

SZÜCS-KÁDAS ESZTER

A meddőség lelki okai

Berögzült hitek

BEVEZETÉS

A meddőség, önkéntelen gyermektelenség vagy nehezített gyermekvállalás sokakat érint. Nagyjából minden hatodik pár érintett, és ezek közül talán az egyik legnehezebben feldolgozható helyzet, ha ez – mai modern fogalommal leírva – ismeretlen eredetű, vagyis a tudomány jelenlegi állása szerint nem találnak orvosi okot (*Lakatos et al., 2014*). Ez a meddő párok 5-15%-át érinti (*Wischmann, 2003*). Nagyon sokáig a pszichében és különösen a nők pszichéjében keresték az okokat.

A tanulmány első részében a szakirodalom kerül feldolgozásra. Az írás második felében pedig a kutatásom bemutatása történik, ami azt a kérdést vizsgálta, hogy mennyire elterjedt a közvéleményben az a nézet, hogy az ismeretlen eredetű meddőség háttérében pszichés tényezők állnak, és ha igen, akkor mik a legelterjedtebb „lelki okok”. Arra is kíváncsi voltam, hogy a meddőséggel érintettek vajon mennyivel többet tudnak az állapotuk pszichés vonatkozásairól, mint azok, akik nem küzdöttek soha gyermekvállalási nehézséggel.

TÁRGYALÁS

Szakirodalmi áttekintés

Pszichogén meddőségelméletek

A legkorábbi, ezzel a témával foglalkozó, pszichoanalitikus szemléletű szakirodalom meddő nők meddőségének okát személyiségtípusukban látja, mivel a 40-es, 50-es években az ismeretlen eredetű meddőség még 50% körül volt (*Angster, 2021*). Az alábbi személyiségtípusokat különbözteti meg mint az 1., infantilis, dependenstípus, aki figyelem-

felkeltő céllal szomatizál; 2. a férje fölött anyáskodó nő, aki tudja, hogy a házastársa nem szívesen osztozna egy gyermekkel a figyelméért; 3. a nő, akinek anyasága... az erotika tüzeiben emésztődik fel; 4. a férfias, agresszív nő és az érzelmileg zavart nő” (Deutsch, 1945 idézi Angster, 2021, 194–195). Érdekes lesz majd látni, hogy a későbbi szerzők is valahol ezekhez a gyökerekhez fognak visszanyúlni.

Benedek (1952) a funkcionális meddőség mögött *pszichoszomatikus folyamatokat feltételezett*, ahol a fizikai tünet mögött a patológia érzelmi jellegű, vagyis pszichológiai faktorok negatívan befolyásolják a reprodukzív szervrendszert.

„A belső stresszt úgy lehet csökkenteni..., hogy tünetet képzünk annak érdekében, hogy megőrizzük a szervi és pszichés egyensúlyt.” (Benedek, 1952, 527.)

Az „*ambíciózus nőnél*” a meddőség, biológiai okok híján – evolucionalista megközelítésben – *egy védekező mechanizmus a várandósság és az anyaság mint veszély* ellen, ezért ez úgy jelenik meg a psziché szintjén, hogy elnyomásra kerülnek ezek az érzések, és a felszínen úgy tűnik, hogy a nőnek elvileg semmi ellenérzése sincs az anyasággal kapcsolatban, miközben mégis. A terméketlenség itt úgy jelenhet meg, hogy a *társadalmi értékek személyiségbe való beágyazódása* felülírja a biológiai szerepet. Az ilyen nő elsősorban az *anyagi biztonságra és önmegvalósításra koncentrál*, ezáltal mire megérne az anyaságra, *kitolódik az életkora*, és már nehezen fogan meg. Ez a belső konfliktus a menstruációs ciklusán keresztül teheti terméketlenné az ambíciózus nőt, mind a follikuláris, mind a luteális szakaszban (nem érik meg a petesejt vagy nem ágyazódik be).

Benedek említi, hogy ez az elmélet egyelőre még nem alátámasztott, de bízik benne, hogy a funkcionális meddőség idővel gyógyítható lesz a pszichés befolyásoló tényezők felgöngyölítésével.

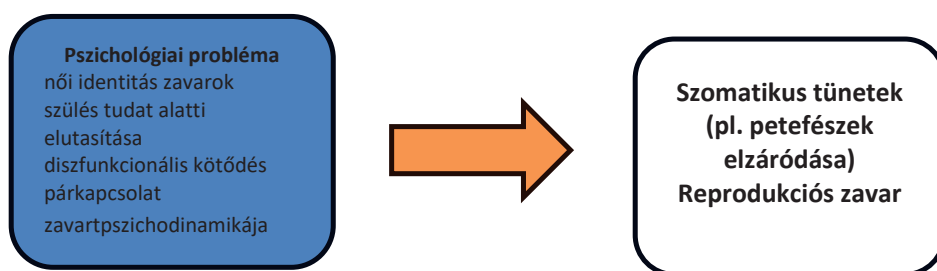
Megmagyarázhatatlan, illetve nem megfelelően megmagyarázott meddőségről beszél Christie (1994), aki szerint igazán csak a pszichoanalízis segítségével lehet feltárni az emberi lélek mélységeit. Ez igaz lehet azokban az esetekben is, amikor a meddőség hátterében újabban felfedezett orvosi okok állnak. A szerző szerint a legújabb tudományos felfedezések ellenére nemcsak az idiopátiás terméketlenségre nincs magyarázat, hanem arra sem, ahol konkrét orvosi okok akadályozzák meg a gyermek megfogását. A praxisára hivatkozik, ahol nők szervi ok nélkül vagy kisebb, diagnosztizált orvosi okkal a terápiás módszere segítségével fogantak meg és hordták ki sikeresen a gyermeküket. Három esettanulmányában ezt világítja meg. A nagyon finom *tudatalatti folyamatok* előidézhetik vagy épp ellenkezőleg, *megakadályozhatják a mély készenlétet* a gyermek érkezésére. (Christie, 1994, 379.) A szerző nem állítja, hogy kizárólag a terápiának tudja be az eredményeket, de meg van róla győződve, hogy az hozzájárult a sikerességhez.

Fassino említi a stresszt mint meddőséget okozó faktort, illetve a megküzdési stratégiák elégtelenségét, de kutatásában a *személyes tulajdonságokat* akarta vizsgálni (Fassino et al., 2002). Más szerzők vizsgálataiban talált olyan eredményeket, ahol bizonyos személyiségvonásoknak (introverzió, vonásszorongás, bűntudat érzése, nehéz megközelíthetőség és rugalmatlanság) közül lehet a meddőséghez. Mivel az ok-okozati viszony nem volt bizonyított, ezért kettős vak kutatásának célja az volt, hogy megvizsgálja, hogy van-e különbség a személyiség temperamentumában és jellemvonásaiban funkcionális meddőség esetén. A személyiségvonások standardizálás érdekében a TCI fogalmakat használta. Az eredmények azt mutatták, hogy a személyiségvonások közül a *Fájdalom elkerülése* (Harm avoidance) az egyetlen ok, ami okozhat funkcionális meddőséget nőben vagy férfiban, mivel ez olyan tulajdonságokat takar, mint az óvatosság, passzivitás, félnkség, bizonytalanság. Ez vezethet veszélyes szerhasználathoz, szexuális alulműködésekhez (mennységben, minőségben) vagy módosíthatja a hormonszinteket. Stresszes körülmények (pl. maga a gondolat, hogy gyermekük foganna) vagy *stresszt okozó események* hatására ezek a nők és férfiak úgy reagálhatnak, hogy biológiai paramétereik is megváltoznak, miközben magasabb szorongást és depressziót élnek át. A funkcionálisan meddő férfiaknál azt is találta, hogy az *Újdonság keresése* vonásban szignifikánsan alacsonyabb értékeket kaptak a kontrollcsoporthoz képest (nem meddő férfiak), de ok-okozati viszony nem volt bizonyítható.

A funkcionálisan meddő nők az *Önirányítottság* (Selfdirectedness) dimenzióban kaptak alacsonyabb pontszámot, mint a kontrollcsoport. Ezek a nők éretlenséget mutatnak, kritikusok másokkal, a saját felelősség elfogadásában, illetve az együttműködési készségben mutatkoznak gyengébbnek. Véleménye szerint ez a tulajdonságcsoport az anyaság megéléséhez, gyakorlásához alapvető. Állítása szerint ezek a nők és férfiak általában kevésbé tudnak mások érzelmeire adekvátan reagálni, illetve stressz esetére *nem rendelkeznek megfelelő megküzdési stratégiával*.

Justo és Moreira (2003) kutatásában új szempontot hozott be az ismeretlen eredetű meddőségben szenvedő nőknél. A kötődési stílusokat anya-lánya, illetve a házastársi viszony kapcsolódásaiban vizsgálta.

Egy korábbi kutatásukat megerősítve ez a feltárás is azt találta, hogy az *elutasító-elkerülő kötődési stílus* szignifikánsan jellemzőbb ezen nők körében összehasonlítva az orvosi meddőkkel.



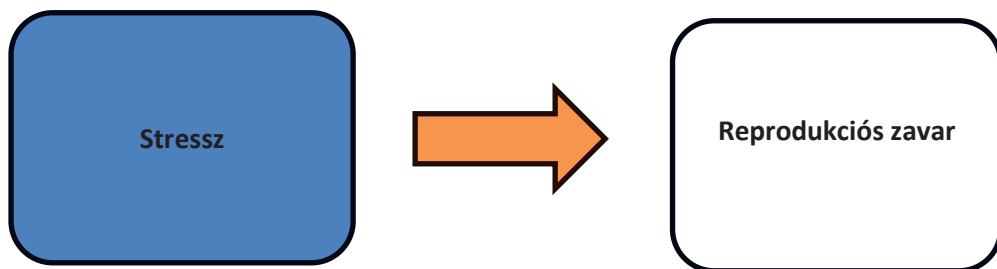
1. ábra. Pszichogén modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Stresszhipotézisek vagy pszichofiziológiai megközelítések

Cwickel, Gidron és Sheiner (2004) szerint a krónikus stressz biológiai hatásmechanizmuson, a neuroendokrin rendszeren keresztül befolyásolja negatív irányba a szaporító szervrendszert. A szerzők szerint egy újabban kutatott tudományterület, a pszichoneuroimmunológia hozott némi eredményt e tekintetben. Két neuroendokrinológiai tengely mentén hatnak a pszichológiai tényezők, mint pl. a stressz és a depresszió. Ezek a HPA (hipotalamusz–hipofízis–mellékvese), illetve az ún. HPG (hipotalamusz–hipofízis–gonádikus) tengelyek. A stressz emeli a HPA tengely aktivitását, ami egyrészt a mellékvesén keresztül további stresszhormonokat vált ki, ami gátolja a GnRH hormon kiválasztását, ami viszont az FSH, LH, progeszteron és ösztrogén szintekre hat közvetetten negatívan. A stresszhormonok továbbá közvetlenül is gátolják a nemi hormonokat.

King (2003) nagy elemszámú vizsgálatában azt az összefüggést mutatta ki, hogy a valószínűsíthetően meddő nők (akik bizonytalanok voltak abban, hogy teherbe tudnak-e esni) körében szignifikánsabban magasabb a *szorongás* szintje, mint azokéban, akik biztosan tudták, hogy terméketlenek.

Klemetti és mtsai (2010) finn nők körében végzett statisztikailag reprezentatív mintán azt találták, hogy a meddő nők körében – összehasonlítva a gyermekkel már rendelkező nőkkel – majdnem háromszoros volt a rizikó a szorongásos zavarokra és 2,6-szoros a pánikbetegségre. Ez a kimutatás vizsgálta a férfiakat is, és jöllehet a meddő férfiak körében is magasabban alakult a pszichés betegségekre való hajlam, de a kontrollcsoporthoz képest nem volt szignifikáns a különbség.



2. ábra. Stresszhipotézis

Kritika

Wischmann (2003) azt találta, hogy az 1980-as évek kutatásaiban ugyan nagy hangsúlyt kapott a megmagyarázhatatlan eredetű meddőséggel küzdő párok vizsgálata pszichogén szempontból, de az eredmények ellentmondásosak. Egyes kutatások azt találták, hogy az ezzel küzdő nők szorongóbbak és kevésbé elégedettek önmagukkal vagy éppen magasabb értékeket kaptak a neuroticizmus skálán, esetleg egyenesen szimbiotikus és függő kapcsolatokban élnek, mint azok, akiket valamilyen orvosi okkal diagnosztizáltak. Más kutatások (Adler, Boxley, 1985, Edelman, Connolly 1986, Paulson et al., 1988 *idézi Wischmann, 2003*) viszont nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között.

A pszichogén megközelítéssel szemben az egyik legfontosabb kritika, hogy szinte kivétel nélkül a nőket vizsgálta és azokat is csak kis elemszámú kutatásokban vagy eset-tanulmányokban, ezzel azt feltételezve, hogy a meddőség okai bennük keresendők. A harmadik fontos indok, hogy a lelki okok keresése közben automatikusan önhibáztató mechanizmusok jönnek létre, ezzel még nagyobb stresszt okozva a meddő nőnek (Lakatos et al., 2014; Szigeti, 2023). Ezzel együtt nem állt le a pszichogén irányú gondolkodás, mert véleményük szerint csak bizonyításra vár, mint ahogy az is, hogy a biológiai eredetű meddőségben szenvedők orvosi oka mögött nem húzódik-e ugyanúgy pszichés tényező (Christie, 1994; Angster, 2021). A kutatók ezzel együtt elfogadták, hogy a pszichés tényező (distressz, depresszió, szorongás) bizonyítottan okozat (Domar et al., 2000).

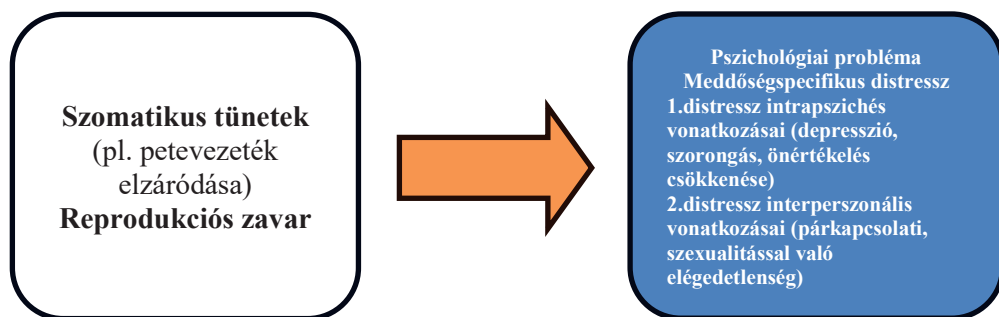
A stresszelméletekre vonatkozó vizsgálatok csak azt bizonyítják, hogy a bizonytalan meddők szoronganak, de az ok-okozati viszony nem egyértelmű, sőt feltételezhető, hogy a meddőség okozza a stresszt vagy egyenesen cirkuláris okság működik. A meddőség önmagában nagy stresszforrás, de mivel a további „oki” kutatások ambivalens eredményt hoztak, ezért, mint oki hipotézis, nagyon hasonló a „pszichogén” hipotézishez. A stressz

önmagában tehát nem okoz meddőséget, illetve nincs ok-okozati összefüggés, így alapvetően rizikófaktorról beszélünk. A stressz viszont összefügg az esetleges romló egészségmagatartással, ami viszont egyértelműen befolyásolja a termékenységet (Szkodziak, Krzyżanowski & Szkodziak, 2020; Szigeti, 2023).

A pszichológiai modellek a kutatások hatására továbbfejlődtek és további befolyásoló változókkal gazdagodva új szemléletet hoztak.

Pszichológiai következmény modell

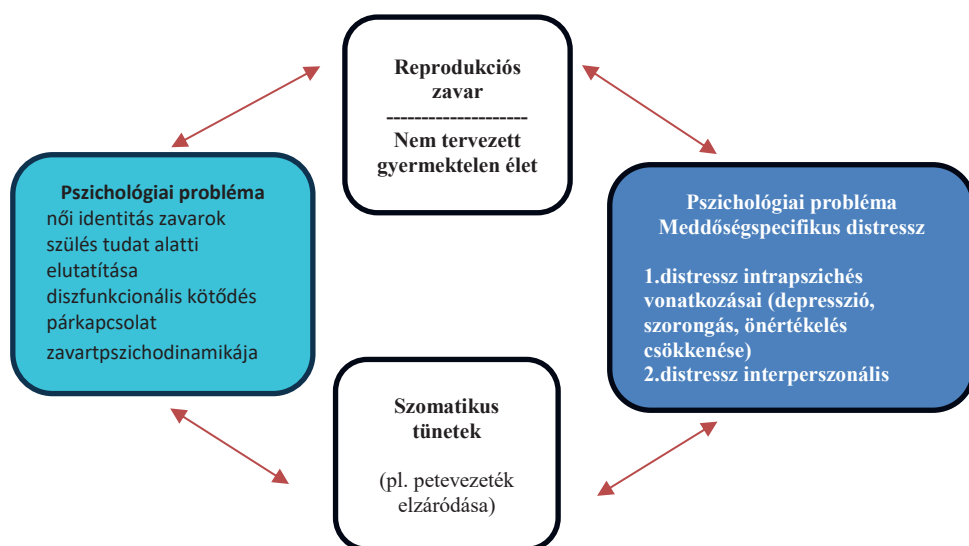
Az 1990-es évektől a szisztematikus áttekintések a meddő nők és férfiak lelkiállapotánál megállapítottak ugyan depressziót és szorongást, de nem derült ki a kutatásokból, hogy ez egyértelműen oka vagy pedig ellenkezőleg, következménye a meddőségnak. Greil (1997) cikkében részletesen bemutatja az addig fellelt szakirodalom idevonatkozó megállapításait. Két csoportra osztja a szakirodalmat: 1. a *leíró jellegű művekre*, ahol a meddőséggel járó állapotokat mutatják be, illetve 2. azokra a művekre, ahol a *szerzők tesztelik a pszichológiai következmény modellt*, vagyis azt feltételezik, hogy a meddőség okozza a distresszt. Az első esetben ugyan főleg kvalitatív *jellegű* kutatások találhatók, viszont kiterjedtek a meddőség társas viszonyokban megjelenő hatásaira, mint pl. a párkapcsolati vagy családi vonatkozásokra. A második esetben a vizsgálatok ellentmondó, de inkább negatív eredményre jutottak. Egyes kutatások azt találták, hogy a meddőség nagyobb stresszel jár (és okoz depressziót, szorongást vagy akár párkapcsolati elégedetlenséget), mint azoknál, akik nem szenvednek ettől az állapottól, míg más szerzők nem találtak klinikailag szignifikáns különbséget a kontrollcsoportokhoz képest. A modellben megkülönböztette tehát a distressz intrapszichés vonatkozásait, mint a depressziót, szorongást, vagy az önértékelés csökkenését, illetve az interperszonális hatásokat, mint a párkapcsolattal és a szexualitással való elégedettséget.



3. ábra. Pszichológiai következmény modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Cirkuláris modell

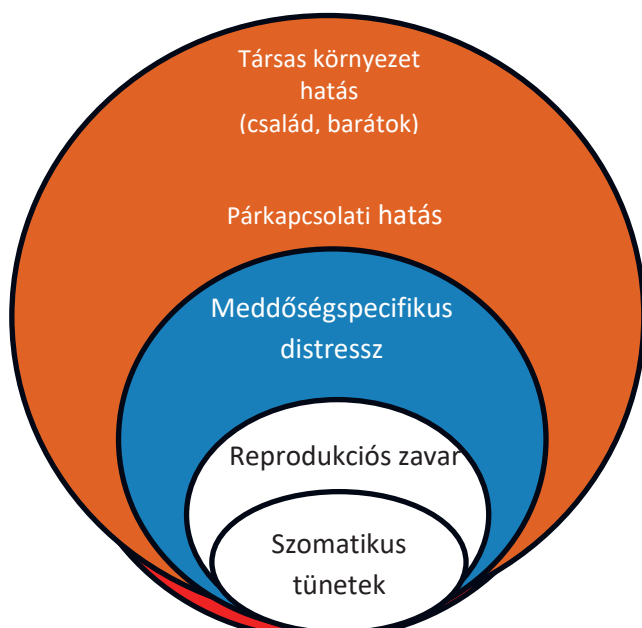
A meddőségelmélet következő modellje már nem ok-okozati, ún. lineáris viszonyt feltételez, hanem oda-vissza ható folyamatokat, ún. cirkuláris okságot. A modell alapja, hogy a meddőségi élethelyzet meddőségspecifikus distresszt okoz. A továbblépés, hogy ez a distressz a HPA-HPG tengelyek mentén visszahat a szaporító szervrendszerre és pl. IVF kezelések sikerességére is, megerősítve a meddőségi állapotot (Wischmann, 2003; Pápay, 2022). A modellben a korábbiakon felül szerepet kap a meddőségben szenvedő egyén pszichológiai támogatása is. Ezt az elméletet már sokkal komplexebben kutatták, longitudinális vizsgálatok is készültek (Lakatos et al., 2014).



4. ábra. Cirkuláris modell (Forrás: Lakatos et al., 2014)

Pszichoszociális kontextus megközelítés

A legkomplexebb modell, ami a korábbiakon felül figyelembe veszi az egyén társadalmi beágyazottságát is. A szinterek kiindulnak az egyéntől majd párkapcsolaton, közeli, tágabb családon túl, figyelembe veszi a kollégák, társas támogató csoportok, mesterséges reprodukciós intézmények dolgozói és **legtágabban a** társadalom politikai, vallási és kulturális kontextusait is és visszahatásukat az egyénre és a meddőségi helyzetre (Lakatos et al., 2014; Pápay, 2022). Mind a pszichogén, mind a stresszelmélet – azok meghaladottsága ellenére – még mindig népszerű a Magyarországon meddőséggel foglalkozó segítő szakemberek és a laikus média által közölt cikkek körében is. Ezek jelentősen befolyásolják a közvéleményt, amelyet a saját kutatási eredményeim is alátámasztanak.



5. ábra. Pszichoszociális kontextus megközelítés (Forrás: Lakatos et al., 2014)

A kutatás

A kutatás célkitűzése

Kvantitatív kutatásom egyik célja volt, hogy megismerje, hogy vajon a közvélemény az orvosi okokon túl milyen további (pszichés) okokat valószínűsít az orvosi okú, illetve az ismeretlen eredetű meddőség hátterében, különös tekintettel a női és a férfi meddőség különbségeire. A másik célkitűzésnek pedig azt választottam, hogy kiderítsem, vajon a közvélemény nagyobb eséllyel tulajdonít pszichés okokat ismeretlen eredetű meddőségben, mint ahol ismert az ok, illetve, hogy női eseteknél ez a különbség még látványosabb a férfiakhoz képest.

Módszertan

Módszer, minta

A minta abból a célpopulációból került ki, melynek tagjai elmúltak 18 évesek és elfogadták a beleegyező nyilatkozatot. Google Form kérdőívem terjesztéséhez online felületeken a hólabda módszert választottam: e-mailen és a közösségi médiában küldtem ki

a kérdéseket az ismerőseimnek, illetve különböző csoportokban közzétettem a kérdőív linkjét és megosztásokat is kértem. A kérdőív felmérte a válaszadó nemét, korát, illetve a meddőségben való múltbéli vagy jelenlegi érintettségét. A kutatás 2024. szeptember 27. és október 31. között zajlott.

A kérdőív elején a válaszadóval az alábbi etikai szempontokat ismertettem, melyekhez beleegyező nyilatkozatát kértem és csak ezeket a válaszokat használtam fel az elemzésben.

Etikai megfontolások

A kérdőív bevezetéseként a válaszadó az etikai megfontolásokról tájékoztatást kapott (ld. Melléklet. Kérdőív).

A mérőeszközök bemutatása

A kérdőívet és a lentebb megfogalmazott hipotéziseket a szakirodalom és a laikus médiában talált írások alapján állítottam össze. Négy meddő esetet mutatok be röviden, akiknél a meddőség hátterében álló lehetséges okokat kellett a válaszadónak értékelni 7 fokozatú Likert skálán (1 – egyáltalán nem valószínű, 7 – teljesen valószínű). Azért választottam ezt a módszert, mert így egy laikus jobban megérti a különbséget a különböző meddőség-típusok között, mintha direktben rákérdeztem volna.

1. Orvosilag meddő nő – Anna 36 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Annánál két hónappal ezelőtt endometrióziist diagnosztizáltak. Anna azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

2. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő – Petra 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Három hónapja járt meddőségi specialistánál, aki nem talált orvosi okot a meddőség mögött. Petra szeretné jobban körüljárni a témát.

3. Orvosilag meddő férfi – Péter 38 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Péternél két hónappal ezelőtt here-visszértágulatot diagnosztizáltak. Péter azonban szeretné jobban körüljárni a témát

4. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi – Miklós 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Miklós elment meddőségi specialistához, aki nem talált semmilyen orvosi okot. Miklós azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

Első körben öt „alapokot” (1. további orvosi ok; 2. pszichés ok; 3. környezeti hatásból eredő ok; 4. nem megfelelő életmódból eredő ok; 5. egyéb ok) kérdeztem le, majd a női eseteknél tizenhárom „pszichés okot”(1. anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya;

2. stressz; 3. elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban; 4. nem kielégítő a párkapcsolat; 5. szülői szereptől való félelem; 6. várandósságtól/szüléstől való félelem; 7. jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek; 8. felnőttkori feldolgozatlan veszteségek; 9. nőiséggel való identitásproblémák; 10. depresszió, szorongás megléte; 11. gyermekkori trauma; 12. kötődés hiánya; 13. tanulmányok/karrier előtérbe helyezése) kérdeztem le. A férfi eseteknél az öt „alapok” után pedig tizenkét pszichés okot (1. anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya; 2. stressz; 3. elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban; 4. nem kielégítő a párkapcsolat; 5. szülői szereptől való félelem; 6. jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek; 7. felnőttkori feldolgozatlan veszteségek; 8. férfiassággal való identitásproblémák; 9. depresszió, szorongás megléte; 10. gyermekkori trauma; 11. kötődés hiánya; 12. tanulmányok/karrier előtérbe helyezése) teszteltem.

Az öt alapokhoz adalékot *Rouchou és Forde (2015)* kérdőíve adott, míg a pszichés okok megjelenítéséhez a szakirodalomban és a laikus médiában talált pszichés tényezők adták az alapot.

Az adatok statisztikai elemzése pedig lehetővé teszi az alábbi hipotézisek tesztelését.

1. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az orvosilag meddő nőknél.

2. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az orvosilag meddő férfiaknál.

3. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál.

4. A meddőségre vonatkozó további lelki okokat is szignifikánsabban valószínűbbnek gondolják ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőknél, mint az orvosilag meddő nőknél.

5. A meddőségre vonatkozó további lelki okokat is szignifikánsabban valószínűbbnek gondolják ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál, mint az orvosilag meddő férfiaknál.

6. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők esetében a nem meddők szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddőséggel valaha érintettek.

7. Ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiak esetében a nem meddők szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddőséggel valaha érintettek.

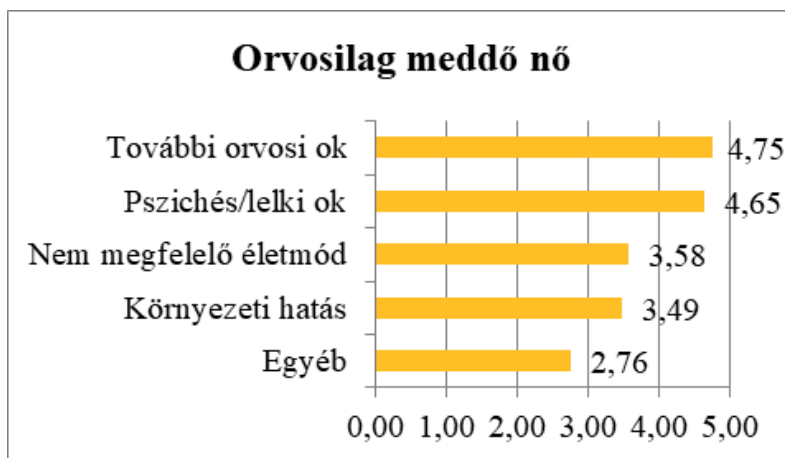
A hipotézisek tesztelésénél a mintákban az egyes alcsoportok összehasonlításában a szignifikancia kimutatására a normáeloszlás sérüléséből adódóan nemparametrikus tesztet alkalmaztam, nevezetesen a legtöbb esetben a Wilcoxon előjeles rang tesztet, két esetben pedig a Mann–Whitney-tesztet.

Eredmények

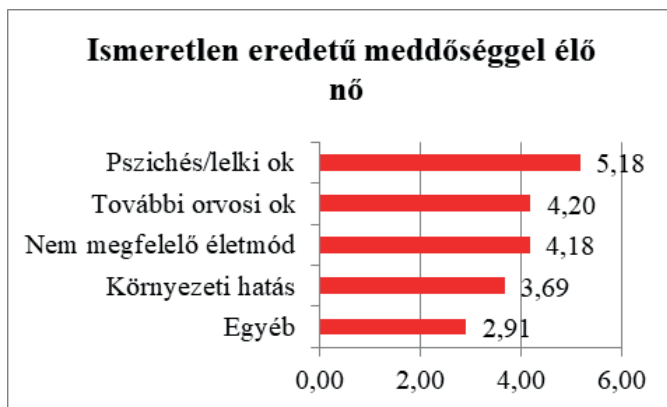
143 válasz érkezett, túlnyomó részben nők (92%) válaszoltak és nagyjából minden korcsoport megjelent.

Két alcsoport különül el statisztikailag már megfelelő elemszámmal, a meddőségben valamikor érintett (92 fő) és a nem érintett (51 fő) válaszadók.

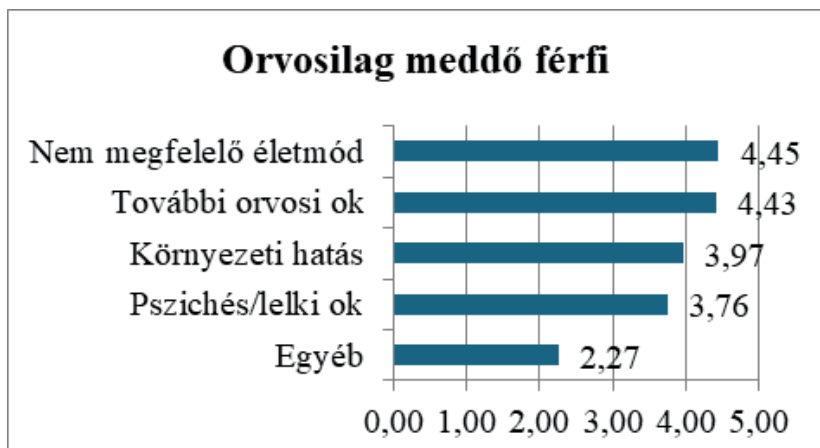
A különböző meddőségek hátterében a válaszadók az okok alábbi sorrendjét valószínűsítik:



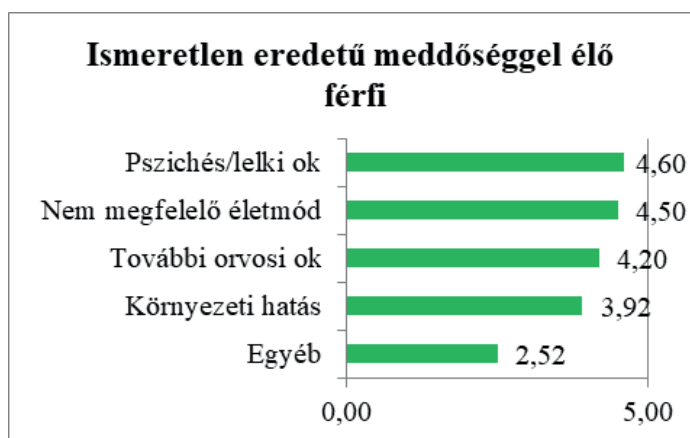
6. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



7. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



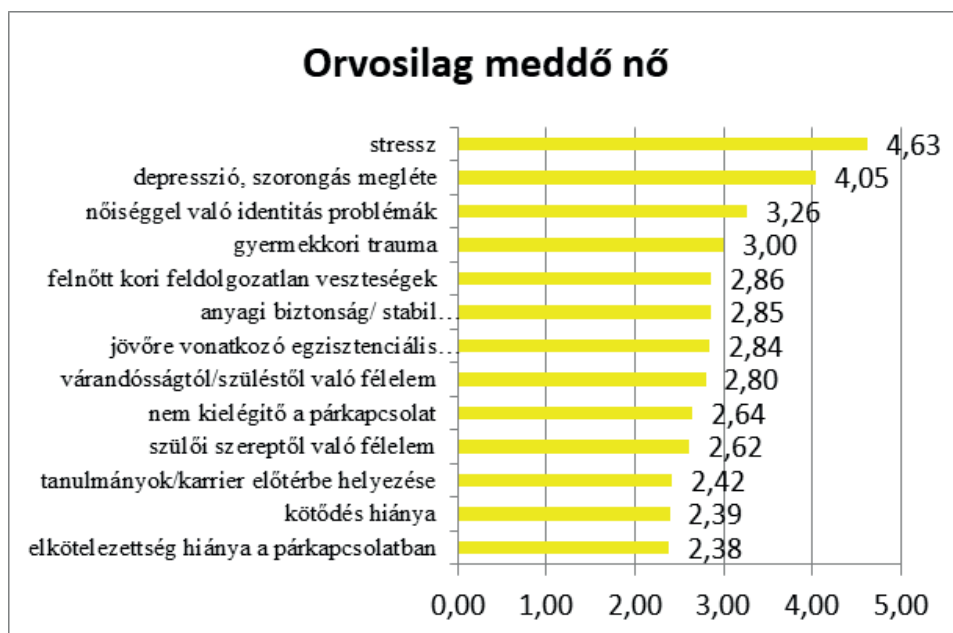
8. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



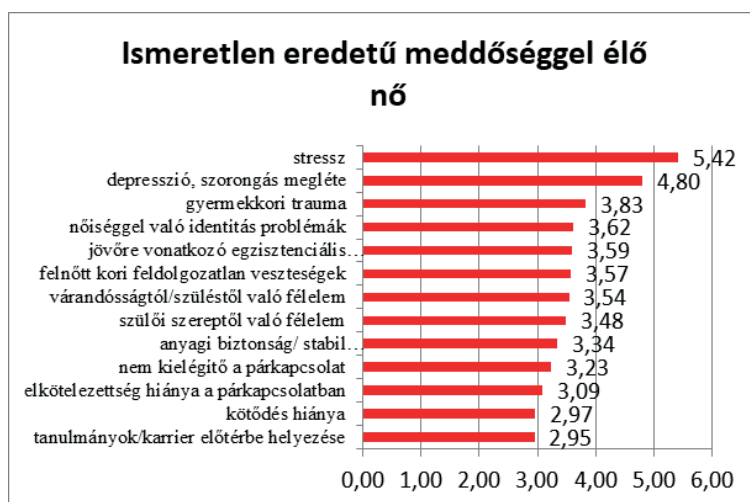
9. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz

Jól látszik, hogy az ismeretlen eredetű eseteknél a pszichés tényezőt tették első helyre a válaszadók. Érdekes, hogy ennek ellenére a biológiailag meddő női esetben is a pszichés ok a vezető okok között található, míg a biológiailag meddő férfinél a pszichés ok teljesen hátra sorolódik. Mindkét férfi esetben pedig az életmódtényezők is hangsúlyosak.

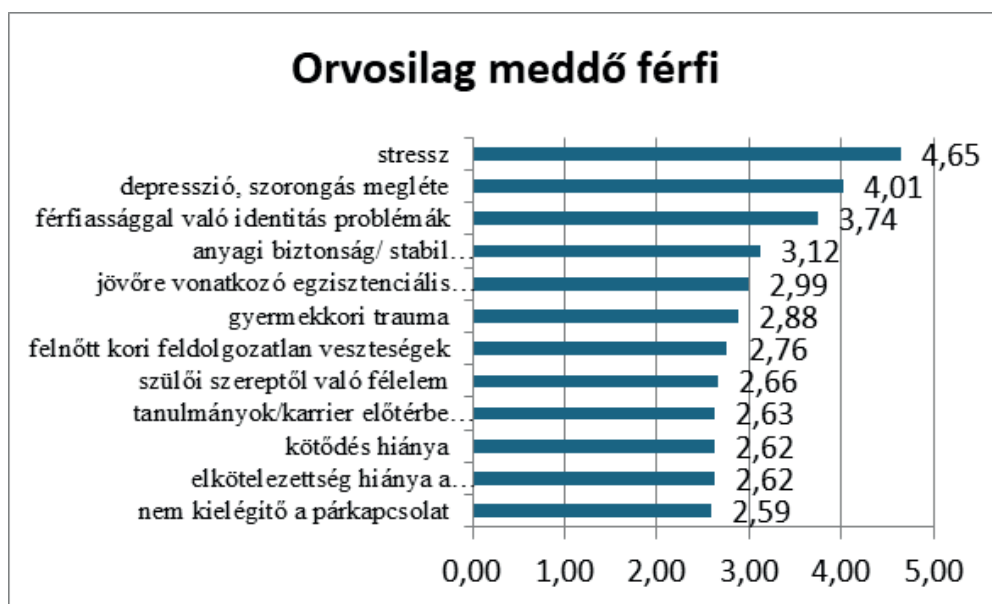
Amikor a további pszichés okokra rákérdeztem, az egyes meddőségtípusoknál az alábbi sorrendeket kaptam.



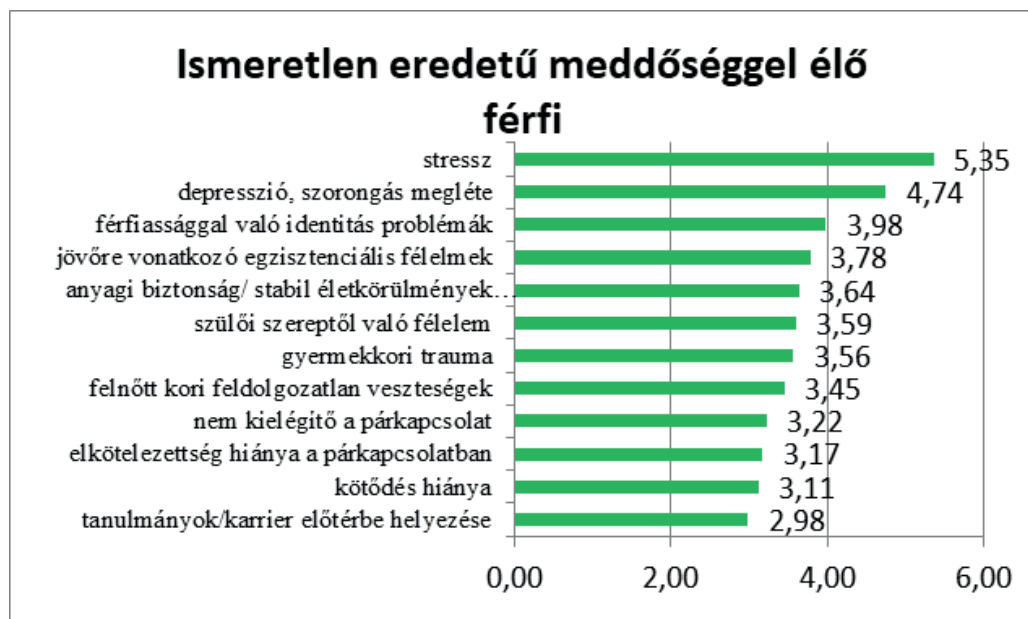
10. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett pszichés okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



11. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



12. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Súlyozott átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz



13. ábra. Az egyes meddőségtípusokban feltételezett okok. Súlyozott átlagértékek a 7-es Likert-skála alapján – összes válasz

Az összes esetben a stressz, illetve a depresszió, szorongás megléte a legfőbb „bűnbak”. A nők esetében további vezető lelki ok a nőiséggel való identitásproblémák és a gyermekkori traumák, míg a férfiaknál az identitásproblémák, illetve az egzisztenciális félelmek a meghatározóak.

A hipotézisek tesztelése

A hipotéziseim tesztelése további érdekes eredményeket hozott.

1. hipotézis: Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Annánál (orvosilag meddő nő).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Anna: $W(143) = 0,923$; $p = 0,000$; Petra: $W(143) = 0,839$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a minta eloszlása Petra esetén szignifikánsan laposabb a normál görbénél ($Z = 0,307$) és szignifikánsan negatív irányban ferde ($Z = 5,182$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez. A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint az orvosilag meddő nőnél ($T = 1055,5$; $Z = -3,815$; $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,319$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

2. hipotézis: Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Péternél (orvosilag meddő férfi).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Péter: $W(143) = 0,915$; $p = 0,000$; Miklós: $W(143) = 0,914$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a ferdeség és csúcosság is szignifikáns eltérést mutat a normál eloszlástól ($Z = 4,039$ és $Z = -2,532$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez.

A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint az orvosilag meddő férfinál ($T = 761,5$; $Z = -5,746$; $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,481$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

3. hipotézis: Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő) szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek pszichés okokat, mint Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi).

A hipotézis teszteléséhez összefüggő mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül sem a Shapiro–Wilk-teszt alapján (Petra: $W(143) = 0,839$; $p = 0,000$; Miklós: $W(143) = 0,914$; $p = 0,000$), sem a Z-tesztek alapján, mivel a ferdeség és csúcsosság is szignifikáns eltérést mutat a normál eloszlástól ($Z = 5,182$ és $Z = -2,532$).

Ezért *nemparametrikus próbát*, nevezetesen a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam a hipotézis teszteléséhez. A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján Petránál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeznek lelki okokat, mint Miklósnál ($T = 647$; $Z = -4,773$, $p = 0,000$ (2-tailed) $r = -0,399$), tehát a *hipotézis beigazolódott*.

4. hipotézis: A meddőségre vonatkozó további lelki okok is szignifikánsabban valószínűbbek Petránál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő nő), mint Annánál (orvosi-lag meddő nő)

Az előző hipotézisek tesztelése alapján már tudjuk a mintáról, hogy az előfeltételek nem teljesülnek, ezért ennél a hipotézisnél is a *Wilcoxon előjeles rangtesztet* alkalmaztam.

A *Wilcoxon* előjeles rangteszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételezik a „női identitásprobléma” kivételével az összes lelki okot, mint az orvosilag meddő nőnél, tehát a *hipotézis a lelki okok többségénél beigazolódott*.

5. hipotézis: A meddőségre vonatkozó további lelki okok is szignifikánsabban valószínűbbek Miklósnál (ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi), mint Péternél (orvosilag meddő férfi).

Az előfeltételek sérülése miatt ismét Wilcoxon előjeles rangtesztet alkalmaztam. A Wilcoxon előjeles rangteszt eredményei alapján Miklósnál szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételezik az összes lelki okot, mint Péternél, tehát a *hipotézis beigazolódott*.

6. hipotézis: Petra esetében a nem meddő válaszadók szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddők.

A hipotézis teszteléséhez független mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül a Shapiro–Wilk-teszt alapján (meddő: $W(92) = 0,847$; $p = 0,000$; nem meddő: $W(51) = 0,823$; $p = 0,000$), ezért nemparametrikus próbát alkalmaztam, nevezetesen a Mann–Whitney-tesztet. A tesztválasztást indokolja, hogy különbséget várok a két minta között, mert azt várom, hogy a meddők nagyobb tudással rendelkeznek, mint a nem meddők.

A Mann–Whitney-teszt eredményei alapján az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél gondolt lelki okok mértékében *nem találtam szignifikáns különbséget* a meddők és nem meddők csoportja között ($U = 2161$; $Z = -0,802$; $p = 0,422$ (2-tailed); $r = -0,067$), tehát nem mondható el, hogy a meddő válaszadók szignifikánsan kevésbé valószínűnek gondolják a lelki okot, mint a nem meddők.

A részletes statisztikai elemzés megtalálható a Szerző szakdolgozatában (Szűcs-Kádas 2024).

7. hipotézis: Miklós esetében a nem meddő válaszadók szignifikánsan valószínűbbnek gondolják a lelki okot, mint a meddők.

A hipotézis teszteléséhez szintén független mintás t-próbát alkalmaztam. A teszt előfeltételei közül a normalitás feltétele nem teljesül a Shapiro–Wilk-teszt alapján (meddő: $W(92) = 0,921$; $p = 0,000$; nem meddő: $W(51) = 0,896$; $p = 0,000$), ezért nemparametrikus próbát alkalmaztam, nevezetesen a Mann–Whitney-tesztet. A tesztválasztást ismét az indokolja, hogy Miklós esetén is különbséget várok a két minta között, mert azt várom, hogy a meddők nagyobb tudással rendelkeznek, mint a nem meddők.

A Mann–Whitney-teszt eredményei alapján a Miklósnál vélt lelki okoknál nem találunk *szignifikáns különbséget a két csoport között* ($U = 1984$; $Z = -1,549$; $p = 0,122$ (2-tailed); $r = -0,130$), tehát a *hipotézis nem igazolódott be*, mivel az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfi esetében a meddő válaszadók nem tartják szignifikánsan kevésbé valószínűnek a lelki okot, mint a nem érintettek.

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Hipotéziseim többsége arra vonatkozott, hogy az ismeretlen eredetű meddőség mögött, legyen az női vagy férfi, a közvélemény elsősorban pszichés okokat sejt. Az első helyen végzett a pszichés ok, tehát ez beigazolódott, tehát látszik, hogy mennyire mélyen él ez a gondolkodás. Az sem meglepő, hogy a biológiai meddő nők esetében a pszichében is

keresték a választ, míg a férfiaknál ez sokkal kevésbé merült fel. Véleményem szerint ez előítélet a nőkkel szemben, miszerint őket jobban befolyásolják az érzelmeik, mint a férfiakat, és ez akár testi szinten is megjelenik. Fontos megjegyezni, hogy a férfiak esetében az életmódbeli tényezőket (nem megfelelő életmód) előre sorolták a válaszadók, tehát ez visszatükrözi a tudomány mai állását.

Ha részleteiben néztük meg a potenciális pszichés okokat, akkor azt találtam, hogy bár a sorrend nem teljesen azonos sem a két női, sem a két férfi esetet összevetve, nem meglepő, hogy a stressz, illetve a szorongás és depresszió előkelő helyen van az okok között. A stresszt sok mindenért hibáztatjuk, és azt valóban tudjuk, hogy a meddőség esetében rizikófaktor, különösen, ha emiatt romlik az egészségmagatartás (Szigeti, 2023). A nőknél előtérbe kerültek az identitásproblémák, ami releváns érzés a nők részéről, mivel mélyen beágyazott társadalmilag, hogy az anyaság hozzátartozik a női identitáshoz (Szalma, 2021, Szalma, 2022 idézi Tanács, 2024). Ezt a közhiedelmet támasztja alá az ún. bűnösség-elmélet (Nagy, 2022, Őri, 2019, Pápay & Gellért, 2015 idézi Tanács, 2024), ami a terméketlenséget a nő felelősségének állította be évezredek óta, és a pszichogén elméletekben is ebből indultak ki (Pápay & Gellért 2015, Sewall & Burns, 2006 idézi Tanács, 2024). Pedig éppen ellenkezőleg alakul az összefüggés, a meddőségi állapot következménye a nőiség identitászavara (Lakatos et al., 2014; Kikendall, 1994 idézi Pápay, 2022).

A férfiassággal való identitásproblémák a harmadik helyen végeztek a férfi esetekben. Ennek oka hasonló lehet, mint a nőknél, hogy azt feltételezik, hogy ha pl. a férfi megijed az apaszereptől (Fassino et al., 2002), akkor ez meddőséget okozhat, pedig itt is arról van szó, hogy a férfi, ha reprodukciós zavarral küzd, alapvetően megrendül a férfiasságába vetett hite (Shangold & Schreiber, 1988 idézi Pápay, 2022). Szalma kutatásaiban azt ismerteti, hogy a magyarok 67%-ban egyetértettek azzal az állítással, hogy „egy férfinak szüksége van a gyermekre a teljes élethez” (Szalma 2019, Szalma 2020 idézi Tanács, 2024). Másik lehetséges ok, hogy zömében nők töltötték ki a kérdőívet, akik eleve kézenfekvően valószínűsítették ugyanazt a lelki okot, mint a saját nemüknél.

Az anyagi biztonság, egzisztenciális félelmek az összes esetben a negyedik, ötödik helyen végeztek. Ez összefüggésben állhat azzal az általános ténnyel, hogy a gyermekvállalás kitolódik időben (Pápay, 2022), mert a párok részben az anyagiak megalapozását helyezik a gyermekvállalás elé és így elképzelhető, hogy végül kiesnek a biológiai ablakból (Aassink 2017).

A hipotézisek tesztelésénél az első két hipotézis eredménye nem meglepő, hogy mind az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél és férfinál szignifikánsabban esélyesebbnek tartják a lelki okokat a meddőség hátterében, mint az orvosi eredetű meddőséggel élő nőnél, illetve az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál szintén szignifikánsabban valószínűbbnek tartják a pszichés okokat a meddőség hátterében, mint az orvosi eredetű meddőséggel élő férfinál.

Számomra az sem meglepő, hogy az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szignifikánsan nagyobb eséllyel feltételeztek pszichés okokat, mint az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfinál. A pszichogén szakirodalom szinte kivétel nélkül nőket vizsgált (Greil, 1997), és az utóbbi évek médiatartalmainak (Szűcs-Kádas, 2025) elemzése is azt mutatta, hogy főként női okokat emlegetnek.

Ha részleteiben nézzük az esetleges lelki okokat a két női esetet összehasonlítva, az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőnél szinte az összes pszichés tényezőt valószínűbbnek gondolták a meddőség hátterében, mint az orvosilag meddő nőnél, annak ellenére, hogy az okok sorrendje nem azonos a két esetben (ld. 10. és 11. ábra). Az orvosilag meddő nőnél az egyetlen lelki ok, ami szignifikánsan magasabb értéket kapott az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nőhöz képest, az a női identitás megélésének problematikája. A magyarországi hozzáállás a gyermektelenséghez nem igazán elfogadó, az alapvélekedés szerint egy nő nem élhet teljes életet gyermek nélkül (Tanács, 2024). Mindez tehát húsba vágó egy endometriózisban szenvedő nőnél, aki valószínűleg magát hibáztatja az állapotáért, mivel az esetek egy részében ez az állapot teljesen elzárja a nőt a biológiai anyaság megélésétől (Pálla, 2023).

A férfi eseteket összehasonlítva beigazolódott az a hipotézis, hogy az ismeretlen eredetű meddőséggel élő férfiaknál az összes pszichés okot valószínűbbnek gondolják a válaszadók, mint az orvosilag meddőknél. Szakirodalmi magyarázat itt nem releváns, mert a pszichogén megközelítéseknél szinte kivétel nélkül nőkre vonatkoztak az elemzések. Feltételezhető azonban, hogy a nagyszámú női válaszadók itt szintén ugyanabban a sémában gondolkodtak, mint a női eseteknél, és ebből is végképp nyilvánvaló, hogy mennyire erősen él a közgondolkodásban a pszichológiai tényezők meghatározó szerepe.

A 6-os és 7-es hipotézis arra vonatkozott, hogy különbség lesz-e a lelki okok valószínűségének megítélésében az ismeretlen eredetű meddőségi eseteknél azon kitöltők válaszaiban, akik érintettek a meddőséggel, mint azokéban, akik nem. A feltételezés arra irányult, hogy az érintettek jobban utánajártak az állapotukat magyarázó, illetve körülvevő jelenségeknek, meddőségi szakemberhez fordultak és ezért magasabb tudásszinttel rendelkeznek az állapotukról, mint azok, akik csak laikus médiát olvasnak vagy a környezetükben lévő esetekről hallanak, és azokból vonnak le következtetéseket. Ezt a feltevést támasztotta alá az a jelenség is, hogy amikor a hólabda módszerrel a kérdőívet meddőséggel érintettek csoportjaiban megosztottam, felháborodott kommenteket kaptam egy-két csoporttagtól, miszerint „mennyire dilettáns és káros azt feltételezni, hogy a meddőség mögött pl. gyermekkori trauma áll”. Az érintett és nem érintett válaszadók válaszátlagai magasabbak voltak mindkét esetben, de a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. *Nem állítható tehát, hogy a meddőségben érintett válaszadók nagyobb része tudná, hogy a meddőségnek nincs tudományosan bizonyíthatóan lelki oka.*

Mind a laikus médiában, mind a szolgáltatóknál és a közvéleményben fellelhető erős, a meddőség lelki okaival kapcsolatos hiedelem háttérében állhat az is, hogy a *fejekben keveredik a meddőség a gyermektelenség* fogalmával annak ellenére, hogy a kérdőívben célzottan a nehezített gyermekvállalás szóösszetételt használtam a meddőség helyett. Mivel az önkéntelen gyermektelenség háttérében a meddőség is áll mint oki tényező, talán ez is magyarázhatja azt. A gyermektelenség mögött pedig ténylegesen állnak olyan pszichés tényezők, mint amilyeneket a meddőség háttérében feltételez a közvélemény, mint pl. a gyermekkori trauma (családon belüli erőszak), a meglévő párkapcsolattal való elégedetlenség, illetve a szülői szereptől való félelem (Maier, 2009 idézi Nagy 2023).

Összességében elmondható, hogy nagyon sok pszichoeducációs munka várhat még magára, hogy a meddőséggel kapcsolatban minél gyakrabban hiteles információ jusson el az érintettekhez azért, hogy az amúgy is magas meddőségspecifikus stressz csökkenjen az oki gondolkodás következtében fellépő önvád és áldozathibáztató hozzáállás megszűnésével (Angster, 2021). A gyermekre vágyók így jobban tudnának arra fókuszálni, hogy bizonyítottan hatékony, pl. test- és lélekterápiákkal (Szigeti, 2023) javítsanak a megküzdési képességükön, a lelkiállapotuk javuljon, és akár a megfogadás is megtörténhessen (Domar et al., 2000).

Limitációk

A kutatásnak az eredményei mellett korlátai is voltak. A mintavételnek nem volt célja, hogy statisztikailag reprezentatív legyen, és a végeredmény sem lett az. Az online adatfelvétel miatt további torzítás lehet az adatokban, mert azok nem válaszolhattak, akik nem rendelkeztek internetes hozzáféréssel. A válaszokat tovább torzította, hogy nagyon kevés férfi válaszadót talált meg a kérdőív. Valahol ez is mutatja, hogy a téma még mindig a nőket foglalkoztatja jobban. A kérdőívben nem hagytam lehetőséget, hogy spontán válaszokat adjanak a meddőség lehetséges okaira, ezért elképzelhető, hogy ez a válaszadókat befolyásolta abban, hogy elfogadták a felsorolt okok, pl. a pszichés okok létezését is. A meddőség lehetséges okai közül kimaradt a kor mint a termékenységét jelentősen befolyásoló faktor. Mivel azonban a példákban 36 év körüli esetek szerepeltek, ahol a termékenység még kb. 70%-ban adott (Bernard & Krizsa idézi Pápay, 2022), ezért nem gondoltam, hogy ez fontos változó lenne. Ezeken túlmenően elképzelhető, hogy még árnyaltabb képet kapok, ha arra is rákérdezek, hogy mit gondolnak a válaszadók arról, hogy a meddőség következtében is kialakulhatnak pszichés problémák.

Továbbfejlesztési lehetőségek

Azt gondolom, hogy érdemes lenne legalább a férfi nemi arányokat reprezentatívvá tenni egy ilyen kutatásban. Mivel jól látszik, hogy a tévhitek milyen mélyen gyökereznek a köztudatban, a kérdőív kiegészülhetne pszchoeducációval a meddőség pszichés vonatkozásairól, esetleg egy jól megírt cikkel, aminek olvasása után egy héttel le lehetne mérni a válaszadóknak a meddőség lelki összefüggéseivel kapcsolatos tudásának változását. A további edukáció érdekében pedig érdemes lenne rákérdezni, illetve sugallni az érintetteknél, hogy hol és kitől kapnának ebben a témában hiteles információt.

IRODALOM

- Aasink, J. (2017). The delayed transition to parenthood: Economic factors and fertility decisions. *Demographic Research*, 36, 947–978.
- Angster, M. (2021). *Babátörténetek*. Ursus Libris Kiadó, Budapest.
- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertility & Sterility* 3(6), 527–541.
- Christie, G. L. (1994). The psychogenic factor in infertility. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(3), 378–390.
- Cwickel, J., Gidron, Y. & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(2), 126–131.
- Domar, A., Clapp, D., Orav, J., Slawsky, E., Kessel, B. & Freizinger, M. (2000). The impact of Group Psychological Intervention on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568–575.
- Fassino, S., Garzaro, L., Peris, C., Amianto, F., Pieró, A. & Abbate Daga, G. (2002). Temperament and character in couples with fertility disorders. *Fertility & Sterility*, 77(6), 1233–1240.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679–1704.
- Justo, J. M. R. M. & Moreira, J. M. (2003). Attachment style and infertility of unknown biological cause. An elusive relationship? Poszter a European Health Psychology Association 17. nemzetközi konferenciáján. Görögország, Kos, 2003. szeptember 24–27.
- King, R. B. (2003). Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Social Science and Medicine*, 56(4), 739–751.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – A nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(5), 677–682.
- Lakatos, E., Pápay, N., Ádám, Sz. & Balog, P. (2014). *Paradigmák a meddőség értelmezésében*. http://repo.lib.sem-melweis.hu/bitstream/handle/123456789/2009/Meddoseg_20140523_

- Piroska_VEGLEGESEniko_20140524__1_u.pdf?sequence=1 (Utolsó megtekintés: 2026. június 6.)
- Nagy B. M. (2023). A gyermektelen életpálya pszichológiai kihívásai. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Pála P. (2023). A humán reprodukció rendellenességei. Előadás. *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Pápay N. (2022). A meddőség alapfogalmai és pszichológiai modelljei. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. 2. félév* (pp. 99–154). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Rouchou, B. & Forde, M. (2015). Infertility knowledge, attitudes, and beliefs of college students in Grenada. *Science Journal of Public Health*, 3(3), 357–359.
- Szigeti F. J. (2023). A meddőség pszichoszociális terápiás lehetőségei. In Homokiné Hollósi C. (szerk.) *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. Mentálhigiénés modul* (pp. 91–155). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Szkodziak, F., Krzyżanowski, J. & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 1–13.
- Szücs-Kádas E. (2024). A meddőség lelki okai c. szakdolgozat. Apor Vilmos Katolikus Főiskola.
- Tanács, E. (2024). A gyermektelen életpálya pszichológiai kihívásai. Előadás *Reproduktív egészségfejlesztés és meddőségi szaktanácsadás. Mentálhigiénés modul*. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic Infertility –Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485–494.

MELLÉKLET

Kérdőív

Nehezített gyermekvállalás –2 nő és 2 férfi egyszerű esete

4 egyszerű eset, ugyanazzal a kérdéssorral, ismétlődő kérdésekkel – nem sok!

TÁJÉKOZTATÓ NYILATKOZAT

Tisztelt Kitöltő!

Szűcs-Kádas Eszter vagyok, végzős reprodukciós egészségfejlesztő és meddőségi szaktanácsadó hallgató, az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán és a szakdolgozatomhoz készülő kutatás során, melynek témavezetője Dr. Soltész Krisztina, a nehezített gyermekvállalás okait vizsgáljuk. A kutatás célja feltárni, hogy mit gondol a közvélemény az önkéntelen gyermektelenség okairól.

A kutatásban való részvétel **teljesen anonim és önkéntes**, káros következménye nincs.

A kutatást bármikor indoklás nélkül akár végleg is megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja. A kutatásban történt részvételért anyagi javadalmazás nem jár. Mivel a kérdőív adatai szakdolgozati kutatáshoz járulnak hozzá, ezáltal a kérdőív kizárólag adatgyűjtésként szolgál, nem minősül diagnosztikus eljárásként, valamint személyi visszajelzésre sem tudunk lehetőséget biztosítani.

A kutatás során egy **online kérdőív kitöltésére** kérjük, amely **maximum 10 percet** vesz igénybe. A kérdések megválaszolásakor igyekezzon első megérzésére hagyatkozni, hiszen nincsenek jó vagy rossz válaszok, a saját érzéseire, választásaira vagyunk csak kíváncsiak. Tájékoztatjuk, hogy szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás során gyűjtünk. A kutatás során nyert adatokat **név nélkül összegezzük**, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg. A kutatás eredményéről orvosi jellegű zárójelentés nem készül.

Köszönettel:

Szűcs-KádasEszter

További kérdés esetén keressenek bizalommal az alábbi e-mail címen:

szucs-kadas.eszter@avkf.hu

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy Szűcs-Kádas Eszter, az Apor Vilmos Katolikus Főiskola reprodukciós és meddősségi szaktanácsadó hallgatójának szakdolgozatához készülő kutatásban önként veszek részt. A kutatás jellegéről annak megkezdése előtt megfelelő tájékoztatást kaptam. További kérdésem nincs. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kutatás során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek. Fenntartom a jogot arra, hogy a kutatás során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell. Tudomásul veszem, hogy a kutatás eredményéről külön orvosi jellegű zárójelentés, külön egyéni jelentés, összesség nem készül. Kijelentem, hogy 18 éves elmúltam, a kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek.

A kutatásban a részvételt vállalom (bejelöléssel jelölendő)

*

- igen
- nem

Demográfiai adatok

Az Ön neme:

- Nő
- Férfi

Az Ön kora:

- 18-25
- 26-36
- 37-50
- 50+

Küzd(ött)-e Ön nehezített gyermekvállalással?

- Igen
- Nem

Az űrlap alja

ESETEK

1. Anna 36 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Annánál 2 hónappal ezelőtt endometriózt diagnosztizáltak. Anna azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

2. Petra 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. 3 hónapja járt meddőségi specialistánál, aki nem talált orvosi okot a meddőség mögött. Petra szeretné jobban körüljárni a témát.

Az esetekhez az alábbi kérdőívet csatoltuk:

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Anna és Petra esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- További orvosi ok
- Környezeti hatásból eredő ok (pl. környezeti szennyezés, sugárzás)
- Nem megfelelő életmódból eredő ok (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, túlzott sport)
- Pszichés / lelki ok (pl. párkapcsolati nehézség, stressz, gyerekkori traumák)
- Egyéb ok (pl. Mindenható akarata, spirituális)

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Anna és Petra esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- szülői szereptől való félelem
- jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek
- elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban
- felnőtt kori feldolgozatlan veszteségek
- gyermekkori trauma
- várandósságtól / szüléstől való félelem
- nem kielégítő a párkapcsolat
- kötődés hiánya
- stressz
- depresszió, szorongás megléte
- nőiséggel való identitásproblémák
- anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya
- tanulmányok / karrier előtérbe helyezése

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

ESETEK

3. Péter 38 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Péternél 2 hónappal ezelőtt here visszártágulatot diagnosztizáltak. Péter azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

4. Miklós 37 éves, párjával három éve aktívan próbálkoznak gyerekvállalással, sikertelenül. Miklós elment meddőségi specialistához, de nem talált semmilyen orvosi okot. Miklós azonban szeretné jobban körüljárni a témát.

Az esetekhez az alábbi kérdőívet csatoltuk:

Az alábbi okokat mennyiben tartja valószínűnek Péter és Miklós esetében?

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!*

- További orvosi ok
- Környezeti hatásból eredő ok (pl. környezeti szennyezés, sugárzás)
- Nem megfelelő életmódból eredő ok (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, túlzott sport)
- Pszichés / lelki ok (pl. párkapcsolati nehézség, stressz, gyerekkori traumák)
- Egyéb ok (pl. Mindenható akarata, spirituális)

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje egy 7 fokozatú skálán az alábbiak szerint (1 = egyáltalán nem valószínű, 7 = legvalószínűbb)!

- szülői szereptől való félelem
- jövőre vonatkozó egzisztenciális félelmek
- elkötelezettség hiánya a párkapcsolatban
- felnőtt kori feldolgozatlan veszteségek
- gyermekkori trauma
- nem kielégítő a párkapcsolat
- kötődés hiánya
- stressz
- depresszió, szorongás megléte
- férfiasággal való identitás problémák
- anyagi biztonság / stabil életkörülmények hiánya
- tanulmányok / karrier előtérbe helyezése

*A kérdéshez soronként egy válasznak kell tartoznia!

Lezárás

Köszönjük, hogy időt szánt a kutatásomra!

Szűcs-Kádas Eszter