

Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskola



**Paramedikális tanácsadás hatása a meddő férfi betegek
megküzdési stratégiáira és az ellátással való elégedettségére**

Ph.D. tézis összefoglaló

Szatmári Angelika

Témavezető:

Helembai Kornélia, CSc, Ph.D.

Szegedi Tudományegyetem

Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

Szeged, 2020

BEVEZETÉS

A meddőség definíciójának több megközelítése (biomedikális, pszichoszociális) létezik, legtöbbször a meddőséget orvosi szempontból és a női test, terhesség létre nem jöttének szemszögéből vizsgálja (Lakatos, et al., 2014). A WHO definíciója kisebb módosításokkal több, mint egy évtizede elfogadott, mely szerint: „a meddőség a reprodukív rendszer betegsége, mikor a terhesség 12 hónap rendszeres védekezés nélküli szexuális együttlét ellenére sem jön létre.” Mivel az utódnemzés mind egyéni, mind társadalmi szempontból kulcsfontosságú, az ezen a téren tapasztalt nehézség komoly pszichés terhet róhat a meddő pár mindkét tagjára (Chiaffarino, et al., 2011; Kahyaoglu & Balkanli, 2015). A fejlett országokban a párok megközelítőleg 15–20%-a szembesül az infertilitás problémakörével (Policy Audit on Fertility, 2017). Európai adatok szerint folyamatosan emelkedik azoknak a pároknak a száma, amelyek meddőségi kezelésben részesülnek, és ez a tendencia Magyarországon is megfigyelhető (Kaáli & Bártfai, 2018). Magyarországon az önkéntelenül gyermektelen párok arányát 24%-ra becsülik, minden negyedik pár meddőségi problémával küzd (Hungarian Central Statistical Office, 2014). Az infertilis párok esetében a vizsgálatok azt mutatják, hogy 50%-ban csak a férfi partner, vagy a férfi partner is érintett a meddőség kialakulásában (Jungwirth, et al., 2017). Az ismert okokon túl feltételezhetően számos életviteli és környezeti tényező is hozzájárul ehhez.

Az Európai Urológus Társaság (European Association of Urology) 2017-es férfigmeddőségi szakmai irányelvei szerint, a korszerű kórismezés és terápia hatására a gyermektelen nők aránya 3%, azon nők aránya pedig, akik nem tudnak annyi gyermeket szülni, mint amennyit szeretnének végeredményben 6% (Jungwirth, et al., 2017). A kumulatív terhességi arány 27%, 2 éves követéssel, azon meddő párok esetében, ahol a meddőség elsődleges oka oligozoospermia. A nők életkora az egyetlen olyan legfontosabb változó, amely befolyásolja az eredményt az asszisztált reprodukcióban. Összehasonlítva a 25 éves nőket a 35 évessel, a termékenységi potenciál 50%-ra, 38 évesen 25%-ra és 40 éves kor felett kevesebb, mint 5%-ra csökken. Ismert, hogy számos nyugati országban a nők elhalasztják az első terhességüket az oktatásuk befejezéséig és a karrierjük megkezdéséig (Jungwirth, et al., 2017).

A férfi infertilitás számos különböző etiológiai faktorának kizárása után is gyakran mutatkozik eltérés az egyes spermaparaméterek (spermiumkoncentráció, és mozgás, morfológiai jellemzők) tekintetében, ám ezek oki háttere még nem teljesen tisztázott, a környezetszennyezés kapcsán az endokrin diszruptorok, valamint a reaktív oxigénszabadgyökök szerepe is feltételezett.

Az Európai Urológus Társaság 2017-es férfimeddségi irányelvei szerint az ismeretlen eredetű (idiopathias) meddség az összes eset 31%-át teszi ki (Jungwirth, et al., 2017). Az ismeretlen kórereditű meddség kialakulásában és fennmaradásában a korábbi évtizedekben jelentős szerepet tulajdonítottak az egyén és/vagy a pár pszichopatológiájának, ezáltal összevonva a pszichogén és az ismeretlen eredetű infertilitást.

A meddség biopszichoszociális elméleti modellje lehetőséget ad arra, hogy a nemzőképesség hiányát ne csak orvosi szempontból, fiziológiai problémaként értelmezzük, hanem pszichoszociális jelenségként is.

Az identitás fontos része a reprodukcióra való képesség, ezért a páciensek a meddség megélését eddigi életük legnagyobb mértékű stresszel járó eseményének tartják. Az önkéntelen gyermektelenség megtapasztalásával fokozódik a szorongás, a depresszió előfordulása, ezzel párhuzamosan romlik az életminőség érzése (Cserepes, et al., 2014; El Kissi, et al., 2013).

A férfiak jelentős distresszt tapasztalhatnak, amikor szembesülnek a meddséggel, és valószínűleg a szorongás, a csökkent önértékelés és a társadalmi megbélyegzettség érzése erősebb a férfi faktoros meddségben, mint az ismeretlen eredetű vagy női faktorú meddség esetében (Furman, et al., 2010; Petok, 2015; Throsby & Gill, 2004).

A termékenységi problémák háttérében számos életmódbeli tényező is állhat, amelyek meghatározóak a reprodukív sikeresség szempontjából. Bizonyított a testsúlyproblémák, a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás fertilitáscsökkentő hatása (Du Plessis, et al., 2010; Kort, et al., 2006; Waylen AL, et al., 2009). A reprodukív rendszer kedvezőtlen működésével hozzájárul az egészségtelen táplálkozást, a testmozgás hiányát, a környezeti ártalmakat. A fenti empirikus eredményekből az is következik, hogy a meddség-specifikus terápiák jól kiegészíthetők életmód-programokkal, amelyek hatékonyan képesek növelni a fertilitás esélyeit, valamint az orvosi kezelésekkal párhuzamosan vehetnek igénybe a páciensek (Wise, et al., 2011).

Éppen ezért szükséges, olyan összetett programokat kidolgozni, melyek a test-lélek egységében gondolkodnak, figyelembe veszik a meddségi probléma párkapcsolati jellegét, és kiválóan illeszkedik a páciensek elvárásaihoz (Brucker & McKenry, 2004; Domar, 2015; Randi et al., 2016; Stevenson, et al., 2016; Szatmári, et al., 2018; Van den Broeck, et al., 2010).

A kedvezőtlen egészségmagatartás megváltoztatását célzó programok hatékony elemei lehetnek a meddőség kezelésének (Hammarberg, 2010).

Az infertilitás, illetve a társbetegségek megfelelő kezeléséhez, az esetleges szövődmények megelőzéséhez a betegeknek számos új ismeretet, készséget kell elsajátítaniuk. A páciensek aktívan részt akarnak venni saját gyógyulásuk folyamatában, valamint az ezzel kapcsolatos döntésekben, és ehhez egyre több információt kérnek és várnak el az egészségügyi ellátóktól.

Ezek az információk számos csatornán elérhetőek, főként az internet kínál könnyen hozzáférhető lehetőségeket. A megbízhatóság és a minőség azonban nem mindig biztosított. Általában az orvoshoz fordulás után keresnek a meddőségben szenvedő férfiak információkat mintegy segítségként a döntéshozatalban (Baunacke, 2018). Jelentősen jobb hatásfokú a személyre szabott betegoktatás, ha a személyes konzultációk során az információhoz, minden beteg az előzetes tudásának, műveltségének, az aktuális szükségleteinek és pszichoszociális állapotának megfelelő formában jut hozzá (Roter & Hall, 2004).

A szakszerű pszichés vezetés egyre hangsúlyosabb szerepet tölt be a meddő párok ellátásában (Boivin & Gamberio, 2015; Hakim et al., 2012).

A férfimeddőség ellátásában kiemelt szerepet kell biztosítani a betegvezetésnek, amelynek fókuszában az információ nyújtása mellett, kezelési időszakban keletkező hatások, tapasztalatok, ismeretek feldolgozásának támogatása, a stresszel való adaptív megküzdési stratégiák kialakítása, valamint a reprodukтивitást befolyásoló egészségmagatartás változók közvetlen vagy közvetett módosításának kell állni.

A tanácsadási stratégiák alkalmazásával lehetővé válik az információk befogadása, új készségek fejlesztése, új szokások kialakítása (Kitto, et al., 2015; Legare, et al., 2008).

A beteg központú tanácsadás alapvető feladata annak biztosítása, hogy a betegek megértsék a kezelésük választásának következményeit, elegendő érzelmi támogatást kapjanak, és egészséges módon megbirkózzanak a meddőség megtapasztalásának következményeivel.

Kutatásunk segíthet abban, hogy egy hatékony betegvezetési tanácsadás fejlesztésével kevesebb pár szakítsa félbe a reprodukciós programot. A támogató környezet a negatív történések átvészelését, a kudarcok és veszteségek feldolgozását is megkönnyítheti. A paramedikális tanácsadást, olyan professzionális segítő; ápoló, mentálhigiénés szakember végezhetné, aki megfelelő jártasságot szerzett a betegvezetés ismerteken túl a meddőség és az asszisztált reprodukció területén is.

CÉLKITŰZÉS

A vizsgálat célja az eddig Magyarországon alig, vagy nem használt betegvezetés alkalmazása meddőségi zavarokkal, vagy csökkent megtermékenyítő képességgel küzdő férfi betegek körében. A munka a napi gyakorlatban alkalmazható betegvezetési modell bevezetésének előkészítésére és ajánlások megfogalmazására irányul.

Kutatásunkkal választ kerestünk a meddőségi konzultáció hatékonyságára férfi faktoros infertilitás esetén. Feltételeztük, hogy a paramedikális tanácsadás módszerével támogatott magatartás hozzájárul mind a betegek elégedettségéhez, mind a teljes programban való részvételhez az elejétől a végéig.

A vizsgálatunkkal feltételeztük, hogy a meddőségi konzultáció hatására a vizsgálati személyek megküzdési stratégiájára jellemzőbb lesz a problémaközpontúság, illetve a jóllétüket jellemző mutatókban pozitív változás tapasztalható.

Közvetett célként tekintjük a kezelések, valamint a biztonságos betegellátás hatékonyságának támogatását az ellátottak ismereteinek bővítésével

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálatban 108 meddőségi zavarokkal és csökkent megtermékenyítő képességben szenvedő beteg vett részt, életkoruk 26 és 49 év között mozgott (átlag=35,18; szórás=4,92). A vizsgálatot az Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ: Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Urológiai Klinika, valamint a szegedi Kaáli Intézet Meddőségi Centrum betegeinek bevonásával végeztük.

A vizsgált betegeket két csoportra osztottuk. A vizsgálatban kizárólagosan férfifaktoros meddőségre ill. csökkent megtermékenyítő képességre fókuszáltunk. A betegeket véletlenszerűen két csoportra osztottuk. A kísérleti csoportban azok tartoztak, akik részesültek támogató terápiában (n=57), valamint kontroll csoport (n=51) keretében történtek.

Klinikai diagnózis tekintetében három kategória lett elkülönítve; **(1)** azoosperma (n=24) ill. **(2)** OAT syndroma (oligo-astheno-teratozoospermia) (n=51), oligo-asthenozoospermia (n=4), oligozoospermia (n=19) szerepelt. **(3)** idiopathias (ismeretlen eredetű) meddőség (n=10)

A vizsgálatban felhasznált kérdőívcsomagot a meddőséggel együtt járó distressz, valamint a meddőséggel küzdő személyek megküzdési és kommunikációs stratégiáinak feltérképezésére állítottuk össze. A szakirodalom alapján általános mérőeszközöket használtunk a distressz mérésére, amelyek a depresszív tünetek gyakoriságát, illetve a szorongást mérték.

A depresszió mérésére a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változatát Beck (1972); a vonásszorongás mérésére a Spielberger (1970) által kidolgozott STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) mérőeszközöket használtunk. A STAI kérdőív megbízhatóan alkalmazható a vonásszerűen meglévő szorongásos reakció mérésére. Az önértékelést (Rosenberg Önértékelés Skála); a társas támogatottság mértékét (Caldvell Társas Támogatás Kérdőív); az észlelt stressz szintjét (Észlelt Stressz Kérdőív); az élettel való elégedettséget (Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív Elégedettség az élettel alskála); a megküzdési stratégiák beazonosítása konfliktus megoldó kérdőív (WCQ) alkalmazásával történt, valamint rövid kérdésekkel az egészségmagatartások jellege (dohányzás, nagyivás, egészséges étkezés, testmozgás), külső károsító tényezők megléte, szintén felmérésre került.

A pszichés sérülékenységet felmérő kérdőívek kitöltése minden esetben a kezelések első fázisában, a diagnózissal való szembesülést követően (1), vagy a már régóta ismert és korábban is kezelt meddőség (2), de mindenképpen a műtét, inszemináció, illetve ART kezelést megelőző időszakban történt.

A célcsoportoknál a validált pszichológiai kérdőívek felvételére a medikális kezelések elején, ill. a konzultációk első fázisában, majd az intervenciókat követően a negyedik hónap végén került sor. A kontrollcsoportnál csak validált pszichológiai kérdőívek felvételére történt, a medikális kezelések elején és végén, ők meddőségi konzultációban nem részesültek.

A betegek részletes kivizsgálását, valamint a veszteségre adott válaszreakcióinak és a betegségükkel kapcsolatos tájékozottság felmérését követően a kísérleti csoport tagjai a 4 hónapos időszak alatt, háromhetes időközökkel, összesen 5 alkalommal támogató konzultációban, tanácsadásban részesültek.

A meddőségi tanácsadásnak három pillére van: (1) érzelmi támogatás, (2) információk nyújtása a kezeléstről (3) és értékelés, amelyek magukban foglalják a pszichológiai sebezhetőség szűrését. Az intervenciók előre meghatározott un. programok alapján standardizálva voltak. A konzultációk vezetése az un. programokban meghatározott területek mentén történt. A betegek elégedettségét egy ehhez a kutatáshoz kidolgozott anonim kérdőív segítségével értékeltük.

Az adatok feldolgozása és elemzése az IBM SPSS 25-ös verziójának segítségével történt. A demográfiai és a klinikai skálák adatainak elemzéséhez leíró statisztikát, Khi-négyzet próbát, Fisher egzakt tesztet, kétmintás t-próbát, Welch próbát, ismételt mérések többváltozós kovarianciaanalízist és Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk.

A statisztikai szignifikancia szintjét a közmegegyezésnek megfelelően $p < 0,05$ -ös szinten határoztuk meg, az ábrákon a 95%-os konfidencia intervallumokat tüntettük fel. A terápia hatásait Wilcoxon rank test segítségével vizsgáltuk.

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásaitikai Bizottság engedélyezte (etikai engedélyszám: 82/2017-SZTE)

EREDMÉNYEK

A vizsgálati hipotézisek igazolásának szempontjából releváns demográfiai adatokat összehasonlítottuk a kontroll (n=51) és a kísérleti csoport (n=57) esetében, gyakoriságok és átlagok szerint. A vizsgált betegek több, mint a fele felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, közel kétharmaduk házas, a bevont betegek háromnegyede városban él. Táplálkozás tekintetében közel 50%-uk mérsékelten, 30% teljes mértékben figyel az egészséges táplálkozásra. A betegek közel 80%-a nem dohányzik, hasonló arányok figyelhetők meg az alkohol fogyasztás esetében is. A demográfiai jellemzőkben nem volt jelentős különbség a csoportok között, kivéve a meddőség diagnózisának idejében, ahol a két csoport jelentős eltérést mutatott, a kísérleti csoportnál régebben állították fel a diagnózist ($t=3,1$; $SzF=82,457$; $p=0,003$), valamint a családtervezéssel való próbálkozás idejében is jelentős a különbség a két csoport között. A kísérleti csoportba tartozó személyek átlagosan hosszabb ideje próbálkoznak családtervezéssel ($t=2,48$; $SzF=90,89$; $p=0,02$).

Szignifikáns eltérést mutatott a két csoport a sport gyakoriságában. A terápiás csoport 77%-a sportolt heti rendszerességgel, míg a kontroll csoportban ez az arány csak 35% volt ($\chi^2 = 22,36$; $SzF=2$; $p < 0,001$).

A vizsgálat hipotézisének igazolásának kezdeti lépéseként megvizsgáltuk a kontroll és kísérleti csoportok klinikai skáláit a kiinduló helyzetben csökkentve az esetleges különbségekből adódó torzító hatásokat. A statisztikai próbák alapján az WCQ problémaelemzés ($t=-0,47$; $SzF=106$; $p=0,64$), az érzelmi indíttatású cselekvés ($t=-0,25$; $SzF=106$; $p=0,81$), céltudatos cselekvés ($t=0,18$; $SzF=106$; $p=0,86$), alkalmazkodás ($t=-1,36$; $SzF=106$; $p=0,18$), segítségkérés ($t=-0,64$; $SzF=106$; $p=0,52$), érzelmi egyensúly keresése ($t=-0,89$; $SzF=106$; $p=0,38$) skálákon, továbbá a STAI pontszámában ($t=-0,05$; $SzF=106$; $p=0,96$), a BDI pontszámában ($t=-0,07$; $SzF=106$; $p=0,94$), az RSES értékében ($t=0,14$; $SzF=106$; $p=0,89$) és a Holmes-Rahe teszt értékeiben ($t=0,06$; $SzF=106$; $p=0,95$) nem volt különbség a

kiindulási helyzetben. Az WCQ kérdőív visszahúzóds értékei azonban eltértek az első mérés alkalmával ($t=-2,26$; $SzF=106$; $p=0,03$).

Az elemzés alapján szignifikáns főhatása volt a vizsgálat során eltelt időnek ($F=3,2$; $SzF=12-93$; $p=0,001$) és az eltelt idő, valamint a beavatkozás interakciója is jelentős ($F=7,53$; $SzF=12-93$; $p<0,001$).

Az egyes tesztek értékeit vizsgálva a két mérés között a vizsgálat folyamán jelentős változás tapasztalható a BDI pontszámokban ($F=26,47$; $SzF=1-104$; $p=0,002$) és a STAI pontszámokban ($F=8,82$; $SzF=1-104$; $p=0,004$), valamint a WCQ érzelmi indíttatású cselekvés skáláján ($F=7,89$; $SzF=1-104$; $p=0,006$), mindhárom esetben csökkentek az értékek. A beavatkozás hatását megragadó interakció a WCQ visszahúzóds ($F=3,96$; $SzF=1-104$; $p=0,049$), céltudatos cselekvés ($F=58,75$; $SzF=1-104$; $p<0,001$) és az érzelmi egyensúly keresése ($F=4,68$; $SzF=1-104$; $p=0,033$, 6) skálákon és a STAI pontszámokon ($F=4,33$; $SzF=1-104$; $p=0,04$) szignifikáns. A WCQ visszahúzóds, céltudatos cselekvés, értékek a kísérleti csoportban növekedtek, míg a kontroll csoport esetében csökkentek. Az érzelmi egyensúly keresése és STAI vonásszorongás értékek a kísérleti csoportban csökkentek, a STAI vonásszorongás pontszámok a kontroll csoportban pedig nem változtak idővel.

Terápia hatására a kísérleti csoportban szignifikáns változást tapasztaltunk a betegséghez való viszonyulás tekintetében ($v:157$; $p=0,001$) 39 potenciáisan adekvát betegből 11 beteg adekvát lett, 7 averzív betegséghez való viszonyulásból 5 potenciáisan adekváltá vált.

Az érzelmi státuszt illetően a tehetetlenséggel, csökkent önértékézással, szorongással küzdő 44 betegből, 18 beteg energiamobilizálává vált ($v:327,5$; $p<0,001$). A terápia előtt 41 érzelmközpontú megküzdési stratégiával rendelkező betegből 8 problémaközpontú stratégiára váltott. Az elterelő stratégiával rendelkező 28 betegből 2 beteg problémaközpontú, és 13 érzelmközpontú kérdőds megküzdési stratégiára módosult ($v:236$; $p<0,001$). A probléma központú megküzdési stratégia tekintetében szignifikánsan magasabb a diagnózis felállításától eltelt idő, mint az érzelmközpontú stratégiák tekintetében ($t = 2.479$, $p = 0.024$, $p = 0.001$).

Saját kutatási eredményeink szerint a kísérleti csoport résztvevői a betegvezetés programot a válaszadók 97%-a fontosnak tartotta. A betegek 86%-a mondta azt, hogy a támogató terápia jelentősen hozzájárult a meddőség lényegére, kiváltó okaira vonatkozó ismereteinek bővüléséhez. A kivizsgálás menetére vonatkozóan 89,4%, A terápiais lehetőségekre 82,4%-a, valamint az egészségfejlesztését támogató ismeretekre vonatkozóan pedig a betegek 73,7%-a úgy érezte, hogy jelentősen bővültek az ismeretei.

MEGBESZÉLÉS

Már 2010-ben történtek vizsgálatok arra vonatkozóan, hogy miként értékelnek egy tanácsadó csoportot a férfiak a mesterséges megtermékenyítés eljárása közben. A résztvevő férfiak a csoportos tanácsadásra pozitívan reagáltak, elfogadó közegbe kerültek, ahol beszélhettek a problémájukról. Fontos tény, hogy a tanácsadást leginkább azok a férfiak keresték fel, akiknél férfi faktoros meddőség volt (Furman, et al., 2010). Ez vezérelt minket a célcsoport kiválasztáskor. Kíváncsiak voltunk a paciensek állapotára a diagnózis ismerete után, valamint arra, hogy egy támogató terápia miként segítheti őket.

A depresszió és szorongás csökkentése nem csak a párcapcsolat szempontjából fontos. Klinikai kutatások igazolták, hogy inverz kapcsolat van pszichológiai stressz és a sperma paraméterek között, melynek hatása leginkább a subfertilis csoportban mérhető (Wdowiak, et al., 2017; Nargund, 2015). Valamint előidézheti a programból való kilépést. Így a stressz és a szorongás gyógyszermentes csökkentése, információ áramlás és megküzdési stratégia kézbe adása, nagyon fontos lehet.

Csökkent megtermékenyítő képességű és meddő férfiak körében végzett vizsgálatunk eredményei szerint, az intervenció csoport a terápia végére nagyfokú tudatossággal rendelkezett a diagnózisokról, valamint a javasolt kezelések természetéről és céljairól. Az intervenció csoport szignifikánsan célirányos probléma fókuszú megküzdési stratégiát alkalmazott a meddőségi kezelés során. A betegek a beavatkozással szembeni elégedettségéről számoltak be. A depressziója és szorongási szintje csökkent a kiindulási állapothoz képest.

A célzott intervenciók hatására, a negyedik és ötödik találkozás alkalmával a megfigyelt csoportban lévő személyeknél gyakoribb volt az adaptív megküzdési stratégiák alkalmazása, pl.: a probléma elemzése és a céltudatos cselekvés. Miközben a meddőségi kezeléseik érzelmileg kimerítőek lehetnek, ugyanakkor a személy biztonságérzetét növelte a vizsgálatok átláthatósága, a kezelés folyamatának kiszámíthatósága, a klinika és a személyzet alapos ismerete.

A kognitív modellben gondolkodók hangsúlyozzák, hogy a hosszútávú alkalmazkodást elősegíti a probléma értelmezése, mivel személy erőfeszítéseket tesz az alacsony kontrollt biztosító stresszhelyzetekben. A gyermektelenség állapotát újraértelmezett személyek jelentős stressz-csökkentő hatást élhetnek át a meddőséggel való megküzdés során.

A kutatást limitálja a részt vevők száma, mely miatt a különböző alcsoportok megküzdési stratégiájára jellemző egyéni vonásokat nem vizsgáltuk, a diagnózis szerinti személyre szabott terápia kialakítása további kutatási témát képez.

A meddőségi megküzdési stratégiákkal általában a női oldalról közelítik meg, a férfiakra kevés figyelem irányul, ez problémát jelenthet, hiszen a férfiak egy orvosi konzultáció során kevesebb kérdést is tesznek fel, valamint férfi meddőségre irányuló információjuk is kevesebb (Daumler, 2016). A helyzetet tovább nehezíti, hogy a férfiak meddőséggel kapcsolatos információt inkább az interneten és applikációkon keresztül szereznek, az előzetesen személyesen átadott információk hatása kisebb (Bodin, 2018).

A személyközpontú ellátást a teljes klinikai személyzetnek szükséges alkalmaznia. Ez azért is fontos, mivel a személyközpontú szolgáltatás hiánya nem csak a pszichés jólétre gyakorolhat kedvezőtlen hatást. Biovin (2011) és munkatársai kutatási eredményei felhívják a figyelmet az asszisztált reprodukciós kezelések idő előtti félbeszakítására, melynek háttérében állhat a felerősödő párkapcsolati probléma, egy új életcél választása (pl. örökbefogadás), vagy a rossz prognózis (pl. előrehaladott életkor vagy nagyon sok sikertelen próbálkozás). Meglepő eredmény ugyanakkor, hogy a lehetséges okok mellett legfontosabbnak az orvosi kezelést kísérő distresszt jelölték meg a párok. A kliensek stresszforrásként élték meg a klinikák futószalag jellegét, az egészségügyi személyzet gyakori változását, a személytelen, nem támogató orvosi környezetet, a szervezetlen, kiszámíthatatlan kezelési ütemtervet.

Következésképpen, az érintettek kezelésének „elakadása” vagy a személyek kilépése az ellátási folyamatból, erre a gyakran tapasztalható és nehezen értelmezhető problémára megoldást nyújthat a személyközpontú szolgáltatás, a kezelés személyre szabott jellege, a jó asszisztens, ápoló – orvos-kliens kommunikáció.

Egy nemzetközi kutatásban vizsgálták a meddőségi központokkal való elégedettséget, valamint az elégedettség meddőségspecifikus distresszre gyakorolt hatását. Négy meddőségi klinikára vonatkozóan gyűjtöttek adatokat. Az eredmények azt mutatták, hogy a páciensek összességében elégedettek a klinikák munkájával, a problémájukkal kapcsolatos általános információ mennyiségét és a kezelőorvossal kapcsolatuk minőségét kielégítőnek érezték. Ugyanakkor az egészségügyi szakemberektől kapott érzelmi támogatás mennyisége alacsonynak bizonyult, s a meddőség pszichés következményeiről is kevés információt kaptak a vizsgálati személyek. A kliensek az orvos-páciens kommunikációval kapcsolatban általában elégedetten nyilatkoztak, miközben az intézményektől kapott információ mennyisége sokszor igen hiányosnak bizonyult, és az egészségügyi szakemberek segítőkészsége sem volt mindig kielégítő a számukra. Ezen vizsgálat eredményei támogatták azokat az előzetes tapasztalatokat is, amelyek szerint az elégedettségi mutatók és a meddőségspecifikus distressz szorosan összefüggnek egymással. Minél kielégítőbb volt a meddőséggel kapcsolatos orvosi és pszichoszociális információ, és minél elégedettebbek voltak a reprodukciós központtal a

személyek, annál kevesebb volt a meddőségspecifikus distressz mennyisége (Daumler, et al., 2016; Hammarberg, et al., 2010; Randi, et al., 2016).

Saját kutatási eredményeink szerint a kísérleti csoport résztvevői a betegvezetés programot a válaszadók 97%-a fontosnak tartotta. A tanácsadásban részesült férfiak pozitív tapasztalattal rendelkeznek a tanácsadás terén, új információt kaptak. A beavatkozás révén sikerült növelni a férfiak termékenységi tudatosságának különböző aspektusait.

A támogató terápia jelentősen hozzájárult a meddőség lényegére, kiváltó okaira vonatkozó ismereteinek bővüléséhez. A kivizsgálás menetére, a terápiás lehetőségekre, valamint az egészségfejlesztését támogató ismeretekre vonatkozóan pedig a betegek úgy érezték, hogy jelentősen bővültek az ismereteik.

ÖSSZEFOGLALÁS

Összességében elmondható, hogy a fertilitásproblémákkal küzdők számára a betegvezetéssel kedvezőbb pszichés jóllét biztosítható a professzionális segítők aktív közreműködésével. A páciensek hatékony, célzott és problémáspecifikus segítségnyújtásban részesülhetnek.

A beteg központú tanácsadás alapvető feladata annak biztosítása, hogy a betegek megértsék a kezelésük választásának következményeit, elegendő érzelmi támogatást kapjanak, és egészséges módon megbirkózzanak a meddőség megtapasztalásának következményeivel.

Annak ellenére, hogy az orvoslás számtalan hatékony beavatkozási lehetőséggel rendelkezik az infertilitás leküzdéséhez, tapasztalható és gyakran nehezen értelmezhető az érintettek kezelésének „elakadása”, vagy a személyek kilépése az ellátási folyamatból. A tényleges kezelési időszakban keletkező hatások, tapasztalatok, ismeretek feldolgozásának támogatására azonban igen kevés figyelem irányul. Gyakorlatilag hiányoznak azok a célzott intervenciók és programok, amelyek az ápolás területén segíthetnék az orvosi ellátás folyamatával összefüggő, a személy kontrollja alatt álló, többé-kevésbé módosítható életmódváltozókban eredő lehetőségek hasznosítását. Kiemelten figyelmet érdemel ezért betegvezetés és a paramedikális tanácsadás alkalmazásában rejlő lehetőségek feltárása a kezelési időszakban.

A meddőségi klinikák holisztikus szempontú átalakítása igen sürgető feladata a területen dolgozó egészségügyi szakembereknek. A közeljövő legfontosabb célkitűzése, hogy megfelelő szakmai összefogottsággal, a társadalmi nyitottság növelésével elérjük, hogy a meddőségi klinika egy olyan segítő közeg legyen, ahol a gyermek után vágyakozók a döntéshelyzetekbe bevonva tudnak átmeneti vagy végérvényes gyermektelenségükkel megküzdni.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Baunacke, M., Groeben, C., Borgmann, H., et al. (2018). Anrology on the Internet: Most wanted, Controversial and often primary source of information for patients. *Andrologia* 50: e12877.
2. Bodin, M., Tyden, T., Käll, L., Larsson, M. (2018). Can Reproductive Life Plan-based counselling increase men's fertility awareness? *Upsala journal of medical Sciences* 123(4), 255–263.
3. Boivin, J., Takefman, J., Broverman, A. (2011). The fertility Quality of Life (FertQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertility Sterility*, 96, 409-415.
4. Boivin, J. & Gamero, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251-260.
5. Brucker, P. S. & McKenry, P. C. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*, 33, 597–603.
6. Chernoff, A., Balsom, A. A., Gordon, J. L. (2020). Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. *Archives of Women's Mental Health*, DOI:10.1007/s00737-020-01029-9.
7. Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., Dorsi, C., Torretta, R., Bonizzoni, M., Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235–241.
8. Cserepes, R. E., Körösi, T., Bugan, A. (2014). A meddőséggel összefüggő életminőség jellemzői magyar pároknál. [Characteristics of infertility specific quality of life in Hungarian couples]. *Orvosi Hetilap*, 155, 783–788.
9. Daumler, D., Chan, P., Lo, K. C., Takefman, J., Zelkowitz, P. (2016). Men's knowledge of their own fertility: a population-based survey examining the awareness of factors that are associated with male infertility. *Human Reproduction* 31, 2781–2790.
10. Domar, A. D. (2015). Creating a collaborative model of mental health counseling for the future. *Fertility and Sterility*, 104(2), 277-280.
11. Du Plessis, S.S., Cabler, S., McAlister, D. A., Sabanegh, E., Agarwal, A. (2015). The effect of obesity on sperm disorders and male infertility. *Nature Reviews Urology*, 7, 153–161.
12. El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi, J. K., Khairi, H., Ben Hadj, A. B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal Obstet Gynecol Reprod Biol*, 167, 185–189.
13. Furman, I., Parra, L., Fuentes, A., Devoto, L. (2010). Men's participation in psychologic counseling services offered during in vitro fertilization treatments. *Fertility and Sterility*, 94(4), 1460-1464.

14. Hakim, L. Z., Newton, C. R., MacLean-Brine, D., Feyles, V. (2012). Evaluation of preparatory psychosocial counselling for medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, 27, 2058–2066.
15. Hammarberg, K., Baker, H. W., Fisher, J. R. (2010). Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis male factor infertility: a retrospective cohort study. *Human Reproduction*, 25, 2815–2820.
16. Hungarian Central Statistical Office. Hungary (2014). [Központi Statisztikai Hivatal. Magyarország 2014 [Online] 30. January 2015 [accessed on 28 December 2018]. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2014.pdf>.
17. Jungwirth, A., Diemer, T., Dohle, G. R., Kopa, Z., Krausz, C., Tournaye, H. (2017). Guidelines on Male Infertility. European Association of Urology European Urology, The 2017. [Online] 2016. [accessed on 30 March 2019] <https://uroweb.org/guideline/male-infertility/>.
18. Kaáli, N. G. & Bártfai, Gy. (2018). A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése. [Modern diagnostics and treatment of infertility]. In Pásztor Norbert (Eds.), *Férfi eredetű meddőség [Infertility of male origin]* (pp. 121–168). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
19. Kahyaoglu, S. H. & Balkanli, K. P. (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing Health Sciences*, 17, 84–89.
20. Kitto, S., Goldman, J., Etchells, E., et al. (2015) Quality improvement, patient safety, and continuing education: a qualitative study of the current boundaries and opportunities for collaboration between these domains. *Academic Medicine* 90: 240–245.
21. Kort, H. I., Massey, J.B., Elsner, C. W., Mitchell-Leef, D., Shapiro, D. B., Witt, M. A. (2016). Impact of body mass index values on sperm quantity and quality. *Journal of Andrology*, 27, 450–452.
22. Lakatos, E., Szigeti, F. J., Ujma, P. P., Sexty, R., Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health*, 17(1), 48.
23. Legare, F., Ratte, S., Gravel, K., et al. (2008) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* 73: 526–535.
24. Nargund, V. H. (2015). Effects of psychological stress on male fertility. *Nature Reviews Urology*, 12, 373–382.
25. Petok, W. D. (2015). Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and Sterility*, 104(2), 260-266.
26. Policy Audit on Fertility. Analysis of 9 EU Countries 2017. [Online] 10. January 2018 [accessed on 30 November 2018.] <http://PolicyAuditonFertilityAnalysis9EUCountriesFINAL16032017-3.pdf>.
27. Randi, S., Fürbringer, K. J., Schmidt, L., Pinborg, A. (2016). Infertile men's needs and assessment of fertility care. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 21(4), 276-282.
28. Roter, D. L. & Hall, J. A. (2004) Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 25: 497–519.

29. Stevenson, E. L., Hershberger, P. E., Bergh, P. A. (2016). Evidence-Based care for couples with Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing*, 45, 100-110.
30. Szatmári, A., Fejes, Zs., Király, I. (2018). A férfiak férfimeddséggel kapcsolatos ismeretei és a támogatás lehetőségei: kockázati tényezők és egyéni válaszreakciók. [Men's knowledge of male infertility and the possibilities for supporting therapy: risk factors and individual responses]. *Orvosi Hetilap*, 159(31), 1262–1268. DOI: 10.1556/650.2018.31132.
31. Throsby, K. & Gill, R. (2004). It's different for men: masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6, 330–348.
32. Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422-428.
33. Waylen, A. L., Metwally, M., Jones, G. L. (2009). Effects of Cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 15, 31-44.
34. Wdowiak, A., Bien, A., Iwanowicz-Palus, G., Makara-Studzinska, M., Bojar, I. (2017). Impact of emotional disorders on semen quality in men treated for infertility. *Neuro Endocrinology Letters*, 38(1), 50-58.
35. Wise, L. A., Cramer, D. W., Hornstein, M. D. (2011). Physical activity and semen quality among men attending an infertility clinic. *Fertility and Sterility*, 95, 1025–1030.

A Ph.D. értekezés alapját képező közlemények

- I. Szatmári, A., Fejes Zs., Király I. (2018). A férfiak férfimeddséggel kapcsolatos ismeretei és a támogatás lehetőségei: kockázati tényezők és egyéni válaszreakciók, *Orvosi Hetilap*, 159(31): 1263–1269. DOI: 10.1556/650.2018.31132.
- II. Szatmári, A., Helembai, K., Zádori, J., Dudás, E.I., Fejes, Zs., Drótos, G., Rafael, B. (2020). Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* doi.org: 10.1080/02646838.2020.1724918.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni Dr. Széll Márta Professzor Asszonynak, hogy az Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskolába felvételt nyerhettem.

Hálámat szeretném kifejezni Dr Helembai Kornéliának, témavezetőmnek tudományos vezetéséért és konzultatív támogatásáért az egész kutatási munka során.

Hálás vagyok Dr. Rafael Beatrixnak a tudományos publikációkkal kapcsolatos tanácsaiért és támogatásáért.

Külön köszönöm családomnak a türelmüket és a munkám során nyújtott segítségüket.