

EREDETI KÖZLEMÉNY



Meddőségi distressz és megküzdési stratégiák nőknél: Keresztmetszeti vizsgálat a SCREENIVF pszichológiai szűrőkérdőív konszenzusos, validált magyar változatával

SZIGETI F. Judit^{1,2,3*} – SOLTÉSZ Krisztina^{4,5,8} – KAZINCZI Csaba^{6,7}
– SZABÓ Georgina^{8,9} – KOVÁCS Barbara Petra¹⁰ – SIPOS Miklós¹
– UJMA PRZEMYSŁAW Péter² – PUREBL György²

- ¹ Semmelweis Egyetem, Asszisztált Reprodukciós Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest, Magyarország
² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest, Magyarország
³ Semmelweis Egyetem, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Budapest, Magyarország
⁴ Budai Termékenységi Központ, Budapest, Magyarország
⁵ Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Budapest, Magyarország
⁶ Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest, Magyarország
⁷ Szegedi Tudományegyetem, Neurológiai Klinika, Szeged, Magyarország
⁸ Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományi Tagozat, Doktori Iskola, Budapest, Magyarország
⁹ Észak-budai Új Szent János Centrumkórház, Pszichiátriai Osztály, Budapest, Magyarország
¹⁰ Semmelweis Egyetem, Rácz Károly Konzervatív Orvostudományi Tagozat, Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

Beérkezett: 2025. március 14.; elfogadva: 2025. július 11.

ABSZTRAKT

Elméleti háttér: A meddőség és kezelése krónikus, distresszt okozó megterhelés, amely tartósan igénybe veszi az érintettek megküzdési kapacitását. Az infertilitás kiderülésekor a problémamegoldó hozzáállás, hosszabb távon azonban inkább a probléma átkeretezése, illetve az érzelmekkel való aktív foglalkozás számít adaptív stratégiának. A termékenységi problémával való szembesülés elkerülése nem szolgálja a jobb megküzdést. *Cél:* A meddőségi distressz és a betegséggel való megküzdés stratégiái közti összefüggések vizsgálata asszisztált reprodukcióban részt vevő magyar nők nagyobb mintáján. A SCREENIVF pszichológiai szűrőkérdőív konszenzusos, validált magyar változatának közzététele. *Módszerek:* A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Asszisztált Reprodukciós Centrumába először bejelentkező 856 női páciens töltötte ki a SCREENIVF pszichológiai szűrőkérdőívet, a COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőívet, valamint szolgáltatott szociodemográfiai és egészségügyi adatokat 2019 decembere és 2024 júliusa között. Általánosított lineáris (GLM) modellekkel teszteltük a különböző megküzdő stratégiák és az összesített meddőségi distressz, valamint annak különböző dimenziói közti összefüggéseket. *Eredmények:* Válaszadóink 22,8%-a tartozott meddőségi distressz szempontjából kockázati csoportba. Megküzdésükben az aktív elkerülés szignifikánsan magasabb distressz-szintekkel járt mind dimenzióként (szorongás: $\beta = 0,41$; $p < 0,001$; depresszió: $\beta = 0,47$; $p < 0,001$; társas támogatás: $\beta = -0,27$; $p < 0,001$; tehetetlenség: $\beta = 0,57$; $p < 0,001$; elfogadás: $\beta = -0,45$; $p < 0,001$), mind pedig összesítve ($\beta = 0,44$; $p < 0,001$). A jelentésadó coping szinten szignifikáns együttjárást mutatott az alacsonyabb distressz-szintekkel mind dimenzióként (szorongás: $\beta = -0,34$; $p < 0,001$; depresszió: $\beta = -0,29$; $p < 0,001$; társas támogatás: $\beta = 0,25$; $p < 0,001$; tehetetlenség: $\beta = -0,24$; $p < 0,001$; elfogadás: $\beta = 0,36$; $p < 0,001$), mind pedig összesítve ($\beta = -0,29$; $p < 0,001$). A megfigyelt összefüggések többségükben közepes hatásméretűek voltak. *Következtetések:* Pszichológiai támogatás hiányában a magyar nők hajlamosak maladaptív stratégiákkal védekezni a meddőség okozta distressz ellen. Reakciójuk hasonló a más országokban találtakhoz, vagyis úgy tűnik, az identitást ennyire esszenciálisan befolyásoló élethelyzetben az univerzális elemek erőteljesebben érvényesülnek, mint a kultúrspecifikumok. A megküzdési készségek adaptív irányba mozdítása a termékenységi kezelésekkal párhuzamos mentális segítségnyújtás elengedhetetlen része.

* Levelező szerző:
Dr. Szigeti F. Judit, Semmelweis Egyetem, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, 1083 Budapest, Szigony u. 36.
E-mail:
szigeti.f.judit@semmelweis.hu

KULCSSZAVAK

meddőség, meddőségspecifikus distressz, adaptív és maladaptív megküzdési stratégiák, SCREENIVF

Infertility distress and coping strategies in women.

A cross-sectional study with the consensual, validated Hungarian version of the SCREENIVF psychological screening questionnaire

ABSTRACT

Theoretical background: Infertility and its treatment are chronic and stressful experiences that require sustained coping. Following diagnosis, a problem-solving approach is fruitful but, with time, positive reappraisal and confronting emotions are more adaptive strategies. Avoidance of the problem is not considered a successful way of coping. *Aim:* To investigate the relationship between infertility distress and coping strategies in a large sample of Hungarian women in assisted reproduction. To publish the consensual, validated Hungarian version of the SCREENIVF psychological screening questionnaire. *Methods:* Generalised linear models (GLM) were used to test the relationship between different coping strategies and overall infertility distress, as well as its dimensions one by one. *Results:* 22.8% of our respondents fell in a risk group for infertility distress. Active avoidance coping was associated with higher distress levels both by dimension (Anxiety: $\beta = 0.41$, $p < 0.001$; Depression: $\beta = 0.47$, $p < 0.001$; Social support: $\beta = -0.27$, $p < 0.001$; Helplessness: $\beta = 0.57$, $p < 0.001$; Acceptance: $\beta = -0.45$, $p < 0.001$), and overall ($\beta = 0.44$, $p < 0.001$). Meaning-based coping was significantly related to lower distress levels both by dimension (Anxiety: $\beta = -0.34$, $p < 0.001$; Depression: $\beta = -0.29$, $p < 0.001$; Social support: $\beta = 0.25$, $p < 0.001$; Helplessness: $\beta = -0.24$, $p < 0.001$; Acceptance: $\beta = 0.36$, $p < 0.001$), and overall ($\beta = -0.29$, $p < 0.001$). Most of the observed correlations were of medium effect size. *Conclusions:* In the absence of psychological support, Hungarian women tend to use maladaptive strategies to protect themselves against infertility distress. Their reactions are similar to those found in other cultures, i.e. it seems that, in a life situation so intrinsically linked to identity, universal elements are manifested more strongly than culture-specific ones. An essential part of mental health support parallel to fertility treatments is to help moving coping skills in an adaptive direction.

KEYWORDS

infertility, infertility-specific distress, adaptive and maladaptive coping strategies, SCREENIVF

1. ELMÉLETI HÁTTER

A meddőség olyan krónikus betegség, amelynek már a diagnózisához is egyévnyi rendszeres, fogamzásgátlás-mentes, ám várandósságban nem végződő szexuális életnek kell eltelnie (Zegers-Hochschild és mtsai, 2017). Ezt az elhúzódo kórállapotot – amelynek életút-prevalenciája 17,5%, azaz hat személyből egyet érint világszerte – jelentős negatív társas és lélektani hatásai miatt gyakran pszichológiai tünetképződés kíséri (World Health Organization, 2023). Az orvosi- lag asszisztált reprodukció (*medically assisted reproduction*, MAR) is jellemzően évekig tarthat, ezalatt az érintettek lelkiállapota tovább romolhat (Boivin és mtsai, 2022).

A populációalapú felmérések és a szisztematikus áttekintések eredményei szerint a meddőség megállapításakor az érintettek pszichopatológiai szempontból jellemzően nem térnek el a fertilis egyénektől (Biringer és mtsai, 2015; Gabnai-Nagy és mtsai, 2020; Greil és mtsai, 2016; Hegyi és mtsai, 2019), később azonban a klinikai szintű pszichés problémák – jellemzően a depresszió és a szorongás – aránya mindkét nem esetében szignifikánsan magasabb a meddőséggel kezelték körében, mint az átlagnépességben (Kiani és mtsai, 2023; Nik Hazlina és mtsai 2022; Salari és mtsai, 2024; Simbar és mtsai, 2024). Ez az élethelyzet ugyanis nehezített alkalmazkodási feltételeket teremt mind intrapszichés, mind pedig társas kapcsolati téren (Pápay és mtsai, 2013). Alapvető tehát, hogy az egyén és a pár megfelelően tudjon adaptálódni a tartósan megterhelő élethelyzethez.

A meddőségre specifikus distressz kezelésében jelentős szerepe van a megküzdési stratégiáknak (Swift és mtsai, 2021, 2023; Zurlo és mtsai, 2019, 2020). A coping stratégiák olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítések, amelyek révén az egyén képes megbirkózni a stresszt keltő helyzetekkel (Lazarus & Folkman, 1984). A Lazarus-féle kognitív tranzakcionista modell ezek két típusát határozza meg: a probléma- és az érzelemfókuszú megküzdést (Lazarus & Folkman, 1984). A problémafókuszú megküzdés a stresszélményt kiváltó körülmények megszüntetésére vagy módosítására irányuló viselkedést jelent. Ha változtatásra nincs lehetőség, akkor az érzelemfókuszú megküzdésnek van szerepe, amelynek célja szabályozni és csökkenteni a helyzetre adott negatív érzelmi válaszokat. A kétféle megküzdést később Folkman (1997) egy harmadikkal egészítette ki, nevezetesen a jelentésalapú megküzdéssel, amely során az egyén a helyzet pozitív átértékelésére, új jelentéssel való felruházására és alternatív célok meghatározására törekszik.

A megküzdési stratégiák lehetnek adaptívak vagy maladaptívak aszerint, hogy mennyire szolgálják a stresszorhoz való jobb alkalmazkodást. További, kifejezetten a meddőséggel kapcsolatos osztályozási szempont a megküzdés aktív vagy passzív jellege (Terry & Hynes, 1998). A problémafókuszú megküzdés cselekvő formája a problémamegoldás, passzív verziója pedig a probléma kognitív újraértékelése (hasonlóan Folkman jelentésalapú megküzdésfogalmához). Az emóciófókuszú megküzdés aktív-adaptív válfaja az érzellemegosztás, támaszkérés és tanácskérés, ugyancsak ak-

tív, de kevésbé adaptív módja az elkerülés és a helyzetekből való kimenekülés, passzív típusa pedig a csodavárás vagy a tagadás.

A meddőséget ún. alacsony kontrollú helyzetként tartják számon (Terry & Hynes, 1998; Benyamini és mtsai, 2008), amelyben a párok gyakran ítélik úgy, hogy a kimenetel nem rajtuk múlik, és ez nagyban befolyásolja hogylétüket és viselkedésüket (Deninotti és mtsai, 2023). Bár a gyermekvállalási nehézséggel való első találkozáskor hasznos lehet a problémamegoldó hozzáállás (az okok kiderítése, a kezelési lehetőségek feltérképezése stb.), később inkább a probléma átkeretezése, illetve az érzelmekkel való aktív foglalkozás lehet célravezető (Moutzouri és mtsai, 2024; Zurlo és mtsai, 2019). Ezzel szemben a meddőségre emlékeztető ingerek (például várandósok vagy gyermekek látványának) elkerülése sokszor jár együtt szorongással (Mirzaasgari és mtsai, 2022; Zurlo és mtsai, 2020), depresszióval (Balsom & Gordon, 2021; Mirzaasgari és mtsai, 2022), alacsony életminőséggel (Andrei és mtsai, 2021; Zurlo és mtsai, 2019) és a reprodukciós sikert befolyásoló egészségkárosító magatartással (például dohányzással, alkoholfogyasztással) (Rodino és mtsai, 2018).

Míg a nemzetközi szakirodalom bővelkedik az infertilitás és a megküzdés kapcsolatát vizsgáló empirikus kutatásokban, magyar nyelvterületen e témában csak néhány kis-mintás vizsgálat látott napvilágot (Kele, 2017; Pápay és mtsai, 2013; Rácz, 2015; Szatmári és mtsai, 2021). Pápay és munkatársainak (2013) eredményei a nemzetközi kutatásokkal egybehangzóan alátámasztották, hogy az elkerülő megküzdés növeli a meddőségspecifikus distressz szintjét. Ezen ismereteink érvényességét kiterjedtebb mintán is szükséges ellenőrizni, továbbá kideríteni, hogy a coping és distressz összefüggésében van-e lényeges kulturális eltérés a magyar és a külföldi nők között.

Jelen vizsgálatunk célja a meddőségi distressz és a betegséggel való megküzdés stratégiái közti összefüggések vizsgálata asszisztált reprodukcióban részt vevő magyar nők nagyobb mintáján. A szakirodalom alapján feltételeztük, hogy az elkerülő megküzdés magyar mintán is a distressz magasabb, a jelentésadó és az érzelm kifejező megküzdés pedig a distressz alacsonyabb szintjeivel jár együtt. Tanul-

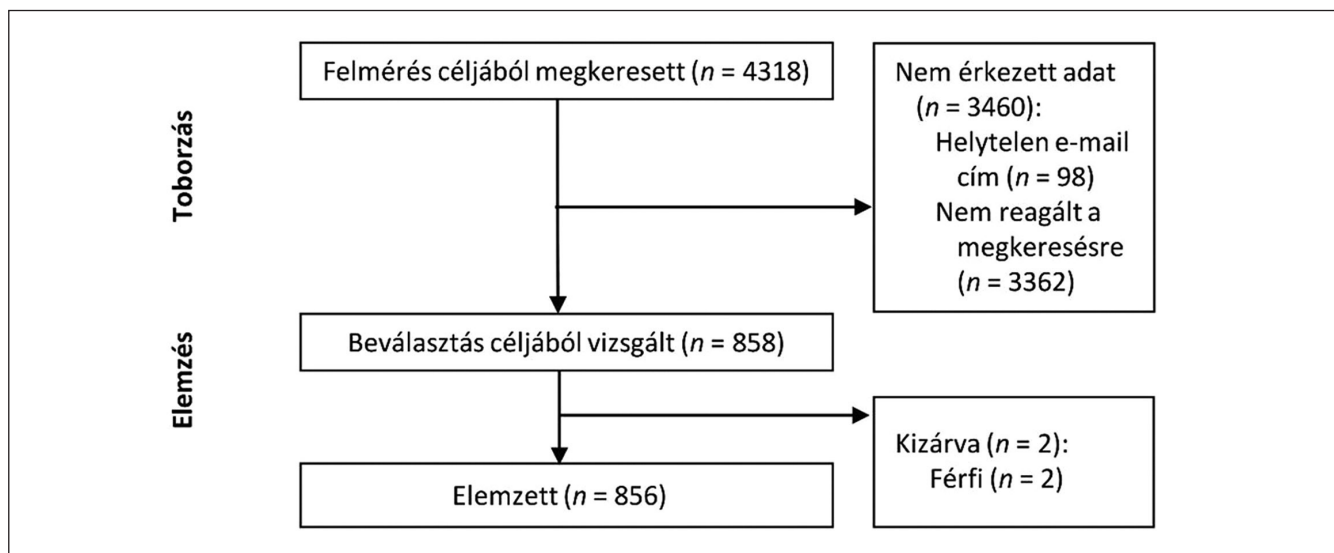
mányunkban továbbá közzétesszük az Európai Humánreprodukciós és Embriológiai Társaság ajánlása (Gameiro és mtsai, 2015) szerint a termékenységi kezelések során alkalmazandó pszichés szűrőkérdőív, a SCREENIVF szabadon felhasználható, konszenzusos magyar változatát, hozzájárulva ezzel a magyar MAR-páciensek pszichés állapotának gyors, hatékony és akadálytalan felméréséhez.

2. MÓDSZEREK

2.1. Kutatási elrendezés és résztvevők

Keresztmetszeti elrendezésű, kérdőíves, kvantitatív vizsgálatunkhoz a Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Asszisztált Reprodukciós Centrumába először bejelentkező páciensek körében gyűjtöttünk adatokat 2019 decembere és 2024 júliusa között. A pácienseket e-mailben kerestük meg, amelyben egy webalapú felmérésben és indokolt esetben alacsony intenzitású (csoportos) pszichológiai beavatkozásban való részvételre hívtuk meg őket. A kérdőívkitöltés önkéntes és anonim volt, és az érdeklődők tájékozott beleegyezésén alapult, miután megismerték a kutatás célját és az adatkezelés módját. A Helsinki Deklaráció alapelveinek megfelelő vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális és Intézményi Tudományos és Kutásetikai Bizottsága hagyta jóvá (83/2019).

A beválasztási kritériumok a következők voltak: heteroszexuális pár nőtagja, reprodukzív kor, folyékony magyar nyelvtudás és a terhesség elmaradása minimum 12 hó rendszeres, védekezés nélküli szexuális élet ellenére (Zegers-Hochschild és mtsai, 2017). Az összesen 4318 kiküldött e-mail közül 98 kézbesítése hibás cím miatt meghíúsult, így 4220 e-mail érte el feltételezhetően a címzettet. A kérdőívre 858 válasz érkezett (válaszadási arány: 20,3%), köztük két férfi is, akiknek az adatai nem kerültek be az elemzésbe. A végleges minta így $n = 856$ főből állt (1. ábra). A kérdőíves felület úgy lett megszerkesztve, hogy hiányzó adatok nem keletkeztek.



1. ábra A minta kialakításának folyamatábrája

2.2. Mérészközök

SCREENIVF. A 34 tételből álló kérdőív (Verhaak és mtsai, 2010) öt alskálából áll, amely öt kockázati tényezőt mér:

1. Szorongás alskála, azaz 10 tétel a Spielberger Állapot-és Vonásszorongás Kérdőív (például *Biztonságban érzem magam*) (Spielberger és mtsai, 1983; Sipos & Sipos, 1983);
2. Depresszió alskála, amely megegyezik a Beck Depresszió Kérdőív alapellátásban megjelenő betegek szűrésére javasolt héttételes változatával (például a *Nem vagyok szomorútól az Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom továbbig terjedő állítások közül kiválasztani az érvényeset*) (Beck és mtsai, 1997);
3. Észlelt társas támogatás alskála, és pedig a – magyarul nem hozzáférhető – *Social Involvement Inventory* (Van Dam-Baggen & Kraaiaam, 1992) kérdőívől származó 5 tétel (például *Ha segítségre van szükségem valamiben, amit nem tudok egyedül megoldani, van, ki segítsen*); valamint meddőséggel kapcsolatos kogníciók, nevezetesen:
4. Tehetetlenség alskála (6 tétel, például *Termékenységi problémáim uralják az életemet*) és
5. Elfogadás alskála (6 tétel, például *Megtanultam együtt élni termékenységi problémáimmal*), amelyek a magyarul nem hozzáférhető *Illness Cognition Questionnaire* (Evers és mtsai, 2001) MAR-páciensek számára módosított változatából származnak (Verhaak és mtsai, 2005).

Mindegyik alskála megtartotta az eredeti kérdőív kérdés-válasz formátumát. Az alskálák vágóértékei országonként eltérőek. Minden kockázati tényezőre dichotóm pontszám adható: 1, ha a páciens pontszáma a kritikus tartományba esik az adott alskálán, és 0, ha nem. Az összes alskála dichotóm pontszámát összeadva kapjuk meg a Kockázat főska-
la pontszámát, amely így 0 (nincs kockázati tényező) és 5 (5 kockázati tényező) között mozoghat. A kockázati besorolás algoritmusát ld. a *Függelékben*.

A kérdőív pszichometriai mutatói számos nemzetközi vizsgálatban megfelelőnek bizonyultak (Irmak és mtsai, 2021; Lopes és mtsai, 2014; Ockhuijsen és mtsai, 2017). A kérdőív magyar adaptációján és validálásán két szerzőgárda egymás munkájáról nem tudva, párhuzamosan dolgozott, megfelelően alkalmazva a kérdőívek forrásnyelvről célnyelvre, majd visszafordításának szabályait (Prémusz és mtsai, 2022; Szigeti F., Sexty és mtsai, 2024). A tanulmányunk *Függelékében* közölt magyar változat szövege a két munkacsoport szakmai egyetértésén alapul. Az alskálák Cronbach- α értékei az eredeti holland tanulmányban 0,84 és 0,90 (Verhaak és mtsai, 2010), a két magyar validáló tanulmányban 0,82 és 0,90 (Prémusz és mtsai, 2022), illetve 0,81 és 0,93 (Szigeti F., Sexty és mtsai, 2024), jelen (a revalidáló tanulmány adatbázisával átfedő) mintánkban pedig szintén 0,81 és 0,93 között mozogtak. A magyar verziók konfirmatív faktorelemzése igazolta, hogy a kérdőív valóban öt elkülönült konstruktumot mér (Prémusz és mtsai, 2022; Szigeti F., Sexty és mtsai, 2024).

COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK). A 19 tételes kérdőív, amelyet a Koppenhágai Multicentrikus Pszichoszociális Meddőségi Kutatási Program (COMPI) keretében dolgoztak ki Schmidt és munkatársai (2005), a meddőségi élethelyzettel való lehetséges megküzdési módokat méri. A kérdőív alskálái a következők: Aktív elkerülő (4 tétel, például *Elmegyek, ha mások teherbeesésről vagy gyerekekről beszélgetnek*), Aktív érzelmkifejező (7 tétel, például *Beszélek valakinek arról, hogyan hatnak rám érzelmileg a vizsgálatok és a kezelések*), Passzív elkerülő (3 tétel, például *Úgy érzem, hogy az egyetlen dolog, amit tehetek, az a várakozás*) és Jelentésadó megküzdési módok (5 tétel, például *Hiszem, hogy gyermektelenségi problémánknak van számunkra jelentése*). A tételek ugyanazon négyfokú Likert-skálán értékelendők. A skála pszichometriai jellemzői számos nemzetközi mintán többnyire megfelelőek voltak (Naz & Batoool, 2024; Yilmaz & Yesiltepe Oskay, 2016). A kérdőív magyar változatát Pápay (2012) készítette el. A Cronbach- α értékek az eredeti vizsgálatban 0,46 és 0,76 (Schmidt és mtsai, 2005), korábbi magyar kutatásokban pedig 0,44 és 0,89 között mozogtak (Pápay, 2007, 2012; Tóth, 2010). A konzisztensen alacsony reliabilitási mutatók miatt Pápay (2012) a kérdőív eredeti négy alskáláját háromra módosította. Jelen vizsgálatban a megbízhatósági mutatók valamivel magasabbak voltak az eredeti (0,48 és 0,74 közt), mint a Pápay-féle változatban (0,46 és 0,71 közt), ezért megőriztük a dán szerzők négy alskálás csoportosítását.

Kutatásunkban szociodemográfiai, illetve orvosi és egészségétényezőkre is rákérdeztünk, önbevallásos alapon gyűjtve az alábbi adatokat: életkor, családi állapot, meglévő gyermekek száma, lakóhely, iskolai végzettség, foglalkoztatottság és beosztás, az anyagi helyzet szubjektív megítélése; testsúly, -magasság, a meddőség oka és fennállásának ideje, kezelési fázis (kivizsgálás, *in vivo*, *in vitro*¹), pszichológiai támogatás három hónapnál hosszabb igénybevétele és pszichofarmakonok szedése. Az önbevallással szerzett testtömeg- és testmagasságértékekből testtömegindexet (BMI-t) számoltunk (kg/m²).

2.3. Statisztikai eljárások

Az elemzéseket az IBM SPSS Statistics (25-ös verzió) és a Jamovi 2.3.28 ([The jamovi project, 2023](https://www.jamovi.org/)) statisztikai szoftverek segítségével végeztük. Első lépésként leíró statisztikai elemzéseket készítettünk a minta alapvető jellemzőinek meghatározására, beleértve az átlagokat, szórásokat és a kategoriális változók gyakorisági eloszlását. A magas mérési szintű változók esetében normalitásvizsgálatot végeztünk (Shapiro–Wilk-próba), hogy meghatározzuk, paraméteres vagy nemparaméteres próbák illeszkednek-e legjobban az

¹ A meddőség kivizsgálása leggyakrabban fizikai vizsgálatokat, hormonszintméréseket, képalkotó eljárásokat (például petevezeték-átjárhatósági vizsgálatot), ondóvizsgálatot foglal magában. A kezelések *in vivo* formái testen belül (például farmakoterápia, inszemináció), míg *in vitro* változatai testen kívül zajlanak (például mesterséges megtermékenyítés és embrióbeültetés).

adatok természetéhez. A független változók közt esetleg fennálló multikollinearitást a varianciainflációs tényező (Variance Inflation Factor, VIF) kiszámításával ellenőriztük. A VIF 1-es értéke a független változók korrelációjának hiányát, az 1 és 5 közötti értéke azok mérsékelt, az 5 és 10 közötti értéke pedig magas korrelációját jelzi, a 10 feletti értéke pedig erősen megkérdőjelezi a regressziós vizsgálat lefuttatásának értelmét (Shrestha, 2020).

A függő változóknál nem minden esetben teljesült a normális eloszlás feltétele, ezért a kapcsolatok feltárására a hagyományos lineáris regressziós eljárás helyett általánosított lineáris modellt (Generalized Linear Model, GLM) alkalmaztunk. A GLM nem feltételez normális eloszlást a változók esetében, robusztusan kezeli a normálistól eltérő hibatarokat, és több változó esetén is jobb illeszkedést biztosít a hagyományos regressziós modelleknél (Oberg & Mahoney, 2007). Az elemzés során a modellek illeszkedését az ANOVA omnibusz teszt eredményeivel értékeltük, figyelembe véve az eltérések négyzetösszegét (SS), *F*-statisztikát és *p*-értéket, fixált konstans mellett. A modell magyarázó erejének meghatározásához a determinációs együtthatót (R^2) és annak korrigált verzióját (*adj. R*²) használtuk. A paraméterbecslésekhez 95%-os konfidenciaintervallumot, a hatásmegállapításához pedig a parciális η^2 értékét (η^2p) alkalmaztunk. Az eljárás során az alábbi modelleket vizsgáltuk: a COMPI-MSK alsókálák (Aktív elkerülés, Aktív érzelmek kifejezés, Passzív elkerülés, Jelentésadás) értékeinek összefüggését 1. a SCREENIVF Kockázat főkálájával, és 2. a SCREENIVF alsókáláival külön-külön (Szorongás, Depresszió, Társas támogatás, Elfogadás, Tehetetlenség). Mindkét modellben kontrolláltunk néhány, a kimeneti változók alakulását potenciálisan befolyásoló háttérváltozót: az életkort, a meglévő gyermekek számát, a meddőség fennállásának hosszát, a pszichológiai támogatás aktuális igénybevételét és pszichofarmakonok jelenlegi szedését. A statisztikai szignifikancia szintjét minden esetben $p < 0,05$ -ben határoztuk meg. Végül, mivel a COMPI-MSK alsókáláinak lehetséges eredményei a tételek eltérő száma miatt más-más számterjedelemben mozognak, az alsókálákon nyert értékeket normalizáltuk,² hogy az átlagok közvetlenül összemérhetőek legyenek.

3. EREDMÉNYEK

3.1. A minta összetétele

A vizsgálatban részt vevő nők a 30-as éveik közepén jártak (1. táblázat), és túlnyomó többségük házassági vagy különmemű élettársi kapcsolatban élt, középfokon vagy annál magasabban képzett volt, munkaviszonnyal rendelkezett, és

² A normalizálás során minden alsókála összértékéből kivontuk az alsókála elérhető minimális értéket, majd elosztottuk az alsókála terjedelmével ($x_{\text{normalizált}} = x - x_{\text{min}} / x_{\text{max}} - x_{\text{min}}$). Így minden normalizált érték, ugyanazon skálán mozogva, 0 és 1 közé esett, és egymással összevethetővé vált.

anyagi helyzetét biztonságosnak ítélte. Adatközlőinket főleg elsődleges meddőség jellemezte, vagyis egyáltalán nem született még gyermekük.

1. táblázat A minta szociodemográfiai összetétele

Életkor (<i>M</i> , <i>SD</i>)		35,4	4,8
Családi állapot (<i>n</i> , %)	Férjezett	682	79,7
	Élettársi kapcsolatban él	163	19,0
	Egyedülálló	11	1,3
Meglévő gyermekek száma (<i>n</i> , %)	Nincs	786	91,8
	Egy	61	7,1
	Kettő	9	1,0
Lakóhely (<i>n</i> , %)	Főváros	485	56,7
	Megyeszékhely/nagyváros	57	6,7
	Kisváros	218	25,5
	Falu/község vagy egyéb	96	11,2
Legmagasabb iskolai végzettség (<i>n</i> , %)	Általános iskola, szakmunkás/szakiskola	17	2,0
	Érettségi	84	9,8
	Felsőfokú tanulmányok	746	87,1
	Egyéb	9	1,0
Munkaügyi státusz/beosztás (<i>n</i> , %)	Aktív dolgozó	832	97,2
	Munkanélküli	24	2,8
Anyagi helyzet szubjektív megítélése (<i>M</i> , <i>SD</i>) átlaghoz képest: <i>1 = nagyon rossz</i> – <i>10 = nagyon jó</i>		6,43	1,5
Összesen (<i>n</i> , %)		856	100

Megjegyzés: *M* = átlag; *SD* = szórás; *n* = elemszám; % = százalékos arány.

A MAR-kezelések szempontjából releváns biológiai tényezők a következőképpen alakultak mintánkban: az infertilitás átlagos időtartama 3,2 év volt (2,5 éves szórással), etiológiája pedig a minta 35%-ánál tisztázatlan vagy (még) ismeretlen volt (2. táblázat). Ahol a háttér tisztázott volt, ott alulreprezentáltak mutatkoztak a férfi tényezőre (pl. oligozoospermia, magas DNS-fragmentációra vagy herevisszér-tágulatra) visszavezethető meddőség. A minta 86,7%-ának nem volt egyéb, potenciálisan mentális egészséget befolyásoló krónikus betegsége. A testtömegindex mediánja (22,7) a normál tartományba esett, többsúly a minta egyötödében állt fenn. Válaszóink nagy többsége a kitöltéskor nem járt pszichológushoz (88%), és nem szedett pszichiatriai gyógyszereket (97,8%).

2. táblázat A minta egészségi állapottal kapcsolatos jellemzői

Testtömegindex (<i>M</i> , <i>SD</i>)		23,8	5,01
Tápláltsági állapot (<i>n</i> , %)	Alultáplált: BMI < 18,5	43	5,0
	Normál súlyú: 18,5 ≤ BMI ≤ 24,9	549	64,1
	Túlsúlyos: 25,0 ≤ BMI ≤ 29,9	181	21,1
	Obez: BMI ≥ 30,0	83	9,7
Meddőség időtartama (hónapokban) (<i>M</i> , <i>SD</i>)		38,4	29,29
Meddőség etiológiája (<i>n</i> , %)	Női	274	32,0
	Férfi	85	9,9
	Kombinált	195	22,8
	Ismeretlen	177	20,7
	Nem tudja/ Nem volt még kivizsgálva	125	14,6
Egyéb krónikus testi betegsége van (<i>n</i> , %)		131	15,3
Mentális szaksegítségét aktuálisan igénybe vesz (<i>n</i> , %)		103	12,0
Pszichiátriai gyógyszert aktuálisan szed (<i>n</i> , %)		19	2,2
Összesen (<i>n</i> , %)		856	100

Megjegyzés: *M* = átlag; *SD* = szórás; *n* = elemszám; % = százalékos arány, BMI = testtömegindex.

3.2. A meddőségi distressz összefüggései a megküzdési stratégiákkal

Kitöltőink körében a legtipikusabb megküzdő stratégia a passzív elkerülés volt (normalizált átlag: 0,51 [*SD* = 0,23]). Az aktív érzelmkifejezés (normalizált átlag: 0,47 [*SD* = 0,20]) és a probléma-újraértékelés (normalizált átlag: 0,48 [*SD* = 0,17]) közel azonos mértékben jellemezte válaszadóinkat. A stratégiahasználat gyakorisági sorrendjét az aktív elkerülés zárta (normalizált átlag: 0,37 [*SD* = 0,24]).

A varianciainflációs tényező értéke a COMPI-MSK egyik alszállója esetében sem lépte túl jelentős mértékben az 1-et ($VIF_{AktívElkerülés} = 1,149$; $VIF_{AktívKonfrontáció} = 1,149$; $VIF_{PasszívElkerülés} = 1,120$; $VIF_{Jelentésadás} = 1,209$), ami elfogadható mértékű, azaz a multikollinearitás torzító hatásával csak kismértékben kell számolnunk (Shrestha, 2020). Az infertilitással való megbirkózás (COMPI-MSK alszállói) és distressz (SCREENIVF Kockázat főskála, illetve alszállói) összefüggéseire felállított modelljeink mind szignifikánsnak bizonyultak, és bennük a megküzdési preferenciák mint bemeneti változók a distressz-szint varianciájának 33–41%-át magyarázták, ami a társadalomtudományokban megfelelőnek tekinthető (Ozili, 2022). Az ANOVA omnibus tesztek alapján a modellek szignifikánsan illeszkedtek az adatokhoz, és közepesen erős kapcsolatot jeleztek a változók között.

Első modellünkben, amelyben a megküzdési módoknak (COMPI-MSK) az összesített distressz (SCREENIVF Kockázat főskálaival) való összefüggését vizsgáltuk, azt találtuk, hogy az aktív elkerülés magasabb értékei szignifikánsan nagyobb ($\beta = 0,44$; $p < 0,001$), a jelentésadási pedig kisebb ($\beta = -0,29$; $p < 0,001$) meddőségi distresszrel asszociálódtak (3. táblázat).

3. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alszállák összefüggése a SCREENIVF Kockázatbecslő főskála értékeivel

Változó	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	η^2p
Modell (Intercept)	0,92	0,09	0,00	10,76	<0,001	0,38
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	0,19	0,01	0,44	14,38	<0,001	0,20
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	-0,01	0,01	-0,04	-1,20	0,229	0,00
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	-0,00	0,02	-0,00	-0,13	0,899	0,00
COMPI-MSK – Jelentésadás	-0,14	0,01	-0,29	-9,41	<0,001	0,10
Életkor	-0,00	0,01	-0,01	-0,37	0,709	0,00
Meglévő gyermekek száma	0,20	0,11	0,05	1,81	0,070	0,00
Meddőség időtartama	0,00	0,00	0,02	0,68	0,498	0,00
Pszichológiai támogatás	-0,10	0,11	-0,08	-0,87	0,384	0,01
Pszichiátriai gyógyszeresedés	0,26	0,24	0,21	1,07	0,287	0,01

További modelljeink szerint, amelyekben a megküzdési módokat (COMPI-MSK) ezúttal a SCREENIVF alszálláival (szorongás, depresszió, társas támogatás, tehetetlenség, elfogadás) hoztuk kapcsolatba, az aktív elkerülés, valamint a jelentésadás jelzett szignifikáns kapcsolatot. Nevezetesen, az aktív elkerülés magasabb értékei nagyobb mértékű depressz-

zióval, szorongással és tehetetlenséggel, viszont alacsonyabb társas támogatottsággal és elfogadással jártak együtt. A jelentésadás esetében mindez épp fordítva érvényesült. Az aktív érzelmkifejezés a társas támogatással és a tehetetlenséggel, a passzív elkerülés pedig kizárólag az elfogadással mutatott szignifikáns kapcsolatot. Az aktívabb érzelmkife-

jezés magasabb társas támogatottsággal, ugyanakkor nagyobb tehetetlenséggel is, a passzívabb elkerülés pedig az akaraton kívüli gyermektelenség nehezebb elfogadásával járt együtt. A vizsgált szociodemográfiai és biológiai ténye-

zők közül egyedül a meglévő gyermekek száma látszott befolyásolni a mentális mutatókat: a szekunder meddőséggel küzdők nagyobb szorongásról és kisebb társas támogatottságról számoltak be (4–8. táblázat).

4. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alskálák összefüggése a SCREENIVF Szorongás skála értékeivel

Változó	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	η^2p
Modell (Intercept)	23,32	0,47	0,00	50,03	<0,001	0,40
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	0,96	0,07	0,41	13,55	<0,001	0,18
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	0,01	0,05	0,01	0,27	0,786	0,00
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	-0,11	0,10	-0,03	-1,08	0,279	0,00
COMPI-MSK – Jelentésadás	-0,89	0,08	-0,34	-11,23	<0,001	0,13
Életkor	-0,05	0,04	-0,03	-1,17	0,241	0,00
Meglévő gyermekek száma	1,36	0,60	0,06	2,26	0,024	0,01
Meddőség időtartama	-0,00	0,01	-0,02	-0,66	0,510	0,00
Pszichológiai támogatás	0,34	0,62	0,05	0,55	0,583	0,01
Pszichiátriai gyógyszeresedés	1,93	1,32	0,28	1,46	0,145	0,01

5. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alskálák összefüggése a SCREENIVF Depresszió skála értékeivel

Változó	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	η^2p
Modell (Intercept)	3,46	0,21	0,00	16,28	<0,001	0,41
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	0,51	0,03	0,47	15,73	<0,001	0,23
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	0,02	0,02	0,02	0,75	0,456	0,00
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	-0,08	0,04	-0,05	-1,86	0,063	0,00
COMPI-MSK – Jelentésadás	-0,36	0,04	-0,29	-9,91	<0,001	0,11
Életkor	-0,01	0,02	-0,01	-0,52	0,606	0,00
Meglévő gyermekek száma	0,43	0,27	0,04	1,58	0,115	0,00
Meddőség időtartama	-0,00	0,00	-0,01	-0,43	0,666	0,00
Pszichológiai támogatás	0,10	0,28	0,03	0,35	0,723	0,01
Pszichiátriai gyógyszeresedés	-0,39	0,60	-0,12	-0,65	0,515	0,00

6. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alskálák összefüggése a SCREENIVF Társas támogatás skála értékeivel

Változó	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	η^2p
Modell (Intercept)	17,76	0,22	0,00	81,85	<0,001	0,33
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	-0,28	0,03	-0,27	-8,57	<0,001	0,08
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	0,19	0,02	0,25	7,92	<0,001	0,07
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	0,01	0,05	0,01	0,27	0,786	0,00
COMPI-MSK – Jelentésadás	0,29	0,04	0,25	7,77	<0,001	0,07
Életkor	0,02	0,02	0,04	1,22	0,223	0,00
Meglévő gyermekek száma	-1,22	0,28	-0,13	-4,36	<0,001	0,02
Meddőség időtartama	-0,00	0,00	-0,02	-0,78	0,436	0,00
Pszichológiai támogatás	0,24	0,29	0,08	0,84	0,403	0,00
Pszichiátriai gyógyszeresedés	0,02	0,62	0,01	0,04	0,969	0,00

7. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alskálák összefüggése a SCREENIVF Tehetetlenség alskála értékeivel

Változó	B	SE	β	t	p	η^2p
Modell (Intercept)	13,84	0,32	0,00	43,68	<0,001	0,41
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	0,92	0,05	0,57	19,07	<0,001	0,30
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	0,18	0,03	0,15	5,09	<0,001	0,03
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	0,05	0,07	0,02	0,82	0,410	0,00
COMPI-MSK – Jelentésadás	-0,44	0,05	-0,24	-8,23	<0,001	0,08
Életkor	0,02	0,03	0,02	0,56	0,577	0,00
Meglévő gyermekek száma	0,07	0,41	0,00	0,18	0,858	0,00
Meddőség időtartama	0,00	0,00	0,03	0,99	0,322	0,00
Pszichológiai támogatás	0,78	0,42	0,17	1,88	0,060	0,01
Pszichiátriai gyógyszeresedés	0,19	0,90	0,04	0,21	0,831	0,00

8. táblázat A COMPI Megküzdő Stratégiák Kérdőív (COMPI-MSK) alskálák összefüggése a SCREENIVF Elfogadás alskála értékeivel

Változó	B	SE	β	t	p	η^2p
Modell (Intercept)	12,76	0,31	0,00	41,55	<0,001	0,40
COMPI-MSK – Aktív elkerülés	-0,70	0,05	-0,45	-15,00	<0,001	0,21
COMPI-MSK – Aktív konfrontáció	-0,02	0,03	-0,02	-0,57	0,568	0,00
COMPI-MSK – Passzív elkerülés	-0,17	0,06	-0,08	-2,65	0,008	0,01
COMPI-MSK – Jelentésadás	0,63	0,05	0,36	11,99	<0,001	0,15
Életkor	0,02	0,03	0,02	0,88	0,381	0,00
Meglévő gyermekek száma	-0,64	0,40	-0,05	-1,62	0,105	0,00
Meddőség időtartama	0,01	0,00	0,05	1,80	0,071	0,00
Pszichológiai támogatás	-0,09	0,41	-0,02	-0,22	0,826	0,01
Pszichiátriai gyógyszeresedés	0,91	0,87	0,20	1,04	0,298	0,00

4. MEGBESZÉLÉS

Az infertilitás már népbetegségnek számít, hazánkban mégis alacsony a vele való megküzdést vizsgáló kutatások száma. Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkban a termékenységi nehezítettséggel való megküzdés és a meddőségi distressz közti összefüggéseket kutattuk asszisztált reprodukcióban részt vevő magyar nők nagyobb mintáján. Hiánypótlónak szánt munkánk távlati célja, hogy empirikus eredményeinkkel alapot nyújtsunk az infertilitás esetén ajánlott professzionális pszichológiai támogatás megtervezéséhez.

Hipotézisünk igazolódott: az aktív elkerülés és a jelentésadás (probléma-újrértékelés) mint megküzdési forma mind az összesített distresszkockázattal, mind pedig az egyes distresszmutatókkal szignifikáns kapcsolatban állt. Az aktívabb elkerülés – vagyis, hogy az érintettek kerülnek a várandósokat, a kisgyermekeseket, a kapcsolódó témákat, és igyekeznek munkába vagy pótcselekvésekbe temetkezve elnyomni érzéseiket – magasabb meddőségi distressszel asszociálódott. Ezzel szemben a probléma újrértékelése – amelynek során a személy az akaratlan gyermektelenség

pozitív hozadékait és az élet egyéb lehetőségeit igyekszik észrevenni – alacsonyabb distressszel járt.

Számos vizsgálat jutott egészen hasonló eredményekre mind az itt használt kérdőívekkel (Aflakseir & Zarei, 2013; Lykeridou és mtsai, 2011; Truong és mtsai, 2022), mind pedig ugyanezen konstruktumokat mérő más eszközökkel (Cunha és mtsai, 2016; Gourounti és mtsai, 2012; Khalid & Dawood, 2020), ami további bizonyítékot nyújt a SCREENIVF validitására. Bár saját kutatásunk nem teszi lehetővé oksági irányok megállapítását, korábbi prospektív vizsgálatok eredményeiből az derül ki, hogy a rosszabbul alkalmazkodó megküzdési stílusok vezetnek magasabb distresszhez, és nem fordítva (Boivin & Schmidt, 2005; Schmidt és mtsai, 2005; Verhaak és mtsai, 2005).

A termékenységi akadályoztatottság jelentette alacsony kontrollú helyzetben tehát magyar női válaszadóinknál ugyanazok az összefüggések jelennek meg, mint más országok képviselőinél (Khalid & Dawood, 2020), ami a meddőség „közös emberi tapasztalat” jellegét sugallja, és kultúrától függetlennek mutatkozik (Braverman és mtsai, 2024).

A szakirodalom szerint az elkerülés maladaptív megküzdési mód, amely az idő előrehaladtával konzerválhatja

vagy súlyosbíthatja a meddség okozta negatív érzéseket (Faramarzi és mtsai, 2013; Pásztor és mtsai, 2019). Eredményeink szerint az, hogy a párok mióta várnak hiába a fogantatásra, alig mutatott összefüggést az általunk vizsgált megküzdési stratégiák használatával, vagyis nem tűnik úgy, hogy coping tekintetében – intervenció nélkül – a páciensek spontánul sokkal rugalmasabban, jobban alkalmazkodnának a helyzethez, ahogy telik az idő.

További eredményünk, hogy az aktívabb konfrontáció magasabb társas támogatottsággal járt, ami logikus összefüggés: aki érzelmeit ki meri fejezni, és tanácsokat kér, az jobban megkapja, s így észleli is mások pártfogását. Ez a megküzdési mód előnyös ebben az alacsony kontrollú élethelyzetben, hiszen a szociális háló kiaknázása csökkenti a depresszív tüneteket (Ozturk, Aba, & Sik, 2021). Meglepő lehet ugyanakkor, hogy az aktív konfrontációhoz a meddséggel szembeni nagyobb tehetetlenség is kapcsolódott, ami így függhet össze: amelyik nő kiszolgáltatottnak érzi magát termékenység nehézségei közepette, annak nagyobb igénye lesz a negatív érzelmek megosztására. Végül, mintánkban a passzívabb elkerülés – hogy a személyek cselekvő attitűd helyett egy boldog végkifejletről ábrándoznak – az akaraton kívüli gyermektelenség nehezebb elfogadásával járt együtt, hasonlóan egy koreai vizsgálatban találtakhoz (Choi & Moon, 2023). Ez fordítva is igaz lehet: aki kevésbé tudja elfogadni meddségét, az hajlamosabb lehet a tagadásra, így a tétlen csodaváró attitűdre is.

A szociodemográfiai és biológiai mutatók közül csak a már meglévő anyastátusz mutatkozott jelentősnek, csökkentve a társas támogatottság és növelve a szorongás valószínűségét. Előbbi azt tükrözheti, hogy egy szekunder meddséggel küzdő személy kevésbé számíthat megértésre újabb várandóssággal kapcsolatos frusztrációját illetően („*Mi baja van, hiszen már van gyermeke...*”), miközben úgy érezheti, sem a termékenyek, sem a meddők csoportjába nem tartozik igazán, így izolációja a primer infertilitással élőkénél is nagyobb lehet (Sormunen és mtsai, 2018). Továbbá egy még gondoskodásra szoruló gyermek mellett részt venni az asszisztált reprodukciós folyamatban szorongást ébreszthet, hogy mennyire tud megfelelni mindkét élethelyzet követelményeinek, illetve lelkiismeret-furdalást a meglévő gyermekkel szemben, amiért oly nagyon akarja a következőt (Das Gupta, 2025). Összességében ugyanakkor a társadalmi és medikális helyzet elhanyagolható mértékben járult hozzá ahhoz, hogy kitöltőink mekkora stresszt éltek át az akaratlan gyermektelenség kapcsán, és hogyan igyekeztek megbirkózni ezzel.

Két szociodemográfiai szempont merülhet még fel eredményeink további értelmezésében: a minta női összetétele és magas szocioökonómiai státusza (SES). Számos bizonyíték gyűlt össze arról, hogy a két nem eltérően birkózik meg a meddségi stresszel. Minthogy a meddség jelentősen veszélyezteti önértékelésüket, a nők általában több depressziós, szorongásos tünetet mutatnak, és elégedetlenebbek életükkel, mint a férfiak (Almutawa és mtsai, 2023). Ugyanakkor a nők mind a jobban, mind a kevésbé jól alkalmazkodó megbirkózási módokat intenzívebben használják (Jordan & Revenson, 1999; Pasch és mtsai, 2004; Ying és mtsai, 2015), és a férfiak problémamegoldó beállítódásával szemben hajlamosabbak a nehézségtől való menekülésre

(Deltsidou & Lykeridou, 2007; Peterson és mtsai, 2006). Ez az elkerülő tendencia magyar mintánkban is megmutatkozott.

A magas SES ugyancsak jellemző általában a MAR-páciensekre (Datta és mtsai, 2016). Meglepő lehet, hogy miközben a magasabb SES általában problémafókuszú copingra hajlamosít (Deltsidou & Lykeridou, 2007), így védőfaktor a mentális egészség tekintetében (Bagade és mtsai, 2023; Lever, 2008), addig a meddséggel küzdő vizsgálati személyeink jobb társadalmi helyzetük ellenére kevésbé sikeres módszereket alkalmaznak a megküzdésben. Levine (2017) azt találta, hogy az egyes megküzdések protektivitása függ az egyént körülvevő társadalmi közeg értékeitől és preferenciáitól. Nevezetesen: a magasabb SES-be tartozók körében, akik többnyire rendelkeznek a sorsuk befolyásolásához szükséges erőforrásokkal, a függetlenséget tükröző és az individuumba összpontosító meggyőződések jobb egészséggel járnak együtt. Alacsonyabb SES esetén viszont a lehetőségek korlátozottabbak, ilyenkor a másokhoz való kapcsolódást és a környezethez való idomulást tükröző hiedelmek és copingok kapcsolódnak jobb egészséghez. Elképzelhető tehát, hogy akik úgy szocializálódtak, hogy megfelelő erőfeszítéssel irányítani tudják életük menetét (magasabb SES), meddségben hirtelen olyan élethelyzettel találják szembe magukat, amely aláássa függetlenségérzetüket, és maladaptívabb (regresszívebb) megküzdési stílust vált ki belőlük. Valóban, Schmidt és munkatársai (2005) is – szintén a COMPI-MSK-t használva – arra jutottak, hogy a legmagasabb SES-be tartozó személyek alkalmazták a legnagyobb arányban az aktív elkerülést. Az ő magyarázatuk szerint ez a munkába és egyéb tevékenységekbe temetkezésnek mint figyelemelterelésnek tulajdonítható, amely vonzóbb opció magasabb, mint alacsonyabb SES esetén.

További szociodemográfiai jellemzőiket tekintve válaszadóink életkoruk szempontjából (30-as évek közepe) tipikusnak tekinthetők (Chandra és mtsai, 2014). A fejlett országokban ugyanis a családalapítás életkora folyamatosan emelkedik (Passet-Wittig & Greil, 2021), így a sikertelen gyermekvállalás miatti segítségkérés ideje is kitolódik. Kitöltőink családi állapotának homogenitása tükrözi a magyar jogszabályokat, nevezetesen, hogy a MAR csak házas vagy közjegyzői okiratba foglalt élettársi kapcsolatban élő, ellenkező nemű párok és olyan egyedülálló nők számára engedélyezett, akiknek más módon nem lehet gyermekük.

Orvosi szempontból ugyancsak tipikusnak mondható a mintánkban, hogy az elsődleges meddség aránya magasabb a másodlagosnál (World Health Organization, 2023). Amiben válaszadóink eredményei eltértek a szakirodalom alapján elvárttól, az a meddség kóroki háttere: míg a nagyobb epidemiológiai vizsgálatokban a két nem etiológiai hozzájárulása az infertilitáshoz egyenlő arányú (Parsanezhad és mtsai, 2013), mintánkban jelentősen kisebb volt a férfi eredetű meddség hányada. Elképzelhető, hogy a női okra (is) visszavezethető meddségek esetében a nők motiváltabbak pszichés állapotuk megismerésére (a kérdőívcsomag kitöltésére), mert hajlamosak saját felelősségüként értelmezni ezt a biológiai tény, ami ronthatja lelkiállapotukat (Jordan & Revenson, 1999; Peterson és mtsai, 2006).

Megjegyzendő, hogy miközben a SCREENIVF szűrőkérdőív tanúsága szerint válaszadóink körülbelül egyötöde

(22,8%) pszichoszociális támogatásra szorulna, kevesen (12,0%) nyilatkoztak úgy, hogy (a kitöltés időszakában) pszichológiai segítséget vesznek igénybe, és még kisebb arányuk (2,2%) szedett pszichofarmakonokat. Vagyis a megküzdések és mentális állapotjelzők többnyire célzott szakmai segítség nélkül érvényesülnek a fentebb részletezett módon. A meddőséggel küzdő populáció mentális kísérésének fontos célja lehet a coping mechanizmusok módosítása adaptív irányba (Szatmári és mtsai, 2021).

Munkánk erőssége, hogy emeli tudásszintünket a meddőséggel való megküzdés mentális állapotot befolyásoló jellegéről. Kutatásunk ezzel alapot nyújthat az infertilitás esetén szükséges professzionális pszichológiai támogatás megtervezéséhez, a lépcsőzetes ellátás elve értelmében, a következők szerint: minden meddőséggel élő páciens számára ajánlott a pszichoedukáció és a szűrés, az enyhe-közepes kockázati szinttel jellemezhető páciensek számára a tanácsadás és készségfejlesztés, a magas kockázatúaknak alapszochoterápia, a különösen magas kockázatúaknak pedig (szak)pszichoterápia (Kovács és mtsai, 2023; Kovács és mtsai, 2024; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). A vizsgálat további erőssége a meglehetősen nagy elemszám és együttes használata olyan, eddig magyar nyelven kevésbé alkalmazott meddőségre specifikus mérőeszközöknek, amelyek jobban megragadják a betegségre jellemző, sajátos megéléseket, mint az általános tesztek, így ez irányú kutatásokban prioritást élveznek (Pedro és mtsai, 2016).

Ami vizsgálatunk limitációit illeti, a keresztmetszeti elrendezésből nem derül ki, hogy a maladaptív megküzdési módok okozzák-e a meddőséggel járó magasabb stresszt, vagy fordítva: az akaraton kívüli gyermektelenség okozta nagyobb szenvedésnyomás hívja-e elő a helyzettel való megküzdés rosszabbul alkalmazkodó módjait, esetleg korábbi, nem meddőségspecifikus coping stratégiákat mobilizál. Ennek eldöntéséhez longitudinális vizsgálatra volna szükség, amelynek időben első vizsgálati pontja a meddőség kezdete kellene hogy legyen. Ez azonban nehezen megvalósítható, hiszen ekkor még ez a populáció kevésbé érhető el, lévén, hogy diagnózis csak 12 hónap eredménytelen próbálkozás után keletkezik. További óvatosságra int, hogy a független változók közti multikollinearitás, ha kismértékben is, de torzította eredményeinket (Kovács, 2008), illetve hogy mintánkban erősen felülreprezentáltak voltak a magasan kvalifikált személyek (ami ugyanakkor gyakori a MAR-páciensek körében).

Ugyancsak hiányosság, hogy – mivel adatgyűjtésünkbe csak nőket vontunk be – sem a férfiak megküzdési módjainak vizsgálata, sem pedig a nemek közti összehasonlítás vagy párkapcsolati (diádikus) szintű összefüggések kimutatása nem történhetett meg. A diádikus vizsgálatokban rendre kimutatták, hogy az egyének érzelmi alkalmazkodását nemcsak a saját, hanem a partnerük pszichés állapota és megküzdési stratégiái is befolyásolják (pl. Cserepes és mtsai, 2014; Hegyi és mtsai, 2020; Moutzouri és mtsai, 2024). Illusztrációképpen: a problémaátkeretező megküzdés, vagyis a nem kívánt gyermektelenség pozitív hozadékára, például a személyes fejlődésre történő koncentráció ugyan adaptív stratégia, azonban ha ezzel egy pár férfitagja él, nőtagja viszont nem, akkor az magasabb meddőségi stresszel jár a nő részéről (Peterson és mtsai, 2008). További kutatásokra

van szükség, hogy ezen komplex összefüggésekről magyar mintán született tanulságokat vonjunk le.

A vizsgálat idejének egybeesése a COVID-19-világjárvánnyal meglehetősen nagy kihívást jelentett. A pandémia első hullámában a toborzás gyakorlatilag leállt, hiszen ekkor csak életmentő műtétekre volt lehetőség. Közvetlenül az első hullám után a magyar egészségügyi szabályozás lehetővé tette ugyan az asszisztált reprodukciós beavatkozások elvégzését, de a COVID-19-járvány még így is súlyosbíthatta a meddőségi stresszt (Irani és mtsai, 2022). Az egzisztenciális és pénzügyi aggodalmakon kívül fennállt az a veszély, hogy a páciensek bármikor megfertőződhetnek, ezért kezelésük leállt, valamint partnereik sem kísérhették el őket a vizsgálatokra és beavatkozásokra. Kutatási elrendezésünk azonban sajnos nem tette lehetővé, hogy külön vizsgáljuk a világjárványnak a résztvevők mentális jóllétére gyakorolt hatását.

A válaszadási arány (20,3%) alacsonyabb volt a metaanalízisekben talált átlagos arányoknál (34–36%; Daikeler és mtsai, 2020; Shih & Xitao Fan, 2008). Ez nem magyarázható az internet-hozzáférés hiányával, mivel az orvosi adatbázisból – a páciensek engedélyével – valamennyi páciens e-mail címét ki tudtuk nyerni, akik így egyenlő eséllyel tölthették ki a kérdőívet, és a jogtalan részvétel lehetősége is minimálisra csökkent. Elképzelhető azonban, hogy a címzettek az e-mailben érkező értesítést figyelmen kívül hagyták, levélszemétként értelmezték, vagy maga a kitöltés ütközött technikai vagy személyes akadályokba (Lefever & Ásrún Matthiásdóttir, 2007). Ez némi teret enged az ún. nemválaszolási torzításnak, miszerint a kitöltést mellőzők más válaszokat adtak volna, mint a kitöltők, ami tovább csökkentheti az eredményeink általánosíthatóságát. Mindazonáltal, a SCREENIVF szűrőkérdőívvel nyert eredményeink alapján a pszichológiai ellátásra szoruló válaszadók aránya (22,8%) összemérhető a distresszpontszámaik alapján klinikai tartományba eső páciensek nemzetközi szakirodalmi hányadával (15–20%; Boivin, 1997), ami növeli eredményeink érvényességét. A vizsgálat hiányosságai közt végül megemlítendő, hogy egyetlen centrumban zajlott, amely azonban az ország legnagyobb forgalmú központja, és vidéki pácienseket is ellát.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

A meddőséggel mint alacsony kontrollú helyzettel való megküzdésben, szakirodalmilag megalapozott hipotézisünknek megfelelően, az aktívabb elkerüléssel magasabb, a helyzet kognitív átértékelésére való hajlandósággal pedig alacsonyabb meddőségi distressz asszociálódik. Másképp fogalmazva: az aktívabb elkerülés hozzájárulhat a szorongás, a depresszió és a meddőséggel szembeni tehetetlenség növekedéséhez, valamint a társas támogatás és az infertilitás elfogadásának csökkenéséhez. A jelentésadásra való törekvéssel ugyanakkor mindezek a mentális mutatók javulhatnak.

Eredményeink szerint az infertilitással való szembesülésben a magyar nők lelki működése hasonló a más országokban találtakhoz (pl. Dánia: Schmidt és mtsai, 2005; Egyesült Államok: Sexton és mtsai, 2010; Swift és mtsai, 2021; Egyesült Királyság: Bayley és mtsai, 2009; Irán: Jahromi & Ramezanli, 2015; Kína: Song és mtsai, 2024; Olaszország: Zurlo és mtsai, 2020; Portugália: Galhardo és

mtsai, 2011), vagyis úgy tűnik, az identitást ennyire essen-
ciálisan befolyásoló élethelyzetben az univerzális elemek
erőteljesebben érvényesülnek, mint a kultúrspecifikumok.

Magas bizonyító erejű kutatások mutatják, hogy az
adaptív megküzdési stratégiák fejlesztése csökkenti az
infertilitással járó stresszt (Frederiksen és mtsai, 2015;
Ghasemi és mtsai, 2017; Masoumi és mtsai, 2025; Monirian
és mtsai, 2022). Mindezek alapján a megküzdési készségek
adaptív irányba terelése a termékenységi kezelésekkal pár-
huzamos mentális segítségnyújtás elengedhetetlen része
kell hogy legyen (Szigeti F., Soltész és mtsai, 2024). Ezt a lép-
csőzetesség elve szerint – a meddőségellátási protokoll fo-
lyamatban lévő frissítésében is – enyhe-közepes kockázati
szinttől felfelé, alacsony intenzitású pszichológiai interven-
cióként (Purebl, 2018) javasolunk bevezetni.

Szerzői munkamegosztás: Szigeti F. Judit: kutatási koncep-
ció, adatgyűjtés és elemzés, az eredmények értelmezése,
a kézirat megszövegezése és javítása. Soltész Krisztina:
a kézirat megszövegezése és javítása. Kazinczi Csaba:
statisztikai elemzés, az eredmények értelmezése. Szabó
Georgina: statisztikai elemzés, az eredmények értelmezése.
Kovács Barbara Petra: adatgyűjtés. Sipos Miklós: kutatási
konceptió, adatgyűjtés. Ujma Przemyslaw Péter: kutatási
konceptió, statisztikai elemzés, az eredmények értelme-
zése. Purebl György: kutatási konceptió. Minden szerző:
a kézirat kritikai észrevételezése és végső formájának el-
fogadása.

Nyilatkozat érdekütközésről: A szerzők ezúton kijelentik, hogy
esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

IRODALOM

- Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202–206. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3911816/pdf/JRI-14-202.pdf>
- Almutawa, Y. M., Al Ghareeb, M., Daraj, L. R., Karaidi, N., & Jahrami, H. (2023). A systematic review and meta-analysis of the psychiatric morbidities and quality of life differences between men and women in infertile couples. *Cureus*, 15(4), Article e37327. <https://doi.org/10.7759/cureus.37327>
- Andrei, F., Salvatori, P., Cipriani, L., Damiano, G., Dirodi, M., Trombini, E., Rossi, N., & Porcu, E. (2021). Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for anatomical or non-anatomical infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 264, 241–246. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.027>
- Bagade, T., Mersha, A. G., & Majeed, T. (2023). The social determinants of mental health disorders among women with infertility: a systematic review. *BMC Women's Health*, 23(1), Article 668. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02828-9>
- Balsom, A. A., & Gordon, J. L. (2021). The relationship between psychological coping and mood across the menstrual cycle among distressed women struggling to conceive. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, Article 110465. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110465>
- Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24(11), 2827–2837. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep235>
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 785–791. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00025-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00025-9)
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology & Health*, 23(2), 221–241. <https://doi.org/10.1080/14768320601154706>
- Biringer, E., Howard, L. M., Kessler, U., Stewart, R., & Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 36(2), 38–45. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.992411>
- Boivin J. (1997). Is there too much emphasis on psychosocial counseling for infertile patients? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4), 184–186. <https://doi.org/10.1007/BF02766106>
- Boivin, J., & Schmidt, L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1745–1752. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.12.039>
- Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, B., ... & Domar, A. (2022). Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reproductive BioMedicine Online*, 44(6), 1045–1054. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: a global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, 121(3), 379–383. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.013>
- Buran, G., & Toptaş Acar, B. (2024). The effect of social and emotional capacities on coping strategies and stress in infertile individuals. *Current Psychology*, 43, 29984–29994. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06504-5>
- Casu, G., Zaia, V., Fernandes Martins, M. D. C., Parente Barbosa, C., & Gremigni, P. (2019). A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 315–326. <https://doi.org/10.1037/fam0000502>
- Chandra, A., Copen, C. E., & Stephen, E. H. (2014). Infertility service use in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 1982–2010. *National Health Statistics Reports*, (73), 1–21.
- Choi, Y., & Moon, S. H. (2023). Types and characteristics of stress coping in women undergoing infertility treatment in Korea.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 2648. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032648>
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001>
- Cserepes, R. E., Bugán, A., Kőrösi, T., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2014). Infertility specific quality of life and gender role attitudes in German and Hungarian involuntary childless couples. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(11), 1009–1015. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1383235>
- Daikeler, J., Bošnjak, M., & Lozar Manfreda, K. (2020). Web versus other survey modes: an updated and extended meta-analysis comparing response rates. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 8(3), 513–539. <https://doi.org/10.1093/jssam/smz008>
- Das Gupta, S. F. (2025, February 3 [Update]). Navigating shame and guilt in secondary infertility: Societal empathy and self-compassion for parents facing secondary infertility. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/creating-2-pink-lines/202410/navigating-shame-and-guilt-in-secondary-infertility>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, ... & Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108–2118. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew123>
- Deltsidou, A., & Lykeridou, K. (2007). Emotional distress and infertility: A review of coping strategies. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics, International Edition*, 21(3), 285–291.
- 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>
- Evers, A. W., Kraaiaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026–1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmaelzadeh, S., Jorsarai, G., Aghajani, M. R., & Abedi, S. (2013). Is coping strategies predictor of anxiety and depression in couple infertile? *Health*, 5(3), 643–649. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.53A085>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine Journal*, 45, 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00040-3)
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), Article e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Gabnai-Nagy, E., Bugán, A., Bodnár, B., Papp, G., & Nagy, B. E. (2020). Association between emotional state changes in infertile couples and outcome of fertility treatment. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(2), 200–210. <https://doi.org/10.1055/a-0854-5987>
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(4), 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.005>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ... & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Ghasemi, M., Kordi, M., Asgharipour, N., Esmaeili, H., & Amirian, M. (2017). The effect of a positive reappraisal coping intervention and problem-solving skills training on coping strategies during waiting period of IUI treatment: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 15(11), 687–696. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5780554>
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 24(6), 670–679. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.002>
- Greil, A. L., Schmidt, L., & Peterson, B. D. (2016). Understanding and treating the psychosocial consequences of infertility. In A. Wenzel (Ed.), *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 524–547). Oxford University Press.
- Hegyi, B. E., Kocsis, K., Király, A., Kazinczi, C., Ando, B., Kovács, ... & Pásztor, N. (2020). Clustering infertile couples with dyadic approach: WHO-5-WBI as a promising tool for assessing psychological state. *Psychologica Belgica*, 60(1), 152–163. <https://doi.org/10.5334/pb.539>
- Hegyi, B. E., Kozinszky, Z., Badó, A., Dombi, E., Németh, G., & Pásztor, N. (2019). Anxiety and depression symptoms in infertile men during their first infertility evaluation visit. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 311–317. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1515906>
- Irani, M., Bashtian, M. H., Soltani, N., & Khabiri, F. (2022). Impact of COVID-19 on mental health of infertile couple: A rapid systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), Article 404. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1655_21
- Irmak Vural, P., Körpe, G., & Aslan, E. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of screening tool on distress in fertility treatment (SCREENIVF). *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 13), 278–287. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol33_noSuppl%2013/dnb_vol33_noSuppl%2013_278.pdf
- Jahromi, M. K., & Ramezanli, S. (2015). Coping with infertility: an examination of coping mechanisms in Iranian women with infertility. *African Journal of Psychiatry*, 18(1), Article 188. <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/coping-with-infertility-an-examination-of-coping-mechanisms-in-iranian-188.pdf>
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341–358. <https://doi.org/10.1023/a:1018774019232>
- Kele, T. (2017). *Pszichológiai immunitás, stressz, megküzdés és éhatékonyság vizsgálata funkcionális meddő pároknál*. MSc/MA szakdolgozat. Debreceni Egyetem.
- Khalid, A., & Dawood, S. (2020). Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302, 423–430. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05614-2>
- 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, Article 1972. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16865-4>
- Kovács, P. (2008). A multikollinearitás vizsgálata lineáris regressziós modellekben. *Statisztikai Szemle*, 86(1), 38–67.
- Kovács, P., Csigó, K., Kiss, D. B., Gonda, X., S. Nagy, Z., Takács, M., ... & Kéri, Sz. (2023). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, 73(6), 610–725.
- Kovács, P., Gonda, X., Csigó, K., Purebl, Gy., Kiss, D. B., & Ozvald, G. (2024). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a pszichoterápiás ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, 74(6), 909–1043.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lefever, S., & Ásrún Matthíasdóttir, M. D. (2007). Online data collection in academic research: advantages and limitations. *British Journal of Educational Technology*, 38(4), 574–582. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2006.00638.x>
- Lever, J. P. (2008). Poverty, stressful life events, and coping strategies. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 228–249. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004273>
- Levine, C. S. (2017). Psychological buffers against poor health: the role of the socioeconomic environment. *Current Opinion in Psychology*, 18, 137–140. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.028>
- Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J., & Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human Reproduction*, 29(2), 293–302. <https://doi.org/10.1093/humrep/det418>
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13–14), 1971–1980. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Masoumi, S. Z., Abdoli, S., Kazemi, F., Pilehvari, S., Ahmadpanah, M., Khodakarami, B., & Fazli, F. (2025). Stress management through cognitive reconstruction and positive thinking in women with recurrent failed In Vitro Fertilization: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25(1), Article 119. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06533-9>
- Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy outcomes of women undergoing in vitro fertilization: A prospective cohort study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(7), 539–548. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v20i7.11556>
- Monirian, F., Khodakarami, B., Tapak, L., Kimiaei Asadi, F., & Aghababaei, S. (2022). The effect of couples coping enhancement counseling on stress and dyadic coping on infertile couples: A parallel randomized controlled trial study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 16(4), 275–280. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2022.540919.1203>
- Moutzouri, M., Sarantaki, A., Koulirakis, G., & Gourounti, K. (2024). Coping strategies associated with emotional adjustment during the dyadic experience of infertility and its treatment: A systematic review. *Journal of Mother and Child*, 28(1), 61–69. <https://sciendo.com/fr/article/10.34763/jmotherandchild.20242801.d-24-00013?tab=authors>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care. National Institute for Health and Care Excellence Guidelines*. British Psychological Society (UK). Letöltve: 2025. 06. 24-én: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266>
- Naz, B., & Batool, S. S. (2024). Adaptation and validation of the COMPI Coping-strategy Scale for infertile men and women. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 31(9), 1863–1870. <https://doi.org/10.53555/m3zepd38>
- 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), Article e057132. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057132>
- Oberg, A. L., & Mahoney, D. W. (2007). Linear mixed effects models. *Topics in Biostatistics*, 213–234.
- Ockhuijsen, H. D. L., Van Smeden, M., Van Den Hoogen, A., & Boivin, J. (2017). Validation study of the SCREENIVF: An instrument to screen women or men on risk for emotional maladjustment before the start of a fertility treatment. *Fertility and Sterility*, 107(6), Article 1370–1379.e5. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.04.008>
- Ozili, P. K. (2022). The acceptable r-square in empirical modelling for social science research. *Social Research Methodology and Publishing Results*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4128165>
- Ozturk, A. Aba, Y. A., & Sik, B. A. (2021). The relationship between stigma, perceived social support and depression in infertile Turkish women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.009>
- Pápay, N. (2007). *A meddőség biopszichoszociális kontextusa: ART kezelés alatt mutatott pszichés distressz*. Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Pápay, N. (2012). *A reprodukció és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa*. Doktori (PhD-) disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Pápay, N., Rigó, A. & Nagybányai Nagy, O. (2013). A meddőség-specifikus stressz alakulása a megküzdési stratégiák és egyéb pszichoszociális változók függvényében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(3), 399–418.
- Parsanezhad, M. E., Jahromi, B. N., Zare, N., Keramati, P., Khalili, A & Parsa-Nezhad, M. (2013). Epidemiology and etiology of infertility in Iran, systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health, Issues & Care*, 2(6). https://www.scitechnol.com/peer-review/epidemiology-and-etiology-of-infertility-in-iran-systematic-review-and-metaanalysis-JVqd.php?article_id=1622
- Pasch, L., Shebab, D., Gregorich, S., Nachtigall, R., Katz, P., & Adler, N. (2004). Explaining differences in how women and men cope with infertility: effects of appraisals. *Fertility and Sterility*, 82(Supplement 2), S102. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.07.258>
- Passet-Wittig, J., & Greil, A. L. (2021). On estimating the prevalence of use of medically assisted reproduction in developed countries: a critical review of recent literature. *Human Reproduction Open*, 2021(1), Article hoaa065. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa065>

- Pásztor, N., Hegyi B. E., Dombi E., & Németh G. L. (2019). Psychological distress and coping mechanisms in infertile couples. *Open Psychology Journal*, 12(1), 169–173. <https://doi.org/10.2174/1874350101912010169>
- Pedro, J., Frederiksen, Y., Schmidt, L., Ingerslev, H. J., Zachariae, R., & Martins, M. V. (2016). Comparison of three infertility-specific measures in men and women going through assisted reproductive technology treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(6), 738–749. <https://doi.org/10.1177/1359105316678669>
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/den067>
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443–2449. <https://doi.org/10.1093/humrep/del145>
- Prémusz, V., Ács, P., Bódis, J., Várnagy, Á., Lászik, Á., & Makai, A. (2022). Introducing the Hungarian Version of the SCREENIVF Tool into the Clinical Routine Screening of Emotional Maladjustment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), Article 10147. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610147>
- Purebl, Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó.
- Rácz, A. E. (2015). *Mesterséges megtermékenyítésben részt vevő párok egészségpszichológiai vizsgálata a stresszel való megküzdés tekintetében*. MSc/MA szakdolgozat. Debreceni Egyetem.
- Rodino, I., Gignac, E. G., & Sanders, K. A. (2018). Stress has a direct and indirect effect on eating pathology in infertile women: Avoidant coping style as a mediator. *Reproductive BioMedicine Online*, 5, 110–118. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661818300066>
- Salari, N., Babajani, F., Hosseinian-Far, A., Hasheminezhad, R., Abdoli, N., Haydarisharaf, P., & Mohammadi, M. (2024). Global prevalence of major depressive disorder, generalized anxiety, stress, and depression among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(5), 1833–1846. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07444-y>
- 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, Article 309. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1600_22
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248–3256. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei193>
- Sexton, M. B., Byrd, M. R., & von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.06.007>
- Shih, T.-H., & Fan, X. (2008). Comparing response rates from web and mail surveys: a meta-analysis. *Field Methods*, 20(3), 249–271. <https://doi.org/10.1177/1525822X08317085>
- Shrestha, N. (2020). Detecting multicollinearity in regression analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, 8(2), 39–42. <https://doi.org/10.12691/ajams-8-2-1>
- Simbar, M., Ghasemi, V., Taherian, R., Kalhor, M., Mohammadian, F., & Kiani, Z. (2024). Prevalence of anxiety symptoms in infertile men: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24, Article 1805. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19299-8>
- Sipos K., & Sipos M. (1983). The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In C. D. Spielberger, & R. Dia-Guerrero (Eds.), *Series in clinical & community psychology: Stress & anxiety* (Vol. 2., pp. 27–39). Hemisphere Publishing Corporation.
- Song, G., Liu, H., Zhang, Z., Liu, N., Jiang, S., & Du, J. (2024). Exploring depressive symptoms and coping strategies in Chinese women facing infertility: A cross-sectional observational study. *Medicine*, 103(30), Article e39069. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039069>
- Sormunen, T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K., & Westerbotn, M. (2018). Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e335–e344. <https://doi.org/10.1111/jocn.13953>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., Gorsuch, R., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *A manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2)*. Consulting Psychologists Press.
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2021). Infertility stress, cortisol, coping, and quality of life in U.S. women who undergo infertility treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(3), 275–288. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.12.004>
- Swift, A., Reis, P., & Swanson, M. (2023). Comparing infertility-related stress, coping, and quality of life among assisted reproductive technology and non-assisted reproductive technology treatments. *Human Fertility*, 26(5), 1248–1255. <https://doi.org/10.1080/14647273.2022.2163465>
- Szatmári, A., Helembai, K., Zádori, J., Dudás, I. E., Fejes, Z., Drótos, G., & Rafael, B. (2021). Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 457–474. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1724918>
- Szigeti F., J., Sexty, R. E., Szabó, G., Kazinczi, Cs, Kéki, Zs., ... & Purebl, Gy. (2024). The SCREENIVF Hungarian version is a valid and reliable measure accurately predicting possible depression in female infertility patients. *Scientific Reports*, 14, Article 12880. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-63673-w>
- Szigeti F. J., Soltész, K., Sipos, M., Juhász, A., Szöllösi, K., ... & Purebl, Gy. (2024). A pszichológiai szűrés és ellátás helye az asszisztált reprodukcióban. *Orvosi Hetilap*, 165(12), 455–463. <https://doi.org/10.1556/650.2024.33007>
- Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078–1092. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1078>
- The jamovi project (2023). *jamovi*. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Tóth, A. (2010). *Meddőség és életminőség*. Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem

- Truong, L. Q., Luong, T. B., Tran, T. H., Dang, N. H., Nguyen, L. H., Nguyen, T. T., & Nguyen, P. T. H. (2022). Infertility-related stress, social support, and coping of women experiencing infertility in Vietnam. *Health Psychology Report, 10*(2), 129–138. <https://doi.org/10.5114/hpr.2022.113437>
- Van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (1992). De Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB): een zelfbeoordelingslijst om sociale steun te meten [The Inventory for Social Support (ISB): A self-report inventory for the measurement of social support]. *Gedragstherapie, 25*(1), 27–46. <https://psycnet.apa.org/record/1992-87718-001>
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction, 25*(5), 1234–1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2005). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of prospective research. *Human Reproduction Update, 13*(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaimaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction, 20*(8), 2253–2260. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>
- World Health Organization (2023). *Infertility: A growing problem*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- Yilmaz, T., & Yesiltepe Oskay, U. (2016). The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Fertility Problem Stress and Coping Strategy Scales: A psychometric validation study in Turkish infertile couples. *International Journal of Caring Sciences, 9*(2), 452–462. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_Yilmaz_original_9_2.pdf
- Ying, L. et al. (2020). The effectiveness of a resilience intervention in reducing infertility-related stress and improving well-being. *BMC Women's Health, 20*, Article 70. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00936-5>
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 52*(10), 1640–1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, ... & van der Poel, S. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Fertility and Sterility, 108*(3), 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2019). The association between stressful life events and perceived quality of life among women attending infertility treatments: the moderating role of coping strategies and perceived couple's dyadic adjustment. *BMC Public Health, 19*(1), Article 1548. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7925-4>
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Re-examining the role of coping strategies in the associations between infertility-related stress dimensions and state-anxiety: Implications for clinical interventions with infertile couples. *Frontiers in Psychology, 11*, Article 614887. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.614887>

FÜGGELÉK

SCREENIVF – TERMÉKENYSÉGI KEZELÉSEK PSZICHOLÓGIAI SZŰRŐKÉRDŐÍVE

Az Európai Humánreprodukciós és Embriológiai Társaság (ESHRE) ajánlásával

A termékenységi kezelés életünk minden területét intenzíven érintheti. Ebben az intézményben a lehető legteljesebb módon szeretnénk Önököt támogatni. Az alábbi rövid kérdőív kitöltése segíthet annak megítélésében, milyen érzelmi hatással lehet Önre a kezelés. Ennek alapján abban is tanácsot adhatunk, érdemes-e kiegészítő pszichológiai támogatásban részesülnie az asszisztált reprodukciós terápiákkal párhuzamosan. Kérjük, töltsse ki a kérdőívet, és juttassa el [megfelelő személy/mód, kitöltendő].

Szorongás

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit, és jelölje meg azt a választ, amelyik a legjobban kifejezi, hogyan érezte magát **az elmúlt hét folyamán**, beleértve a mai napot is. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat az egyes válaszokon, mert az azonnali reakció gyakran sokkal pontosabb. Tehát: **mennyire érezte jellemzőnek az alábbiakat az elmúlt hét napon?**

Az elmúlt egy hét óta...	Szinte soha	Néha	Gyakran	Majdnem mindig
Jól érzem magam.	1	2	3	4
Meg vagyok elégedve.	1	2	3	4
A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
Boldog vagyok.	1	2	3	4
Nyugtalanító gondolataim vannak.	1	2	3	4
Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
Elégedett vagyok magammal.	1	2	3	4
Lényegtelen dolgok foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
A családások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4
Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	1	2	3	4

Depresszió

A következő kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvasson át minden állításcsoportot. Válassza ki minden csoportból azt az egy állítást, amely a legjobban leírja az Ön érzéseit az elmúlt héttől egészen a mai napig. Karikázza be a kiválasztott állítástól jobbra eső számot. Kérjük, olvassa el valamennyi állítást az adott csoporton belül, mielőtt választana. Tehát: **hogyan érezte magát az elmúlt hét napon?**

Az elmúlt egy hét óta...

Nem vagyok szomorú.	0
Szomorú vagy nyomott vagyok.	1
Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle.	2
Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.	3

Nem félek különösebben a jövőt illetően.	0
Félek a jövőtől.	1
Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.	2
Úgy látom, hogy a jövő reménytelen, és a helyzetem nem fog javulni.	3

Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.	0
Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat.	1
Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom.	2
Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.	3

A dolgok ugyanolyan meglegedettséggel töltenek el, mint máskor.	0
A dolgokkal nem vagyok úgy meglegedve, mint máskor.	1
Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem.	2
Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.	3

Nem csalódtam magamban.	0
Csalódtam magamban.	1
Nem szeretem magam.	2
Gyűlölöm magam.	3

Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.	0
Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálom magam.	1
Mindig vádolom magam a hibáim miatt.	2
Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádolom magam.	3

Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.	0
Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.	1
Szeretném megölni magam.	2
Megölném magam, ha tudnám.	3

Társas támogatás

Milyennek érzi társas kapcsolatait? Kérem, karikázza be azt a választ, amelyik a legjobban leírja, **milyennek érezte emberi kapcsolatait az elmúlt fél évben.**

Az elmúlt hat hónap óta...	Majdnem soha	Ritkán	Időközönként	Gyakran
Ha feszült vagy ideges vagyok, van, ki segítsen.	1	2	3	4
Ha jó dolgok történnek velem, van kivel megbeszélmem.	1	2	3	4
Ha szenvedek, van, ki megvigasztaljon.	1	2	3	4
Ha szomorú vagyok, van kivel megbeszélmem.	1	2	3	4
Ha segítségre van szükségem valamiben, amit nem tudok egyedül megoldani, van, ki segítsen.	1	2	3	4

Gondolatok a termékenységi nehézségekről

Az alábbi állítások olyan személyektől származnak, akik termékenységi problémákkal küzdenek. Kérem, karikázással jelölje meg, mennyire ért egyet az állításokkal. Ne gondolkodjon el mélyen: az első benyomás általában a legjobb.

	Nem értek egyet	Némileg egyetértek	Egyetértek	Teljesen egyetértek
Termékenységi problémáim miatt lemaradok számomra fontos dolgokról.	1	2	3	4
Tudom kezelni termékenységi problémáim következményeit.	1	2	3	4
Megtanultam együtt élni termékenységi problémáimmal.	1	2	3	4
Termékenységi problémáim uralják az életemet.	1	2	3	4
Termékenységi problémáim miatt néha haszontalannak érzem magam.	1	2	3	4
Termékenységi problémáim miatt nem teljes az életem.	1	2	3	4
Megtanultam elfogadni termékenységi problémáimat.	1	2	3	4
Termékenységi problémáim kihatnak mindenre, ami fontos nekem.	1	2	3	4
El tudom fogadni termékenységi problémáimat.	1	2	3	4
Azt hiszem, meg tudok birkózni termékenységi problémáimmal, még ha nem is oldódnak meg.	1	2	3	4
Termékenységi problémáim miatt gyakran tehetetlennek érzem magam.	1	2	3	4
Meg tudok küzdeni termékenységi problémáimmal.	1	2	3	4

A SCREENIVF kiértékelése

A SCREENIVF 4 alskálából (az utolsó további 2 alskálából) áll:

- Szorongás (5 állapot- és 5 vonásszorongás tétel, összesítve), 10 tétel
- Depresszió, 7 tétel
- Társas támogatás, 5 tétel
- Termékenységi problémákkal kapcsolatos kogníciók, összesen 12 tétel
 - Tehetlenség (6 tétel)
 - Elfogadás (6 tétel)

Pontozás:

1. Szorongás alskála:

- 3., 5., 8., 9., 10. tétel: 1-től 4-ig (Szinte soha = 1 ... Majdnem mindig = 4),
- 1., 2., 4., 6., 7. tétel: fordított tételek, átkódolandók: 1 = 4; 2 = 3; 3 = 2; 4 = 1 pont,
- a pontok összesítendőik (terjedelem: 10–40 pont),
- vágóérték: **30 pont**.

2. Depresszió alskála:

- Minden tétel 0-tól 3-ig, nincsenek fordított tételek,
- a pontok összesítendőik (terjedelem: 0–21 pont),
- vágóérték: **7 pont**.

3. Társas támogatás alskála:

- minden tétel 1-től 4-ig (Majdnem soha = 1 ... Gyakran = 4), nincsenek fordított tételek,
- a pontok összesítendőik (terjedelem: 5–20 pont),
- vágóérték: **14 pont**.

4. Termékenységi problémákkal kapcsolatos kogníciók alskála:

- minden tétel 1-től 4-ig (Nem értek egyet = 1 ... Teljesen egyetértek = 4).
 - Tehetlenség alskála: az 1., 4., 5., 6., 8., 11. tételek pontszámainak összeadása (nincsenek fordított tételek), terjedelem: 6–24 pont, vágóérték: **19 pont**.
 - Elfogadás alskála: a 2., 3., 7., 9., 10., 12. tételek pontszámainak összeadása (nincsenek fordított tételek), terjedelem: 6–24 pont, vágóérték: **7 pont**.

Kockázatbecslés:

A vágóértékeket a validálás alapját adó minta átlag \pm 1 szórás értékei alapján állapítottuk meg (Szigeti F., Sexty és mtsai, 2024). Az alskálák mindegyikén dichotóm (0 vagy 1) pontszámokat képezzünk a következőképpen:

1. Szorongás: 10–29 pont = 0; **30–40 pont = 1.**
2. Depresszió: 0–6 pont = 0; **7–21 pont = 1.**
3. Társas támogatás: **5–14 pont = 1;** 15–20 pont = 0.
4. Termékenységi problémákkal kapcsolatos kogníciók:
 - i) Tehetatlenség: 6–18 pont = 0; **19–24 pont = 1,**
 - ii) Elfogadás: **6–7 pont = 1;** 8–24 pont = 0.

A pontok értelmezése:

- 0 pont = az adott kockázati tényező a páciens esetében nem áll fenn;
- 1 pont = az adott kockázati tényező a páciens esetében fennáll, vagyis az adott (szorongás, depresszió stb.) területen a páciens klinikailag releváns problémákat mutat.

A skálákon kapott dichotóm (0 vagy 1) pontszámokat összesítjük, így a SCREENIVF Kockázat összpontszám-tartománya 0-tól 5-ig terjed. Értelmezése:

- 0 pont: nincs kockázati tényező, a páciens nem veszélyeztetett
- 1 pont: 1 kockázati tényező áll fenn, a páciens nem veszélyeztetett
- 2 pont: 2 kockázati tényező áll fenn, a páciens **veszélyeztetett**
- 3 pont: 3 kockázati tényező áll fenn, a páciens **veszélyeztetett**
- 4 pont: 4 kockázati tényező áll fenn, a páciens **veszélyeztetett**
- 5 pont: 5 kockázati tényező áll fenn, a páciens **veszélyeztetett**

A páciens tehát akkor tekintendő a kezelések során kialakuló/súlyosbodó mentális problémákra veszélyeztetettnek, ha a SCREENIVF Kockázat főskála összpontszáma 2 vagy afölött van, tehát ha a felmért öt terület közül a páciens legalább kettőn kockázati csoportba tartozik. Minél magasabb a páciens pontszáma, annál veszélyeztetettebbnek tekinthető.

A SCREENIVF nem klinikai skála, hanem szűrőkérdőív, azaz diagnosziskötésre nem alkalmas, de jelzi a klinikai szintű zavar lehetőségét. Ez esetben további kivizsgálás, illetve a kezelések folyamán a páciens figyelemmel kísérése javasolt.

Open Access nyilatkozat: 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)