

# Meddőséggel kapcsolatos vélekedések orvostanhallgatók körében

Erdei Márta ■ Cserepes Réka Eszter ■ Bugán Antal dr.

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

**Bevezetés:** A termékenységi problémákkal küzdő páciensek kezelésében részt vevő egészségügyi szakemberek meddőséggel kapcsolatos tudása és kliensekkel szemben tanúsított érzékenysége alapvetően fontos meghatározója a kezelés minőségének. **Célkitűzés:** A vizsgálat célja orvostanhallgatók, azaz a jövőbeli meddőségi kezelésben potenciálisan részt vevő, véleményvezérlő szakemberek meddőséggel kapcsolatos tudásának felmérése, és a meddőség érzelmi, illetve testi és kognitív következményeire vonatkozó elképzelések vizsgálata. **Módszer:** A kérdőíves vizsgálatban 112 (76 nő, 36 férfi) orvostanhallgató vett részt önkéntes, kompenzációtmentes közreműködéssel. **Eredmények:** Az orvostanhallgatók több területen hiányos tudással rendelkeznek a témában. A meddőséggel összefüggő testi és érzelmi tünetek jelenlétét meddő párok férfi tagjait illetően alulbecsülik a hallgatók, míg nők esetében fölülértékelnek érzelmi tüneteket, például a bánatosságot. **Következtetések:** Az orvosképzés során a hallgatóknak több témaspecifikus ismeretre és gyakorlati tapasztalatszerzési lehetőségre lenne igényük, szükségük. A hallgatók olyan sztereotípiákkal rendelkeznek, amelyek potenciálisan megnehezítik a páciensek torzításmentes percepcióját. E torzítás kockázata különösen hátrányosan érintheti a meddő férfi pácienseket. *Orv. Hetil., 2015, 156(3), 105–112.*

**Kulcsszavak:** meddőség, orvostanhallgatók, sztereotípiák

## Knowledge and perception of medical students about infertility

**Introduction:** The effectiveness of fertility treatments is influenced by the health care professionals' knowledge regarding infertility as well as their empathy. **Aim:** The aim of the study was to examine infertility-related knowledge and perceptions of emotional and mind/body consequences of infertility among medical students. **Methods:** A questionnaire design was used. Data were obtained from 112 medical university students (76 women, 36 men) who participated involuntary and compensation-free. **Results:** Medical students' knowledge concerning infertility proved to be incomplete and ambiguous. Subjects underestimated the presence of mind/body and emotional symptoms caused by infertility in men particularly, and overestimated some emotional concerns in women, e.g. sadness. **Conclusions:** Medical students have gaps in their subject-specific knowledge, so that they need more (even practical) information regarding infertility during their studies. Students' conceptions about emotional and physical consequences of infertility are distorted by stereotypes. The risk of these biases is that it could make it difficult to perceive patients in a non-distorted way, especially infertile male patients.

**Keywords:** infertility, medical students, stereotypes

Erdei, M., Cserepes, R. E., Bugán, A. [Knowledge and perception of medical students about infertility]. *Orv. Hetil., 2015, 156(3), 105–112.*

(Beérkezett: 2014. október 15.; elfogadva: 2014. november 20.)

A meddőség komoly érzelmi megpróbáltatást jelent az önkéntelenül gyermektelenek számára [1, 2, 3], ugyanakkor társadalmi szinten is kiemelt kérdés a hazánkban is tapasztalható drasztikus termékenységcsökkenés miatt [4, 5]. Magyarországon a jelenség gyakoriságára vonatkozó becslések 5–15% értéket vesznek fel [4, 6, 7], az

érintettek túlnyomó része medikális kezelést vesz igénybe a probléma megoldása érdekében.

Mivel a meddőség komplex jelenség, amelynek „medikális, pszichológiai, spirituális és szociokulturális komponensei nem szétválaszthatóak, egyszerre kell ezeket megcélozni” [8] a kezelés során, amely ilyen módon komoly

kihívások elé állítja a részt vevő szakembereket. Az orvosok meddő egyénnel összefüggő attitűdjei, meddőséggel kapcsolatos tudása, nézetei alapvetően befolyásolják a konzultációs és kommunikációs stílusukat [9], ezek a tényezők pedig hatással vannak a páciensek együttműködésére, elégedettségére [10]. A komplex szemlélet és a megfelelő kezelés megvalósításához tehát elengedhetetlen, hogy a szakemberek megfelelő tudással rendelkezzenek a jelenségről és hogy torzításoktól, sztereotípiáktól mentesen észleljék betegeiket [7].

A szakirodalom szerint mind a laikusok, mind az érintettek hiányos, esetenként téves ismeretekkel rendelkeznek a meddőség fogalmáról, lehetséges okairól és kezelési módjairól egyaránt [11, 12, 13, 14], sőt *Ceballo, Abbey és Schooler* [15] arra hívja fel a figyelmet, hogy némely esetben az alapellátásban dolgozó orvosok sem rendelkeznek kielégítő tudással bizonyos területeket illetően. *Stöbel-Richter és mtsai* [16] szintén kiemelik, hogy a meddőséggel kapcsolatos hiányos vélekedések az egészségügyi dolgozókra is érvényesek.

A hatékony kezelés további előfeltétele, hogy az orvos megfelelően felismerje a meddőség okozta érzelmi és fizikai panaszokat [17]. Időszerű és releváns lenne tehát felmérni a meddőség érzelmi és testi következményeiről alkotott elképzeléseket szakemberek, illetve jövőbeli szakemberek körében, mivel ez mindeddig csak laikusok körében valósult meg [11, 18]. A testi tünetek észlelésének pontossága ugyanis elengedhetetlen a kezelés eredményességének szempontjából, az érzelmi terhek megértését pedig igénylik a páciensek [10].

Jelen vizsgálat célja tehát két pontban foglalható össze:

1. Orvostanhallgatók, azaz jövőbeli szakemberek témaspecifikus ismereteinek felmérése (a meddőség fogalmára, gyakoriságára, okaira, kezelési lehetőségeire, eredetének megoszlására, diagnózishoz szükséges időkorlátra vonatkozóan).
2. A meddőség okozta érzelmi és testi, kognitív tünetekre vonatkozó percepciók felmérése.

## Módszer

A célkitűzések vizsgálatára egy nagyobb kutatás keretében került sor. Vizsgálatunkban előző kutatásokban [11, 16, 19, 20, 21, 22] használt kérdőívek integrálásán és a szakirodalom tanulmányozásán alapuló, saját szerkesztésű, egyéni kérdésekkel kiegészített kérdőívet alkalmaztunk.

### A kérdőív bemutatása

#### Demográfiai, személyes adatok

Az összeállított kérdőív első egysége általános, demográfiai adatokra kérdezett rá: életkor, nem, a kitöltő évfolyama, milyen szakterületen kíván a későbbiekben dolgozni. A következő kérdések azt célozták meg, hogy a kitöltő mennyire tartja valószínűnek, hogy a jövőben munkája során találkozni fog reprodukciós problémák-

kal küzdő páciensekkel. Ezt ötfokú Likert-skálán értékelhették, amelynek két végpontját az „Egyáltalán nem tartom valószínűnek” és a „Teljesen biztosnak tartom” adja. A hallgatók ezenkívül nyilatkoztak arról is, hogy találkoztak-e már magánéletükben vagy szakmai gyakorlatuk/tanulmányaik során terméketlenséggel küzdő párokkal.

#### Meddőséggel kapcsolatos ismeretek

A következő egység a meddőséggel és kezelésével kapcsolatos tudást méri fel, alapját a Lipcsei Reprodukciós Kérdőív [16] és *Ali* [11] előzetes kutatása adta. A kérdések a meddőség fogalmára, gyakoriságára, a reprodukciós orvoslás sikerességére vonatkoztak, továbbá a kitöltőknek meg kellett becsülniük, hogy a meddőség hány százalékát okozza női, férfi, közös és ismeretlen eredet.

#### A terméketlenség következményeinek percepciója

A meddőség érzelmi és kognitív, fizikai, azaz testi következményeire vonatkozó percepciók felmérésére a FertiQoL kérdőív [19] érzelmi és testi-kognitív alskáláit alkalmaztuk. Ez az eszköz eredetileg a reprodukciós nehézségekkel küzdő egyének körében méri a meddőség életminőségre gyakorolt hatását (érzelmi, hangulati, kognitív és fizikai, egészségi, szociális, párkapcsolati változások területén). A kérdőív két alskálájának eredeti tételait kellett értékelniük az orvostanhallgatóknak oly módon, hogy el kellett képzelniük, mennyire lehet jellemző egy meddő pár férfi-nő tagjára az adott érzelmi vagy testi-kognitív tünet. (Példa egy érzelmi tünet megítélésére: „Képzeld el egy reprodukciós problémával küzdő párt! Arra kérem, képzelje el, az alábbi kérdéseket hogyan válaszolná meg egy ilyen pár nő-, illetve férfi tagja!: Bánatos és/vagy van-e veszteségérzése amiatt, hogy nem lehet gyermeke?” Példa egy testi/kognitív tünet megítélésére: „Képzeld el egy reprodukciós problémával küzdő párt! Arra kérem, képzelje el, az alábbi kérdéseket hogyan válaszolná meg egy ilyen pár nő-férfi tagja!: „Érez fájdalmat és fizikai kellemtelenséget termékenységi problémái miatt?”)

A skálák kérdései ötfokú Likert-skálán értékelhetőek, ahol a válaszok a „teljesen” és az „egyáltalán nem” véglet közt helyezkednek el. Vizsgálatunkban a kérdőív segítségével összehasonlíthattuk, hogy a válaszadó hallgatók elképzelései, becslései mennyire vágnak egybe olyan valós eredményekkel, amelyekről magyar meddő párok számolnak be [23].

#### Vizsgálati személyek

A vizsgálati személyek a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának II–V. éves hallgatói voltak. A vizsgálatban összesen 112 fő vett részt (36 férfi, 76 nő), 19–28 év közöttiek, átlagéletkoruk 21,8 év.

#### A vizsgálat menete, körülmények

A vizsgálati személyeket orvosi pszichológia kurzusuk keretein belül, illetve kollégiumi szobájukban, személye-

sen kerestük meg. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt, jutalomban a részvételért cserébe nem részesültek.

### Statisztikai elemzés

Az adatokat SPSS (v. 17.0) szoftver segítségével elemeztük. A mért változókra normalitásvizsgálatot végeztünk, amely szerint normális eloszlást követnek a mintában a következő változók: a meddőség magyarországi prevalenciájára, a meddőség különböző típusainak megoszlására (női, férfi, közös és ismeretlen eredet) és a reprodukciós orvoslás sikerarányára vonatkozó becslések. A becslések pontosságát a szakirodalmi adatokhoz képest egymintás t-próbával elemeztük.

A FertiQoL kérdőív tételeire vonatkozó becslések eltéréseit Kruskal–Wallis-próbával vizsgáltuk, ahol post hoc Dunn-elemzéssel vizsgáltuk meg, hogy mely csoportok eltérései bizonyultak szignifikánsnak.

## Eredmények

### Demográfiai, egyéb adatok

A 112 résztvevő 67%-a nő, 33%-a férfi volt. A kitöltők többsége (27,7%) még nem döntötte el, mely szakterületen kíván a jövőben dolgozni, azonban 9,4%-uk kifejezte, hogy a jövőben szeretne nőgyógyászként vagy háziorvosként dolgozni. Mindemellett 58,4%-uk véli legalább valószínűnek, hogy a jövőbeli praxisa során találkozni fog reprodukciós problémával küzdő pácienssel (1. táblázat).

Magánéletükben a hallgatók 48%-a találkozott már meddő párokkal, míg a tanulmányaik vagy szakmai gyakorlatuk során 9%-uk.

### Meddőséggel kapcsolatos tudás

A meddőség megfelelően pontos definícióját mindössze a kitöltők 35%-ának sikerült megadnia. \* A meddőség diagnózisához szükséges időt átlagosan 2,08 évben határozták meg (SD = 1,88). A válaszok 6 hónap és 10 év között ingadoztak, többségük (43%-uk) egy, illetve két évben (18,4%-uk) határozta meg a szükséges időkorlátot.

A meddőség magyarországi prevalenciáját 3–60% közé tették, átlagosan pedig 18,8%-ban állapították meg a kitöltők (SD = 11,47). A t-próba eredményei szerint ez az érték szignifikánsan magasabb, mint a kritikusan felső határnak tekintett 15%-os arány ( $t = 3,5$ ,  $df = 111$ ,  $p = 0,001$ ).

\*A megfelelően pontos minősítést abban az esetben alkalmaztuk egy meghatározásra, ha az alábbi szempontok közül legalább kettő együttesen szerepelt: 1. Utalás a női és/vagy férfi – vagy egyéb – eredetű nemzéképtelenségre. 2. Primer és szekunder meddőség megkülönböztetése. 3. Diagnózishoz szükséges helyes időkorlát megfogalmazása.

1. táblázat | Mennyire tartják a kitöltők valószínűnek, hogy jövőbeli munkájuk során dolgozni fognak meddő páciensekkel?

Egyáltalán nem	3,5%
Inkább nem	9,7%
Valamennyire	36,5%
Valószínű	17,7%
Teljesen biztos	40,7%

2. táblázat | A becslések és az összehasonlításra szolgáló szakirodalmi adatok, különbségük

	Szakirodalmi érték (%)	Becslések átlagértéke (%)	t-érték
Magyarországi prevalencia <sup>1</sup>	10–15	18,8	3,5*
Reprodukciós orvoslás sikeraránya <sup>2</sup>	20	47,11	12,9**
Férfi eredetű meddőség <sup>3</sup>	30–35	31,47	0,55
Női eredetű meddőség <sup>3</sup>	30–35	37,5	5,6*
Közös eredetű meddőség <sup>3</sup>	20	17,24	6,3*
Ismeretlen eredetű meddőség <sup>3</sup>	15	16,73	1,29

\*Az eredmény szignifikáns különbséget mutat 0,001-es szignifikanciaszinten.

\*\*Az eredmény szignifikáns különbséget mutat 0,0001-es szignifikanciaszinten.

<sup>1</sup>forrás: [4, 6, 7]

<sup>2</sup>forrás: [25]

<sup>3</sup>forrás: [4, 6]

A meddőség eredetére vonatkozó becsléseknél az összes meddőség közül a válaszadók szerint a tisztán női eredetű meddőség átlagosan az esetek 37,5%-ában jelenik meg (SD = 14,18), csak férfi eredetű pedig átlagosan az esetek 31,47%-a (SD = 28,19). Közös eredetűnél a becslések átlaga 17,24% (SD = 12,95) volt, ismeretlen eredetű esetében pedig 16,73% (SD = 14,81). A különböző típusú eredetek gyakoriságára vonatkozó becsléseket egymintás t-próbával összehasonlítottuk a szakirodalmi adatokkal [4, 6, 7, 24] (2. táblázat). A t-próbák eredményei szerint a becslés százalékos értékei átlaga magasabb a valós adatokhoz képest a női okok esetében ( $t = 5,6$ ,  $df = 111$ ,  $p < 0,001$ ), nem térnek el férfi okok esetében ( $t = 0,55$ ,  $df = 111$ ,  $p = 0,58$ ), alacsonyabbak a közös okok megítélésénél ( $t = -6,3$ ,  $df = 111$ ,  $p < 0,0001$ ), végül az ismeretlen okok megítélésénél nem található szignifikáns különbség a becslések és a szakirodalmi adatok között ( $t = 1,29$ ,  $df = 111$ ,  $p = 1,98$ ).

A páros t-próbával továbbá összehasonlítottuk a női és a férfi eredet gyakoriságára vonatkozó becslések átlagát is. A statisztikai vizsgálat eredménye alapján a női eredetű ok gyakoriságát szignifikánsan magasabbra becslik a válaszolók, mint a férfi okokat ( $t = 2,17$ ,  $df = 111$ ,  $p = 0,037$ ).

A következő kérdésben az asszisztált reprodukciós technikák sikerességét átlagosan 47,1%-osra becsülték a

3. táblázat | Az orvostanhallgatók becsléseinek és a meddő párok válaszainak összehasonlítása a testi-kognitív megterheltséget illetően

	Meddő nők	Átlagos rangszámérték		Kruskal–Wallis-próba			Dunn (p)
		Női hallgatók	Férfi hallgatók	K	df	p	
Meddőséggel kapcsolatos gondolatai rontják figyelmét és koncentrációját?	59	150	127*	2	<0,0001	<0,0001	
		150				<0,0001	
Úgy véli, hogy termékenységi problémái miatt nem tud más életcélokat és terveket előmozdítani?	114	106	2,7	2	0,2	n. s.	
		99				n. s.	
Kimerültnek vagy elcsigázottnak érzi magát termékenységi problémái miatt?	111	108	1,7	2	0,4	n. s.	
		96				n. s.	
Termékenységi problémái gátolják mindennapi munkájában vagy kötelezettségeiben?	145	75	80,0*	2	<0,0001	<0,0001	
		69				<0,0001	
Küszködik fáradtsággal termékenységi problémái miatt?	137	86	48,6*	2	<0,0001	<0,0001	
		70				<0,0001	
Érez fájdalmat és fizikai kellemetlenséget termékenységi problémái miatt?	138	83	53,2*	2	<0,0001	<0,0001	
		71				<0,0001	

	Meddő férfiak	Átlagos rangszámérték		Kruskal–Wallis-próba			Dunn (p)
		Női hallgatók	Férfi hallgatók	K	df	p	
Meddőséggel kapcsolatos gondolatai rontják figyelmét és koncentrációját?	140	73	61,5*	2	<0,0001	<0,0001	
		86				<0,0001	
Úgy véli, hogy termékenységi problémái miatt nem tud más életcélokat és terveket előmozdítani?	152	61	109,6*	2	<0,0001	<0,0001	
		77				<0,0001	
Kimerültnek vagy elcsigázottnak érzi magát termékenységi problémái miatt?	121	89	13,2	2	0,001	<0,0001	
		104				n. s.	
Termékenységi problémái gátolják mindennapi munkájában vagy kötelezettségeiben?	160	58	157,5	2	<0,0001	<0,0001	
		59				<0,0001	
Küszködik fáradtsággal termékenységi problémái miatt?	159	61	153,6	2	<0,0001	<0,0001	
		55				<0,0001	
Érez fájdalmat és fizikai kellemetlenséget termékenységi problémái miatt?	159	60	150,5	2	<0,0001	<0,0001	
		59				<0,0001	

Szignifikáns pozitív irányú eltérés a Dunn-féle post hoc teszt alapján.

Szignifikáns negatív irányú eltérés a Dunn-féle post hoc teszt alapján.

\*Az eredmény szignifikáns különbséget mutat 0,001-es szignifikanciaszinten.

\*\*Az eredmény szignifikáns különbséget mutat 0,0001-es szignifikanciaszinten.

válaszadók (SD = 22,14). Az értékelések szélső értékei 3 és 95%-ot vettek fel. Ez a t-próba eredménye szerint szignifikánsan magasabb a valós 20%-hoz képest ( $t = 12,9$ ,  $df = 112$ ,  $p < 0,0001$ ).

### A meddőség életminőségi következményeinek percepciója

A fentebb bemutatott FertiQoL kérdőív eredményeit Kruskal–Wallis-próbának vetettük alá, amely során megvizsgálhattuk, hogy a hallgatók és férfiak tünetekre

vonatkozó becslései szignifikánsan eltérnek-e a meddő párok nő és férfi tagjainak beszámolóitól (3. és 4. táblázat). Amennyiben a Kruskal–Wallis-próba különbséget mutatott ki a csoportok becsléseinek átlagangszámái között, Dunn-féle post hoc vizsgálattal elemeztük a különbségeket.

### Testi és kognitív tünetekre vonatkozó értékelések

A kognitív és testi tünetekre vonatkozó skálánál a hallgatók (férfiak és nők is) szignifikánsan alulbecsülték a meddő párok férfi és nő tagjainak érintettségét több tétel

4. táblázat | Az orvostanhallgatók becsléseinek és a meddő párok válaszainak összehasonlítása az érzelmi megterheltséget illetően

	Meddő nők	Átlagos rangszámérték		Kruskal–Wallis-próba			Dunn (p)
		Női hallgatók	Férfi hallgatók	K	df	p	
Úgy érzi, hogy meg tud birkózni termékenységi problémáival?	91	121	125	15,4*	2	0,0001	<0,0001 0,003
Termékenységi problémái féltékenységet és neheztelést váltanak ki Önből?	142	74	76	69,2*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Bánatos és/vagy van-e veszteségérzése amiatt, hogy nem lehet gyermeke (vagy több gyermeke)?	74	135	144	65,4*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Ingadozik a remény és a kétségbeesés között termékenységi problémái miatt?	90	127	116	18,3*	2	0,0001	<0,0001 <0,0001
Érez szomorúságot és lehangoltságot termékenységi problémái miatt?	72	139	143	71*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Termékenységi problémái haragot váltanak ki Önből?	137	81	80	47,4*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001

	Meddő férfiak	Átlagos rangszámérték		Kruskal–Wallis-próba			Dunn (p)
		Női hallgatók	Férfi hallgatók	K	df	p	
Úgy érzi, hogy meg tud birkózni termékenységi problémáival?	73	136	141	61,3*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Termékenységi problémái féltékenységet és neheztelést váltanak ki Önből?	152	65	68	114,3*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Bánatos és/vagy van-e veszteségérzése amiatt, hogy nem lehet gyermeke (vagy több gyermeke)?	110	95	124	7,3	2	0,02	n. s. n. s.
Ingadozik a remény és a kétségbeesés között termékenységi problémái miatt?	135	80	86	43,9*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001
Érez szomorúságot és lehangoltságot termékenységi problémái miatt?	120	87	112	15,0	2	0,001	<0,0001 n. s.
Termékenységi problémái haragot váltanak ki Önből?	153	62	73	119,8*	2	<0,0001	<0,0001 <0,0001

■ Szignifikáns pozitív irányú eltérés a Dunn-féle post hoc teszt alapján.

■ Szignifikáns negatív irányú eltérés a Dunn-féle post hoc teszt alapján.

\*Az eredmény szignifikáns különbséget mutat 0,0001-es szignifikanciaszinten.

esetén is (3. táblázat). A statisztikai vizsgálat szerint szignifikáns felülbecslés csak a meddő párok női tagjának figyelmi és koncentrációs tüneteinek megítélésénél született ( $p < 0,0001$ ). Szignifikánsan alulértékelték azonban a hallgatók a fáradtság ( $p < 0,0001$ ), a fizikai fájdalom ( $p < 0,0001$ ) és a gátoltságérzet ( $p < 0,0001$ ) jelenlétét meddő párok férfi és női tagjánál is. Mindemellett csak férfiaknál értékelték alul a hallgatók a koncentrációs problémákat ( $p < 0,0001$ ), illetve az életcélok elérésének gátoltságát ( $p < 0,0001$ ). A női és a férfi hallgatók között egyetlen tételnél mutatkozott különbség: a kimerültség-

érzet jelenlétének megítélése nem különbözött a férfi hallgatóknál meddő párok férfi tagjainak valós beszámolótól (nem volt szignifikáns különbség), a nőhallgatóknál azonban szignifikáns ( $p < 0,0001$ ) alulbecslés jelent meg.

#### Érzelmi tünetekre vonatkozó értékelések

Az érzelmi skála eredményei szerint a meddő párok férfi és nőtagjainak megküzdési képességét egyaránt túlbecsülik a hallgatók nemtől függetlenül ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,0001$ ) (4. táblázat). A hallgatók fölülértékelték a meddő párok

nőtagjainál az érzelmi ingadozást ( $p < 0,0001$ ), míg ugyan-  
 ezt a tünetet a meddő férfiakra vonatkozóan a hallgatók  
 – férfiak és nők egyaránt – alulértékelték ( $p < 0,0001$ ).  
 Mindkét nem túlbecsülte azonban a meddő nők által átél-  
 t bántósság és szomorúságérzet jelenlétét ( $p < 0,0001$ ).  
 A szomorúság esetében a meddő párok férfi tagjával  
 kapcsolatban a női hallgatók becslése tért el szignifikán-  
 san a valós beszámolóktól ( $p < 0,0001$ ). A hallgatók nem-  
 től függetlenül alulértékelték a meddőség okozta fél-  
 tékenységet és haragot meddő férfiaknál és nőknél is  
 ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,0001$ ).

## Megbeszélés

Az orvostanhallgatók a meddőséggel kapcsolatos tudá-  
 sük szerint heterogén csoportot alkotnak. Többségük  
 találkozott már meddő párokkal magánéletében, azon-  
 ban szakmai tapasztalatszerzésre alig 9%-uknak nyílt le-  
 hetősége a megkérdezésükkor. Bár a vizsgálatba bevon-  
 tak többsége személyesen is ismer terméketlen pár(oka)t,  
 a meddőség definícióját mindössze egyharmaduk is-  
 merte pontosan, főként, akik tanulmányaik során már  
 találkozhattak a meghatározással. Ez magasabb, mint az  
*Ali és mtsai* [11] által közölt arány (25%). A különbséget  
 magyarázhatjuk a vizsgálati személyeink szakmai tudá-  
 sával. Fontos ugyanakkor felismernünk azt, hogy bár az  
 orvostanhallgatók nagy számban találkoztak a meddőség  
 jelenségével (48%), ennek ellenére azok sem rendelkez-  
 nek minden esetben helytálló ismeretekkel, akik szemé-  
 lyesen ismernek termékenységi gondokkal küzdő páro-  
 kat, hiszen a helyes definíciót alkotók aránya 35% volt.  
 Az előzetes szakirodalmi adatokat [11, 12, 13, 14, 15,  
 16] alátámasztva tehát a vizsgálatunk is homályos téma-  
 specifikus ismeretekre derített fényt az orvostanhalla-  
 gatók körében.

Vizsgálatunkban a meddőségi diagnózishoz szüksé-  
 ges időt a kitöltők átlagosan a szakirodalmi adatokkal  
 egybevágóan becsülték meg, azonban a válaszok 6 hó-  
 nap és 10 év között ingadoztak, ami nagyon hasonlít az  
*Okonofua, Harris és Odebiyi* [21] által leírtakhoz. Az ál-  
 taluk megkérdezettek a diagnózishoz szükséges időt 5  
 hónap és 5 év közötti intervallum között becsülték.  
 Mindez jól példázza azt, hogy még a jövőbeli egészség-  
 ügyi szakemberek között is mennyire változatos formát  
 öltenek a meddőséghez fűződő elképzelések, ahogyan  
 arra már mások is rámutattak laikusok körében [11, 12,  
 13, 14, 16].

A meddőség magyarországi gyakoriságát a hallgatók  
 némileg felülbecsülték. Az eredmény *Miall* [25] ered-  
 ményeihez illeszkedik, aki laikusok körében szintén felül-  
 becslési tendenciáról számol be. A szerző ezt a tenden-  
 ciát azzal magyarázza, hogy a téma előtérbe helyezésével  
 a gyakoriságra vonatkozó becslések önmagukban is nö-  
 vekednek, mivel a válaszadók fontosnak értékelik a kuta-  
 tás pusztá ténye miatt a jelenséget, így annak gyakori-  
 ságát is felülértékeli. *Ekelin és mtsai* [26] kutatásukban  
 szintén hasonló eredményeket írnak le.

Ez a felülbecslési tendencia azonban kifejezettebben  
 jelentkezett az asszisztált reprodukciós technikák sike-  
 rességének megítélésénél az előzetes szakirodalmi ered-  
 ményekkel egybevágóan [16, 20, 27, 28]. Ez az ered-  
 mény utalhat arra, hogy az orvosjelöltek – a laikusokhoz  
 hasonlóan – olyan bizakodó beállítódással rendelkeznek  
 a medikális eljárások irányában, amely szerint rendkívül  
 sikeresnek vélik ezeket a technikákat. A képzésük során  
 mindenképpen érdemes lehet ezen technikák sikerességi  
 arányával kapcsolatos elképzelések tisztázására, korrigá-  
 lására.

A meddőség okainak százalékos megítélésénél vi-  
 szonylag pontos eredmények születtek. Érdekes megfi-  
 gyelnünk, hogy az okok gyakoriságának megítélésénél  
 jelentkező torzítás főként a női eredetű meddőség ese-  
 tében áll fenn. A hallgatók továbbá magasabbra értékel-  
 ték a női okok gyakoriságát, mint a férfi eredetű meddő-  
 ségét, bár tudjuk, hogy e kettő közel azonos. Erre a  
 tendenciára *Forsythe* és *Miall* is rámutattak már, kiemelve  
 azt, hogy ez a torzítás kulturális sztereotípiákból fakad  
 [29, 30]. A kultúra ugyanis hajlamos a nőkhöz kötni a  
 meddőség eredetét. Ez abból az értékrendszerből ered-  
 het, amely szerint egy felnőtt – különösen egy nő – szá-  
 mára a felnőttlét záloga és legfontosabb szerepe a szülő-  
 szerep [31, 32]. Minél inkább azonosul tehát az egyén  
 ezekkel a nézetekkel, annál inkább előtérbe helyezi a  
 meddőség tekintetében a nők érintettségének kérdését.  
 Összességében azt mondhatjuk, hogy a hallgatóknál a  
 pronatalista nézetrendszerrel való azonosulásra követ-  
 kezethetünk a fenti eredmények alapján.

A kultúra vélekedésmódozó hatására *Malin* [32] is rá-  
 mutatott, aki felhívja a figyelmet arra, hogy az orvosi  
 praxis kultúrába ágyazottan formálódik és változik. *Malin*  
 [32] abból indul ki, hogy az orvosok percepcióját a  
 pácienseikről, a kezelésekről, a gyermektelenség élmé-  
 nyéről nagyban befolyásolják az apaságról, az anyaságról,  
 a férfi és női szerepekről, illetve az orvos- és betegszerep-  
 ről alkotott kulturális nézetek. Azt mondhatjuk tehát,  
 hogy nemcsak a meddőséggel kapcsolatos vélekedése-  
 ket, hanem a meddő egyénekre vonatkozó percepciókat  
 is befolyásolja a kultúra és az abban élő sztereotípiák.  
 A kulturális sztereotípiák tehát a jövőbeli szakemberek  
 leendő pácienseikre irányuló percepcióját is előhangol-  
 ja. A vizsgálatunkban a meddőség érzelmi, illetve kog-  
 nitív és testi következményeivel kapcsolatos elképzelé-  
 sekben jelentkező torzításokat magyarázhatjuk a kultúra  
 előhangoló hatásával, amely a sztereotípiákon keresztül  
 fejtik ki hatásukat.

Kutatásunkban a FertiQoL kérdőív hallgatók által ki-  
 töltött értékeléseit meddő pároktól származó adatokkal  
 vetettük össze, amely alapján azt mondhatjuk, hogy a  
 válaszadók több tételnél is – a kulturális nemi szerepel-  
 várásoknak és sztereotípiáknak megfelelően – súlyosabb  
 érzelmi és testi érintettséget feltételeznek egy meddő  
 pár női tagjánál, mint egy férfi esetében. A szakiroda-  
 lomban heves vita alakult ki azzal kapcsolatban, hogy a  
 meddőség valóban súlyosabban érinti-e a nőket, mint a

férfiakat. Egyes kutatók a nők szenvedéstöbblete mellett érvelnek [33, 34, 35, 36], míg egy kisebb tábor épp az ellenkező álláspontot vallja [37]. Más kutatások azt az álláspontot erősítik, amely szerint a meddőségre a nők és a férfiak nem adnak különböző emocionális választ [38].

Vizsgálatunkban az érzelmi tünetek megítélése egyes képet mutatott terméketlen párok nő tagjának tekintetében. Emellett megállapíthatjuk, hogy a férfi és a női hallgatók is hasonló irányú válaszadási tendenciával voltak jellemezhetőek. Az általunk vizsgált hallgatók főként a meddő párok női tagjánál feltételeznek a valóságban megjelenőhöz képest hangsúlyosabb érzelmi tüneteket, például ingadozó érzelmi állapotot, szomorúság esetében. A meddő párok nőtagjainál megjelenő féltékenység- és haragérzet súlyosságát azonban alulbecsülték a válaszadók nemtől függetlenül.

Ezzel szemben a hallgatók a meddő párok férfi tagjait érintő érzelmi terhek megítélésénél két tétel kivételével minden esetben alulértékelték a férfiak érintettségét. Férfiak tekintetében tehát a hallgatók nem feltételeznek olyan súlyos érintettséget a féltékenység, érzelmi ingadozás és a harag átélésének esetében, mint amilyenről a páciensek valójában beszámolnak.

A hallgatók emellett mindkét nem esetében jobb megküzdést feltételeznek, mint amiről a páciensek beszámolnak. Összességében azt mondhatjuk, hogy a hallgatók elképzelései nem tükrözik a valóságot a terméketlenségi problémával küzdő páciensek emocionális terheinek megítélésénél. Ez egyrészt fakadhat a kulturális nemi sztereotípiákból, másrészt a hallgatók tapasztalatlanságából, de akár abból is, hogy a magyar meddő férfiak a nemzetközi adatokhoz viszonyítva több, meddőség okozta aggodalomról számolnak be [39].

A jövőbeli gyakorlati munka szempontjából hasonlóan fontos eredmény az, hogy a vizsgálatunkban a hallgatók – nemtől függetlenül – alulértékelték az infertilis párok női és férfi tagjainál egyaránt a meddőség következtében fellépő testi-kognitív tünetek jelenlétét (a mindennapi munkavégzés gátoltságát, a fáradtságot és a fizikai fájdalmakat), azaz elképzeléseik nem esnek egybe a páciensek beszámolóival. A jövőbeli orvos–beteg találkozások szempontjából lényeges lenne a hallgatókat felkészíteni arra, hogy a meddőség diagnózisa önmagában véve fizikai jellegű tüneteket is okoz(hat) a pácienseknél. A felesleges beavatkozások elkerülése, a páciensek igényeinek felismerése fontos része a meddőség kezelésének és egybeesnek a páciensek elvárásaival [40].

Az eredményeink szerint az általunk vizsgált orvostanhallgatók a meddő párok férfi tagjainak testi tüneteit alulbecsülik: a fellépő koncentrációs zavarokat, az életcélok előmozdításához kapcsolódó képtelenség érzetét, a mindennapi munkavégzésben való gátoltság érzését és a fizikai fáradtságot. Ehhez hasonlóan a meddő párok női tagjánál fellépő fizikai tünetekről is torzított elképzelésekkel rendelkeznek a hallgatók: alulértékelték a nők fizikai tüneteinek jelenlétét például a gátoltság, fáradékonyság, fájdalomérzet tekintetében.

Összegezve azt mondhatjuk, hogy az orvostanhallgatók a meddő párok férfi tagjainak esetében alulbecsülik a páciensek valós beszámolóihoz képest a meddőséghez kapcsolódó érzelmi és testi tünetek jelenlétét. A terméketlenségi problémával küzdő párok női tagjainak esetében a hallgatók elképzelései bizonyos érzelmi tüneteknél (például szomorúság, érzelmi ingadozás) súlyosabb érintettséget feltételeznek, amely mögött nemi sztereotípiákat feltételezhetünk (hiszen a felülbecslési tendencia nem jelenik meg a meddő párok férfi tagjával szemben). A testi tünetek esetében azonban mindkét nemmel szemben alulértékelték a hallgatók ezen tünetek súlyosságát.

## Következtetések

A jövőbeli szakemberek számára a meddőség kezelése egy olyan komplex feladat, amely megkívánja azt, hogy a teljes embert figyelembe vevő, integratív szemlélettel, pontos ismeretekkel és torzításoktól mentes elképzelésekkel rendelkezzenek a jelenséget és következményeit illetően. Az orvostanhallgatók számára előnyös lenne az eredményeink alapján további ismeret- és tapasztalatszerzési lehetőséget nyújtani e témában.

A nemi sztereotípiák, eredményeink szerint, potenciálisan torzíthatják a jövőbeli páciensek észlelésének pontosságát, amely főként a férfiakat érintheti hátrányosan. Különösen fontos azok számára a meddőséggel kapcsolatos nézeteik és érzékenységük finomítása, akik a jövőben valószínűleg részt vesznek majd a meddőségi ellátásban (vizsgálatunkban a hallgatók közel egytizede tervezte ezt), ezért az orvoscépzés során még hangsúlyosabban kellene érinteni ezeket a területeket.

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

*Szerzői munkamegosztás:* E. M.: A vizsgálat megtervezése, hipotézisek kidolgozása, vizsgálat lefolytatása, statisztikai elemzések, kézirat megszövegezése, kézirat végleges változatának elkészítése. CS. R. E.: A vizsgálat megtervezése, hipotézisek kidolgozása, kézirat megszövegezése, kézirat végleges változatának jóváhagyása. B. A.: A vizsgálat megtervezése, kézirat megszövegezése, kézirat végleges változatának jóváhagyása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Schmidt, L.: Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *Lancet*, 2006, 367(9508), 379–380.
- [2] Kraaij, V., Garnefski, N., Vlietstra, A.: Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 2008, 29(1), 9–16.

- [3] Burns, L. H.: An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Fam. Syst. Med.*, 1990, 8(2), 177–189.
- [4] Kapitány, G., Spéder, Zs.: Fertility. In: Monostori, J., Őri, P. S., Molnár, E., et al. (eds.): Demographic portrait of Hungary 2009. [Gyermekvállalás. In: Monostori, J., Őri, P. S., Molnár, E., et al. (szerk.): Demográfiai portré 2009.] KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, 2009, Budapest. [Hungarian]
- [5] Kapitány, G., Spéder Zs.: Fertility. In: Monostori, J., Őri, P. S., Molnár, E., et al. (eds.): Demographic Portrait of Hungary 2011. [Gyermekvállalás. In: Monostori, J., Őri, P. S., Molnár, E., et al. (szerk.): Demográfiai portré 2011.] KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [6] Bernard, A., Krizsa, F.: Infertility in general. In: Kaáli, S. G. (ed.): The modern diagnosis and therapy of infertility. [A meddőségről általában. In: Kaáli, S. G. (szerk.): A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [7] Szeverényi, P.: Physician-patient relationship and communication. In: C. Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (eds.): Psychiatry and psychology in gynecology and obstetrics. [Orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció. In: C. Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (szerk.): Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [8] Omu, F. E., Omu, A. E.: Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nurs.*, 2010, 9, 5.
- [9] Túry, F.: Behavioral medicine in behavioral science. [A magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében.] Magyar Tudomány, 2003, 48(11), 1373–1380. [Hungarian]
- [10] Sina, M., Ter Meulen, R., Carrasco de Paula, I. C.: Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 2010, 31(3), 158–167.
- [11] Ali, S., Sophie, R., Imam, A. M., et al.: Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011, 11, 760.
- [12] Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., et al.: Fertility awareness, intentions concerning childbearing and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum. Reprod.*, 2006, 21(2), 558–564.
- [13] Quach, S., Librach, C.: Infertility knowledge and attitudes in urban high school students. *Fertil Steril.*, 2008, 90(6), 2099–2106.
- [14] Rovei, V., Gennarelli, G., Lantieri, T., et al.: Family planning, fertility awareness and knowledge about Italian legislation on assisted reproduction among Italian academic students. *Reprod. BioMed. Online*, 2010, 20(7), 873–879.
- [15] Ceballos, R., Abbey, A., Schooler, D.: Perceptions of women's infertility: What do physicians see? *Fertil. Steril.*, 2010, 93(4), 1066–1073.
- [16] Stoebel-Richter, Y., Geue, K., Brokenhagen, A., et al.: What do you know about reproductive medicine? – Results of a German representative survey. *PLoS ONE*, 2012, 7(12), e50113.
- [17] Michaels, E.: FPs can play important role in treatment of infertile patients, counsellors say. *CMAJ*, 1996, 154(10), 1559–1561.
- [18] Whitten, A. N., Remes, O., Sabarre, K. A., et al.: Canadian university students' perceptions of future personal infertility. *Open J. Obstet. Gynaecol.*, 2013, 3(7), 561–568.
- [19] Boivin, J., Takefman, J., Braverman, A.: The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Hum. Reprod.*, 2011, 26(8), 2084–2091.
- [20] Padma, B.: A study to assess the knowledge of infertile couples regarding infertility in selected areas at Raichur. Dissertation. Rajiv Gandhi University of Health Sciences, Karnataka, Bangalore, 2005.
- [21] Okonofua, F. E., Harris, D., Odebiyi, A., et al.: The social meaning of infertility in Southwest Nigeria. *Health Transit. Rev.*, 1997, 7, 205–220.
- [22] Füredi, K.: Infertily beliefs about fertility and fertile thoughts about sterility. Reasons of infertility and theories. [Meddő hiedelmek a termékenységről és termékeny gondolatok a meddőségről, avagy a meddőség okai és a meddőség okairól való vélekedések.] ELTE, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [23] Cserepes, R. E., Kőrösi, T., Bugán, A.: Characteristics of infertility-specific quality of life in Hungarian couples. [A meddőséggel összefüggő életminőség jellemzői magyar pároknál.] *Orv. Hetil.*, 2014, 155(20), 783–788. [Hungarian]
- [24] Adamson, G. D., Mouzon, J., Lancaster, P., et al.: World collaborative report on in vitro fertilization 2000. *Fertil. Steril.*, 2006, 85(6), 1586–1622.
- [25] Miall, C. E.: Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support. *Can. Rev. Soc.*, 1994, 31(4), 392–421.
- [26] Ekelin, M., Åkesson, C., Ångerud, M., et al.: Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building. *Reprod. Health*, 2012, 9, 6.
- [27] Sobrabvand, F., Jafarabadi, M.: Knowledge and attitudes of infertile couples about assisted reproductive technology. *Iran. J. Reprod. Med.*, 2005, 3(2), 90–94.
- [28] In the Know: Fertility IQ 2011 survey. Fertility knowledge among US women aged 25–35. Report on the In The Know: Fertility IQ 2011 Survey, Medaxial, 2011.
- [29] Forsythe, S.: Social stigma and the medicalisation of infertility. *J. Manic. Anthropol. Stud. Assoc.*, 2009, 28, 22–36.
- [30] Miall, C. E.: The stigma of involuntary childlessness. *Soc. Probl.*, 1986, 33, 268–282.
- [31] Letherby, G.: Childless and bereft? Stereotypes and realities in relation to 'voluntary' and 'involuntary' Childless and Womanhood. *Sociol. Inq.*, 2002, 72(1), 7–20.
- [32] Malin, M.: Good, bad and troublesome. Infertility physicians' perceptions of woman patients. *Eur. J. Womens Stud.*, 2003, 10(3), 301–319.
- [33] Berg, B. J., Wilson, J. F., Weingartner, P. J.: Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Soc. Sci. Med.*, 1991, 33(9), 1071–1080.
- [34] Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., et al.: Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil. Steril.*, 1991, 55(1), 100–108.
- [35] Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., et al.: Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet. Gynecol. Scan.*, 1999, 78(1), 42–48.
- [36] Onat, G., Kizilkaya-Beji, N.: Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2012, 165(2), 243–248.
- [37] Greil, A. L.: Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc. Sci. Med.*, 1997, 45(11), 1679–1704.
- [38] Kazandi, M., Gunday, O., Mermer, T. K., et al.: The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iran. J. Reprod. Med.*, 2011, 9(2), 99–104.
- [39] Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., et al.: Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2013, 288(4), 925–932.
- [40] Ittner, E., Himmel, W., Kochen, M. M.: Management of involuntary childlessness in general practice – patients' and doctors' views. *Br. J. Gen. Pract.*, 1997, 47(415), 105–106.

(Cserepes Réka Eszter,  
Debreccen, Nagyerdei krt. 98., 4032  
e-mail: cserepes.reka@sph.unideb.hu)