, hogy a már megszületett 10 hónapos csecsemő meghalt.

5. táblázat

Veszteségek eloszlása az adott trimeszterben

Veszteségek		Összesen: 119	
Első trimeszter:	5 hetesen:	21 alkalom	
	6 hetesen:	22 alkalom	
	7 hetesen:	12 alkalom	
	8 hetesen:	10 alkalom	
	9 hetesen:	9 alkalom	
	10 hetesen:	13 alkalom	
	11 hetesen:	13 alkalom	
	Második	12 hetesen:	7 alkalom
		14 hetesen:	2 alkalom
		15 hetesen:	1 alkalom
		16 hetesen:	1 alkalom
17 hetesen:		2 alkalom	
18 hetesen:		1 alkalom	
19 hetesen:		1 alkalom	
20 hetesen:		1 alkalom	
22 hetesen:		2 alkalom	
Szülést követően:		10 hónapos	1 alkalom

159 fő összesen 476 alkalommal kapott esélyt a vágyott gyermekekre (6. táblázat).

6. táblázat: Elindított kezelések és az ezt követő beültetések statisztikája

Elindított kezelések száma	Fő	Beültetések száma	Fő
1	53	0	14
2	36	1	53
3	24	2	36
4	18	3	19
5	8	4	18
6	6	5	6
7	5	6	4
8	1	7	3
9	2	8	1
10	2	10	2
11	2	12	1
12	2	13	1
13	2	20	1
Összesen:	159 fő/ 476 alkalom		145 fő/ 382 alkalom

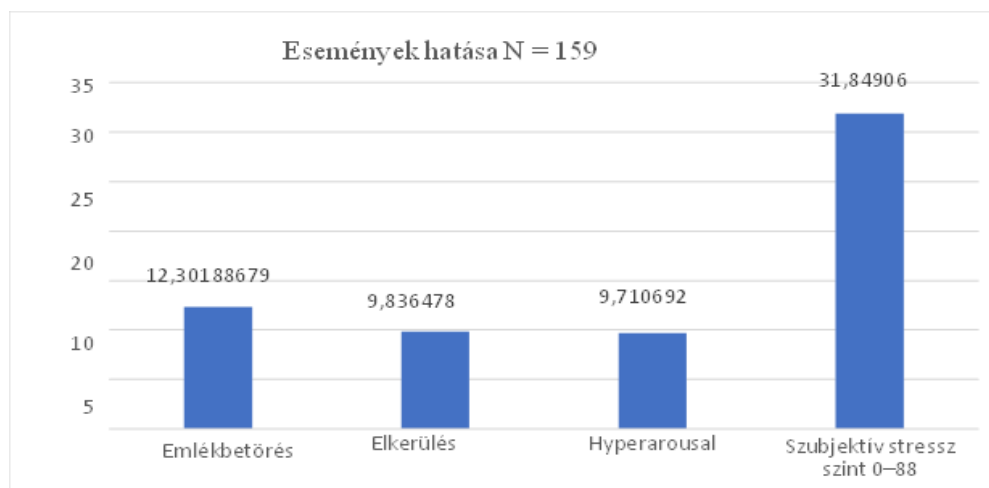
Az elindított kezelések nem feltétlen folytatódnak beültetéssel. Az elindított 476 kezelésből 382 alkalommal folytatódott a lombikprogram beültetéssel. A vizsgálatban 99 személy összesen 150 alkalommal jutott el a pozitív tesztiig, ebből pedig 79 fő összesen 97 alkalommal jutott el addig, hogy a kezelések következtében magzati szívhang hallható, magzati szív működés látható legyen.

A vizsgálatban résztvevők közül 49 főnek 1 alkalommal sikeresen, élveszüléssel végződött a kezelése, amíg 3 főnek 2 lombikprogramon való részvétel is sikert hozott, gyereket szült.

Az eredmények alapján a lombikprogramon résztvevők 80%-a jut el a beültetésig, 32%-a a pozitív terhességi tesztiig. Az elindított kezelések 20%-ában van élő magzat, és 12%-ban végződik élveszüléssel.

Szubjektív stressz

A megkérdezettek 100%-a vállalta a részvételt, így 159 személytől nyertünk teljes adatsort. A vizsgálati minta 156 nő, 3 férfi, átlagéletkoruk 34 év. A felidézett esemény és a kérdőív felvétele között eltelt idő átlagosan 1,8 év (SD: 3,9, minimum 0, maximum 32 év). A kutatásban arra kérjük a személyeket, hogy idézzék fel a lombikkezelések alatti érzéseket, gondolatokat. A vizsgált csoport 0–4-ig terjedő Likert-skálán adott, az IES-R kérdőív válaszai alapján az alábbi eredmények születtek. A traumát követő szubjektív distressz átlagosan 31,85 (3. diagram), SD: 17,8, minimumértéke 0, maximumértéke 79.



3. diagram. Események hatása

A szubjektív stressz minden személynél eltérő szinten van jelen a lombikprogram alatt. Alskálák szerint bontva az emléketörés a legmagasabb, átlagosan 12,3, SD: 7,2, minimumérték 0, maximumérték 28. Az emléketörések esetében 4 fő a legmagasabb értéket érte el. Az elkerülés átlagpontszáma 9,8, SD: 6,2, minimumértéke 0, maximumértéke 26. A poszttraumás stressz zavar elsődleges tünete a hyperarousal,

ennek átlaga 9,7, SD 6,8, minimumértéke 0, és maximumpontszáma ebben az esetben is 28 lett (5. ábra). A hyperarousal vizsgálatánál, ahol tartós stressz van jelen a traumatikus esemény után, 3 főnél a legmagasabb értéket mutatta.

Az emléketörés esetében 4 fő, a hyperarousal vizsgálatánál pedig 3 főnél a legmagasabb értéket mutatta a vizsgálat. Ebből két vizsgált személy volt az, akinél mindkét esetben, az emléketörésnél és a hyperarousal vizsgálatánál is a maximumot érték el.

MEGBESZÉLÉS

A tanulmány a Magyarországon élő lombikprogramon résztvevőkről szól, hogy miként élik meg a reprodukciós programban történő részvételt, és ezek milyen hatással vannak a mindennapjaikra. A kutatás online formában zajlott.

A kutatásban szereplők több mint 88%-a házastársi kapcsolatban él, közel 11%-a pedig élettársi kapcsolatban van. A vizsgált személyek 0,6%-a hajadon, nincs élettársa, tehát különböző okok miatt egyedül vállalják a vágyott gyermekért való küzdelmet. A szakirodalom áttekintése során kiderült, hogy a magyar szülőképes korú nők családi állapota szerint kisebbségben vannak a házasságban élők (36%), a házasságon kívül élők aránya pedig 64%-ra nőtt. [7] A 2000-es évek elejétől óriásütemben csökken a gyermekszám a 20–39 éves nők korcsoportjában. [7]

Az iskolai végzettség összefüggésben állhat az egyén életszínvonalával. A kutatók legtöbbször a nők iskolai végzettségét emelik ki, abból a megfontolásból kiindulva, hogy látszólag együtt mozog iskolai végzettségük emelkedése és a termékenység csökkenése. [11]

Az életszínvonal korrelál az iskolai végzettséggel. Statisztikai eszközként kontingenziatábla készült. A kutatás eredményeképpen kiderült, hogy a vizsgált személyek 60%-ban egyetemi vagy főiskolai végzettséggel rendelkeznek, életszínvonaluk átlagosan jók. A következő magasabb végzettség a gimnázium és szakközépiskolát végzettek köre, ami a vizsgált populáció 15%-át teszi ki, akik mind átlagos életszínvonalon élnek. Az ettől alacsonyabb iskolai végzettségű meddő személyek szűkös, vagy nagyon szűkös életszínvonalon élnek. 2022 februárjától, a Humán Reprodukciós Igazgatóság létrejöttétől az állam 100%-ban támogatja a kezeléseket. Ez a gyakorlatban a felírt gyógyszereket és több kötelező vizsgálatot foglal magába. Ezen kívül az IVF-programok alatt több költség is lehet. 2022 előtt egy állami támogatott lombik kezelés közel 300 000–1 000 000 HUF is lehetett, attól függően ki milyen kezelést kapott, és a lombikkezelés alatt meddig jutott el. Az életszínvonal befolyásolhatja a programokon való részvételt, vagy az alacsonyabb életszínvonalon élők, az alacsony iskolázottság körében kevésbé ismert fogalom a meddőség.

A legtöbb támogatást a szűkebb családtól kapja a beteg, ezen belül a lelki támogatást. Az esetek 13%-ában a szűkebb család sem tud a kezelésen való részvételről, 19%-ban pedig tudnak róla, de nem tudja a család hogyan kezeljék a helyzetet.

A tágabb család közel 40%-ban nem tud a lombikkezelésről, 47%-a pedig támogatást is kap. A szórás nagyon nagy a vizsgált személyek között.

A munkatársak, a munkahelyen kapott támogatás meglepően magas eredményt mutat. A válaszadók 80%-a tudatta a kezeléseken való részvételt munkahelyén. Erre valószínűleg rásegített a törvényi szabályozás is, ami ma Magyarországon érvényben van.

A Humán Reprodukciós Igazgatóság statisztikája szerint ma Magyarországon 50-50%-os a nemek szerinti elosztás a meddőségi okokat tekintve. A kutatás eredményeként női részről van probléma közel 31%-ban. Férfi részről közel 24%-os arányban diagnosztizált az ok. Ismeretlen eredetű meddőség esetén óriási bizonytalanságban élnek a párok, közel 24%-ban, és egyedülállóként közel 1% indul el a küzdelmes úton.

Külföldi statisztikák szerint 35 éves kor alatt az esetek nagy részében szüléssel végződhet a reprodukciós eljárások nagy része. Magyarországi adatok szerint 30 év felett születnek az első gyermekek a család életében. A kutatásban a sikertelen IVF-kezelés legfiatalabb páciense 23 éves, legidősebbje pedig 45 éves, átlagéletkoruk 34 év. A statisztikai adatok elemzése során a vizsgált csoport 11,55%-a szült élve a kezelések után. A szült anyák 21–45 éves korcsoportban vannak igen nagy szórással, átlagosan 33 évesek.

Az adatok feldolgozása alapján átlagban a résztvevők 34 évesek, amit a sikertelen próbálkozás és az IVF-kezelést követő elveszülések idejéből, az anya születési idejével összevetve történt a számolás.

A lombikprogramon résztvevők 80%-a jut el a beültetésig, 32%-a a pozitív terhességi tesztiig. Az elindított kezelések 20%-ában van élő magzat, és 12%-ban végződik elveszüléssel. Veszteségek eloszlása szerint az esetek 84%-ában az első trimeszterben történt a vetélés, leggyakrabban 6, 5, 10 és 12 hetes korban. A második trimeszterben a 12 hetes korban a leggyakoribb a vetélés, de sajnos igen későn, akár 18–22 hetes korban is előfordul. A vizsgált személyek között egy alkalommal fordult elő az a sajnálatos tragédia, hogy a már megszületett 10 hónapos csecsemő meghalt. A válaszadók csak 7%-a az, aki egyáltalán nem vállalja fel a programon való részvételt mások előtt.

A szubjektív stressz valóban minden személynél eltérő szinten van jelen a lombikprogram alatt. A vizsgálati minta 156 nő, 3 férfi, átlagéletkoruk 34 év. A felidézett esemény és a kérdőív felvétele között eltelt idő átlagosan 1,8 év (SD: 3,9, minimum 0, maximum 32 év). A kutatásban arra kértük a résztvevőket, hogy idézzék fel a lombikkezelések alatti érzéseket, gondolatokat. A traumát követő szubjektív distressz átlagosan 31,85, SD: 17,8, minimumértéke 0, maximumértéke 79.

Átlagosan az emlékbetörés 12,3, SD: 7,2, minimumérték 0, maximumérték 28. Az elkerülés átlagpontszáma 9,8, SD: 6,2, minimumértéke 0, maximumértéke 26. A hyperarousal átlaga 9,7, SD: 6,8, minimumértéke 0, és maximumpontszáma ebben az esetben is 28 lett. Az eredmények alapján elmondható, hogy a lombikprogram okozta stressz igen eltérő szinten van jelen minden meddőséggel küzdő életében. Mindenki másként éli meg a rá nehezedő súlyt a kezelése alatt. Az eredmények alapján látható, hogy a meddőséggel küzdőknek, a veszteséget átélő szülőknek igénybe kell venni mások segítségét, többen pszichés támogatásra szorulnak.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Akadályokkal, veszteségekkel teli és hosszú út vezethet a meddőség diagnosztizálásáig. A kívánt gyermek megszületéséig esetenként több kihívással kell szembenézni. A meddőséggel küzdők kezelése során fontos a pszichés támogatás, mely magában foglalja a minőségi ellátás biztosítását, az előzményeknek megfelelő tájékoztatást, a beavatkozásokra és ezek pozitív és negatív következményeire való felkészítést, az egyéni stresszkezelési módszerek biztosítását.

A nehezített gyermekvállalással küzdők, a lombikprogramon résztvevők véleménye, pszichés felkészülése, támogatása, elért eredménye igen eltérő hazánkban. A pszichés támogatást sok esetben a nőgyógyász orvos végzi, de a fokozott munkaterhelés korlátozza az egyén érzelmi igényeinek kielégítését, így az esetleges negatív hatások, veszteségek, sikertelenségek kihatnak a privát életükre is. Leleki támogatás a leggyakoribb támogatási forma, ahol a résztvevők több esetben kaptak a barátokról lelki segítséget, mint a családjuktól. Meglehetősen magas arányban ismert a munkahelyeken a meddőségi probléma, és a támogatottság ezzel kapcsolatosan igen magas százalékban van jelen. A kutatási eredmények bizonyítják, hogy a meddő párok, meddő személyek kezelési útja az ismeretek elsajátítása után is nehézkes az egyediség miatt. Támogatásukra szükség van, ezzel viszont a lombikellátást végző orvost terhelik, mert nincs kimondottan erre a területre specializálódott szakember. Fontos lenne kidolgozni olyan szakembereknek az oktatását, akik kimondottan a meddő személy útját igény szerint segítik, és bővíteni a magyar reprodukciós központok számát, hogy a meddő beteg egyenlő eséllyel indulhasson el a célja felé vezető úton. A vizsgált személyek átlagéletkora 34 év, meddőségi ok pedig szinte egyenlően oszlik el 23–30%-os arányban az alábbiak szerint: női vagy férfi részről, mindkét fél részéről és ismeretlen eredetű. Magyarországon a prevenció élén a védőnő áll. Munkánk során jelen van a növédelmi gondozás, ezen belül a családtervezés segítése, viszont a tapasztalatok alapján ezt igen kevés alkalommal veszik igénybe. Magyarországon nincsen olyan szakember, aki kimondottan a nehezített gyermekvállalásban élőket segítse, olyan meddőségi segítő, aki a meddőségi prevencióban céltudatosan, kizárólag ezzel foglalkozva támogassa a családot, vagy a gyermekre vágyót. A meddőségi diagnosztizálás alatt a nőgyógyász, meddőségi specialistán kívül fontos lenne egy olyan szakember is, aki több időt, és részletesebb tájékoztatást ad a betegeknek, levéve ezzel a terhet a nőgyógyász orvostól. Olyan meddőségi szakember, aki a prevenciótól a diagnosztizáláson át, a kezelésben is segítő kezet nyújthat annak, akik ezt igényelnék. A kutatási eredmények jól mutatják, hogy a reprodukciós eljárások igen nagy figyelmet és reformálást kívánnak, hogy javítsunk a statisztikán, és az szülők ne csak lélekben legyenek szülők, hanem ériék el a célt, a vágyott gyermek megszületését.

Irodalomjegyzék

- [1] Bencsik A. (2003). *Várva várt babák*. Budapest: Magánkiadás.
- [2] Gács B. (2020). *Úton a szülővé válás felé*. Magánkiadás.

- [3] Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, pp. 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
- [4] Hougaard, C. O., Pinborg, A., Nyboe Andersen, A., Molbo, D., Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, Volume 24, Issue 4. <https://doi.org/10.1093/humrep/den463>
- [5] Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (2015). *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Budapest: Pro Pannonia Kiadó Alapítvány.
- [6] Kovács L. Gábor (2012). *Humán Reprodukciós Nemzeti labor* https://szkk.pte.hu/hu/nemzeti-laboratoriumok/human_reprodukciós_nemzeti_laboratorium?fbclid=IwAR2mFTvEDXENAvnG94aieanFRIGSoZdWMGVqxO2TP1r3KZ4sm6A K-xceEDc.
- [7] KSH (2016). *A termékenység folyamatok hazai jellemzői, 1970–2015*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/termekenyseg15.pdf>.
- [8] Emokpae, M. A., Brown, S. I. (2021). *NIH-National Library of Medicine-National Center for Biotechnology Information*. <https://doi.org/10.1530/RAF-20-0046>
- [9] NEAK, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (2019). *Meddőségkezelési eljárások finanszírozása - Gyakran ismételt kérdések*. http://www.neak.gov.hu/felső_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/meddosegkezesi_eljarasok?fbclid=IwAR2e9ehCv5U_mJoJw9ueUF62xBQP S9cILSkkuCseyYtmieF3hWPLx8svXMw#Hol%20vehet%C5%91k%20ig%C3%A9nybe%20a%20k%C3%B6zfina nsz%C3%ADrozott
- [10] Perczel-Forintos D. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (4. átdolgozott és bővített kiadás). Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- [11] Szabó L. (2019). Gyermektelenség és iskolai végzettség összefüggései Magyarországon. *Demográfia* 62. évf., 2–3. szám, p. 201. <https://doi.org/10.21543/Dem.62.2-3.2>
- [12] Kumar, S., Sharma, S., Thakeret, R. (2018). Occupational, Environmental exposure, and Lifestyle factors: Declining Male Reproductive Health. *Journal of Gynecology and Infertility Occupational*, pp. 1–5. https://doi.org/10.4103/ijoem.IJOEM_155_16
- [13] Vesztergom D. (2022). Romló tendencia- Számos oka lehet a meddőségnek. (interjú- Tv2 Mokka- Kérdező: Iszak Eszter) https://tv2play.hu/mokka/romlo_tendencia_szamos_oka_lehet_a_meddosegnek

- [14] WHO, World Health Organization (2023)a. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
- [15] WHO, World Health Organization (2023)b. *Infertility prevalence estimates 1990–2021*. Switzerland: WHO, Department of Sexual and Reproductive Health and Research. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2kXibpjwHPV0uxAREiGpJcbda1iKF8mkm1UG-xCZcH-asOqcw92HknMGg> .