

**Fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágának
vizsgálata az önkritikusság, önegyüttérzés és énhatékonyság
tükrében**

Készítette: Bettesová Kristína

Témavezető: Zsila Ágnes, PhD.

Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar
Pszichológia BA

Tartalomjegyzék

ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK LISTÁJA	3
ABSZTRAKT:	4
1. BEVEZETŐ:	5
1.1. MENSTRUÁCIÓS ATTITÜDÖK	5
1.2. FÁJDALMAS MENSTRUÁCIÓ	6
1.3. ÖNKRITIKUSSÁG	7
1.4. ÖNKRITIKUSSÁG ÉS FÁJDALOM	8
1.5. ÖNEGYÜTTÉRZÉS	9
1.6. ÉNHATÉKONYSÁG	10
1.7. SZAKIRODALMI ÖSSZEFOGLALÓ	11
1.8. HIPOTÉZISEK	11
2. MÓDSZERTAN:	12
2.1. DEMOGRÁFIAI ADATOK	12
2.2. MÉRŐESZKÖZÖK	13
2.3. ETIKAI SZEMPONTOK	16
2.4. ELJÁRÁS	17
2.5. ADATFELDOLGOZÁS ÉS ADATELEMZÉS	17
3. EREDMÉNYEK:	18
3.1. LEÍRÓ STATISZTIKA	18
3.2. HIPOTÉZISVIZSGÁLATOK	23
3.2.1. H1 hipotézis tesztelése	23
3.2.2. H2 hipotézis tesztelése	24
3.2.3. H3 hipotézis tesztelése	25
3.2.4. H4 hipotézis tesztelése	25
4. MEGVITATÁS:	26
4.1. AZ EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE ÉS MEGVITATÁSA	26
4.2. KORLÁTOK	30
4.3. KITEKINTÉS	30
5. ÖSSZEFOGLALÁS	31
6. IRODALOMJEGYZÉK:	32

Ábrák, táblázatok listája

1.ábra: A válaszadók nőgyógyászati látogatásainak gyakorisági eloszlása.

2.ábra: A kitöltők menstruáció során jelentkező fájdalmának gyakorisága.

1.táblázat: A skálák teljes mintára számolt átlaga, szórása és megbízhatósági mutatói.

2.táblázat: A H1 hipotézis korrelációs együtthatói.

Absztrakt:

Elméleti háttér: A menstruáció a női lét meghatározó része, szinte minden nő életében jelen van. A jelenséghez általában negatív tapasztalatok és attitűdök társulnak; a nők többsége a menstruációt és az azt megelőző premenstruációs napokat negatív eseményként éli meg. A menstruációs fájdalom egy krónikus fájdalomállapot, melyet számos pszichológiai tényezővel összefüggésben vizsgáltak már. Jelen kutatás kifejezetten a fájdalmas menstruációban (*dysmenorrhoea*) szenvedő nők élményvilágát térképezi fel olyan pszichológiai aspektusok mentén, mint az önkritikusság, az önegyüttérzés, valamint az énhatékonyság.

Módszerek: A kutatásban 18-50 év közötti nők vettek részt ($N=203$, $M=28,4$ év, $SD=9,3$), akik már/még menstruálnak. A vizsgálatban való részvételhez nem volt kritérium a *dysmenorrhoea*. Az önkitöltős kérdőívet online térben terjesztettem. A kérdőívcsomag demográfiai és a menstruációs ciklussal kapcsolatos saját kérdések mellett az alábbi kérdőíveket tartalmazta: Menstruációs Attitűd Kérdőív magyar változata, Önegyüttérzés Skála magyar változata, Önkritikusság és Önmegerősítő Skála magyar változata, Új Általános Énhatékonyság Skála magyar fordítása.

Eredmények: A statisztikai elemzést követően elmondható, hogy az erősebb menstruációs fájdalmat tapasztaló nők a menstruációt gyengítő, valamint kellemetlen eseménynek tartják, és egyetértenek azokkal a hiedelmekkel, amelyek a menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozásról szólnak, továbbá kevésbé tagadják a menstruáció bármely hatását. A menstruációs fájdalom erőssége pozitív összefüggést mutatott az önegyüttérzés magasabb szintjével, valamint az önkritikusság „Alkalmatlan én” komponensével. Az önegyüttérzés pozitív irányban, az önkritikusság „Gyűlölt én” komponense pedig negatív irányban képes bejósolni a magasabb énhatékonyságot.

Következtetés: A kutatás eredményei hasznosak lehetnek a tudományos és a klinikai világ számára, mivel olyan pszichológiai folyamatok képezik a tárgyát, amelyek összefüggésben állhatnak különféle klinikai zavarokkal; valamint hozzájárulhatnak a fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágával foglalkozó szakirodalom bővítéséhez.

Kulcsszavak: *énhatékonyság, fájdalmas menstruáció, menstruációs attitűd, önegyüttérzés, önkritikusság*

1. Bevezető:

A műhelymunkám középpontjában azon nők csoportja áll, akik a menstruációjuk során erősebb menstruációs fájdalmakat tapasztalnak. A menstruáló nők szubjektív élményvilága számos kutatás tárgyát képezi, azonban vannak olyan pszichológiai konstruktumok, amelyekkel még nem vizsgálták a kapcsolatát. A menstruációs fájdalom pszichológiai vetületeivel foglalkozó szakirodalom egyelőre nem túl gazdag, a tanulmányok elsősorban a fájdalomkatasztrófizálással, a pszichológiai distresszel, a depresszióval és szorongással való összefüggéseire térnek ki. A kutatásom célja a fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágának feltárása, olyan aspektusok mentén, amelyek még nem kaptak kellő figyelmet a témával foglalkozó szakirodalomban.

Számos tanulmányt olvashatunk, amelyek a nők menstruációs attitűdjeit taglalják, például nemi vagy kulturális eltérések kontextusában, azonban a fájdalom és a menstruációs attitűd közötti kapcsolat egy kevésbé kutatott területe a témának. A fájdalom, azon belül is a krónikus fájdalom és az önkritikusság kapcsolatáról már születtek kutatások, illetve az önkritikusság és az önegyüttérzés kapcsolata is ismert. Mivel a menstruációs fájdalomra egyfajta krónikus fájdalomállapotként tekinthetünk, érdemes lehet megvizsgálni a menstruációs fájdalom kapcsolatát az önkritikussággal, illetve az önegyüttérzéssel, továbbá ezek összefüggéseit az énhatékonysággal. A magas önegyüttérzéssel rendelkező személyekre inkább a megvalósítási célok jellemzőek, mintsem a teljesítménycélok, így érdemes kiterjeszteni ezen feltevést, és megvizsgálni az önegyüttérzés, illetve az önkritikusság kapcsolatát az általános énhatékonysággal, annak érdekében, hogy feltárjuk, a fájdalmas menstruációban szenvedő nők hogyan képesek megbirkózni az útjukba kerülő általános nehézségekkel. Nem utolsósorban a kutatásnak célja a fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágáról szóló szakirodalom bővítése.

1.1. Menstruációs attitűdök

A havi vérzés szinte minden nő számára általános tapasztalat, a női identitás egyik kulcsfontosságú része. A felnőtt nők menstruációs tapasztalataival és attitűdjeivel foglalkozó szakirodalom rendszerint negatív képet fest a jelenségről, gyakran olyan időszaknak ábrázolja, amikor a nőknek jelentős pszichés és fizikai tünetekkel kell megbirkózniuk. A nők többsége a menstruációt és az azt megelőző premenstruációs napokat negatív eseményként éli meg, és kellemetlen időszaknak tartja (Brooks-Gunn és Ruble, 1982; Ericksen, 1987; Johnston-Robeldo és Stubbs, 2013). A menstruációval kapcsolatos negatív attitűdök kedvezőtlenül

befolyásolhatják a nők testképét, a betegségek okozati összefüggéseinek megítélését, a táplálkozást, a gyógyszeres kezelésre való hajlandóságot, a fogamzásgátló használatát és a terhesség tervezését (Anjum, Zehra, Haider, Rani, Siddique és Munir, 2010).

Általánosan elterjedt egyebek mellett az az elképzelés, hogy a menstruáló nőnek nincs kontrollja hangulata, gondolatai, viselkedése felett az ingadozó hormonszintek miatt (Walker, 1997; Ussher, 2006). Az ehhez hasonló negatív vélekedések együttesen képezik a menstruáló nő negatív sztereotípiáját, amely különösen a menstruáció előtt lévő nőre vonatkozik, aki érzelmileg labilis, kontrollálhatatlan, irracionális, valamint fizikailag és mentálisan beteg (Chrisler, 2008; Erchull, Chrisler, Gorman és Johntson-Robeldo, 2002).

A menstruáló nőknél kialakulhat szégyenérzet is, amely következtében tárgyiasítják a testüket (Roberts, 2004), vagy öntárgyiasításba kezdenek, amely fizikai és mentális állapotuk romlását eredményezi (depresszió, evészavarok, szexuális diszfunkciók, csökkent flow élmények) (Fredrickson és Roberts, 1997).

Magyar mintán is vizsgálták a menstruációs attitűdöket, többek között a férfiak és nők, illetve az anyák és lányaik menstruációval kapcsolatos attitűdjeinek összehasonlítása céljából (Nyitrai és Takács, 2019b, 2019c). Ami a nemi eltéréseket illeti, a nők és férfiak hasonlóképp vélekednek a menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozásról, illetve kellemetlen eseménynek tartják a menstruációt. A nők viszont inkább egyetértenek azzal, hogy a menstruáció természetes esemény, mint a férfiak, azonban kevésbé vélik úgy, hogy az gyengítő esemény, illetve, hogy bármely hatását tagadni kellene. Megállapították továbbá, hogy az anyák és lányaik menstruációs attitűdje hasonló abban, ahogy annak gyengítő mivoltáról vélekednek, azonban minden más tekintetben különböző. Az anyák például a menstruációt inkább természetes eseménynek tartják, mint lányaik, akik azt inkább kellemetlen eseményként élik meg.

1.2. Fájdalmas menstruáció

A nők többsége tapasztal valamilyen mértékű fájdalmat, illetve egyéb kellemetlen tüneteket a menstruációja során, valamint az azt megelőző napokban. A menstruációs fájdalom, mivel általában ciklikusan jelentkezik, egyfajta krónikus fájdalomállapotnak tekinthető (Berkley, 2013). A fájdalmas menstruációnak (*dysmenorrhoea*) két típusát különbözteti meg a szakirodalom: az elsődleges – és a másodlagos dysmenorrhoeát.

Az *elsődleges dysmenorrhoea* jellemzője a görcsös kismencedei fájdalom, amely közvetlenül a menstruáció előtt vagy annak kezdetén jelentkezik, és a vérzés első egy-két napja

alatt a legintenzívebb (Coco, 1999). A fájdalmat gyakran kíséri émelygés, hányás, hasmenés, puffadás, fáradtság, álmatlanság és hangulatváltozások (Iacovides, Baker, Avidon és Bentley, 2013). A primer dysmenorrhoea további fontos jellemzője, hogy a fájdalom hátterében nem áll fenn kismencedei patológiai elváltozás (Dawood, 2006; Iacovides, Baker, Avidon és Bentley, 2013). A fájdalom feltehetőleg a menstruációs vérben felszabaduló magas prosztaglandinszintnek tudható be, amely fájdalommal járó méhösszehúzódnásokat okoz, illetve a vazopresszin is szerepet játszhat a fájdalom mértékében, ugyanis növeli a méhösszehúzódnásokat (French, 2005). A reprodukív korú nők körében 45-95% a prevalenciája (Jamieson és Steege, 1996; Proctor és Farquhar, 2006; Unsal, Ayranci, Tozun, Arslan és Calik, 2010) és leginkább a 20-24 éves korosztályt érinti (Iacovides, Baker, Avidon és Bentley, 2013; Mavrelós és Saridogan, 2017).

A *másodlagos dysmenorrhoea* egy másik kóros állapotból (például endometriózis, adenomyosis, miomák, kismencedei gyulladás) származtatható (Mavrelós és Saridogan, 2017; Proctor és Farquhar, 2006), tehát valamilyen kismencedei patológiás elváltozásra vezethető vissza. A menstruációs fájdalmat más nőgyógyászati tünetek is kísérhetik, például a ciklusközi és/vagy erős vérzés, dyspareunia, meddőség. A szekundér dysmenorrhoeában leginkább a 30-40 éves korosztály érintett (Mavrelós és Saridogan, 2017).

Erőteljesebb menstruációs fájdalomról számolnak be azok a nők, akik krónikus fájdalommal, szabálytalan ciklussal, erős vérzéssel küzdenek, illetve akik a menstruációt gyengítő és megjósolható eseményként élik meg (Brooks-Gunn és Ruble, 1980; Payne, Rapkin, Lung, Seidman, Zeltzer és Tsao, 2016; O'Flynn, 2006; Woods, Most és Dery, 1982). A menstruációs fájdalmat számos pszichológiai tényezővel összefüggésben vizsgálták már, mint például a neuroticizmus, a depresszió és a szorongás (Dorn és munkatársai, 2009; Sigmon, Fink, Rohan és Hotovy, 1996; Silberg, Martin és Heath, 1987). Nyitrai és Takács (2023) megállapították, hogy minél inkább „hajlamos” az egyén a fájdalomkatasztrofizálásra, annál erősebb menstruációs fájdalomról számol be, illetve él meg menstruációs fájdalmat, és mondja azt, hogy a fájdalom korlátozza a mindennapi tevékenységeit (Nyitrai és Takács, 2023).

1.3. Önkritikusság

Önkritikusság alatt azt a tendenciát értjük, hogy az egyén irreálisan magas mércéket állít fel önmagával szemben, önbüntető magatartást tanúsít, és a világot is általában büntetőnek látja (Blatt és munkatársai, 1976; Blatt és Zuroff, 1992; Shahr és Priel, 2003). Az önkritikusság egy komplex jelenség, amely a szégyennel párosulva egyike a legrombolóbb belső

folyamatoknak. Beszűkíti, lezárja az egyénben az olyan belső csatornákat, amelyek az egyén érzelmi világának és önmagának megismeréséért felelősek (Gilbert, McEwan, Gibbons, Chotai, Duarte és Matos, 2012). Az önkritikus személyek alacsony önegyüttérzéssel rendelkeznek, nehézséget okoz számukra a pozitív érzelmek megélése (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus és Palmer, 2006; Gilbert és munkatársai, 2012; Gilbert, McEwan, Matos és Ravis, 2011; Gilbert és Procter, 2006). A magas önkritikusság összefügg a pszichológiai jóllét csökkenésével, a szorongás és depresszió szintjének emelkedésével (Neff és McGehee, 2010). Gilbert, Clarke, Hempel, Miles és Irons (2004) elkülönítik az önkritikusság azon fajtáját, amely a viselkedést ösztönzi és javítja, illetve azon fajtáját, amely az ént károsítja. Funkciója alapján is két típusba sorolható: egyrészt bírhat önfejlesztő, önkorrekciós jelleggel, amely a hibáinkon való folyamatos rágódásból és az alkalmatlanság érzéséből ered; másrészt önbántalmazó, felzaklató szerepet is betölthet, amely az önmagunk felé irányuló megvetésből, önutálatból táplálkozik, és egészen elvezethet az önkárosító gondolatokig, cselekedetekig (Gilbert és munkatársai, 2004). Ezutóbbi fajtája különösen maladaptív és veszélyes az önkritikusságnak. Az önkritikusság értelmezhető személyiségdimenzióként is (Chang, 2008), mely értelmében a jelenség egy kontinuum, amelynek pozitív végén inspiráló, megerősítő jelleggel bír, a negatív végleten pedig egészségtelen és destruktív jelleget ölt.

1.4. Önkritikusság és fájdalom

A fájdalom egy többdimenziós mechanizmus, amely érzékszervi és érzelmi dimenziókra tagolható (Merskey és Bogduk, 1994). Az érzékszervi komponens a fájdalom helyére és intenzitására, az érzelmi komponens pedig a fájdalom kellemetlen érzésére utal, amelyet az egyén a fájdalomhoz kapcsolt szubjektív jelentés következtében él meg, amit befolyásolhat a személyisége, hiedelmei és érzelmei (Hofbauer és mtsai, 2001; Maihofner és mtsai, 2006; Melzack és Casey, 1968; Price, 1999; Treede és mtsai, 1999; Wade és mtsai, 1996). A fentiek alapján, a menstruációs fájdalom egyfajta krónikus fájdalomnak tekintendő (Berkley, 2013). A krónikus fájdalommal küzdő betegeknél az önkritika magas szintje gyakran magas elvárásokban nyilvánul meg a fájdalom szintjével való megbirkózási képességgel kapcsolatban (Lerman, Shahr és Rudich, 2012). Lerman, Shahr és Rudich (2012) longitudinális vizsgálatának az önkritika képezte a tárgyát, mint a fájdalom affektív és szenzoros összetevői, valamint a depresszió közötti kapcsolat moderátora. Eredményeik azt mutatták, hogy a magas affektív fájdalommal és magas önkritikával rendelkező nőknél a depresszió szintje is

emelkedett. A krónikus önkritika leküzdésének egyik hatékony és fenntartható módja lehet az önegyüttérzés növelése (Neff, Kirkpatrick és Rude, 2007).

1.5. Önegyüttérzés

Az önegyüttérzés témája viszonylag új koncepciónak számít a pszichológiában, mint az önértékelés egy alternatív verziója. Többek között a buddhista szemléletmódban gyökeredzik, ezen megközelítésből merít Neff (2003b) koncepciója is, mely az egyik legelterjedtebb önegyüttérzési elmélet.

Az önegyüttérzés magában foglalja azt az önmagunkkal való ítéltetésmentes, jóindulatú bánásmódot, melyet különösen fájdalom, elégtelenségek és kudarc esetén tanúsítunk. Az önegyüttérzés része, hogy saját tapasztalatainkra a nagyobb emberi tapasztalat részeként tekintünk, mint valamire, amit mindannyian tapasztalunk, és nem elszigetelve látjuk azokat. Az önegyüttérző egyének, amikor szenvedéssel, kudarcral szembesülnek, ahelyett, hogy szidnák önmagukat és lekicsinyelnék vagy épp felnagyítanák a problémájukat, inkább melegséggel és megértéssel fordulnak önmaguk felé (Neff, 2003b).

Neff (2003b) elmélete három alkotórészből épül fel: *önegyüttérzés vs. önítélkezés* (nehéz helyzetekben megértők és kedvesek vagyunk önmagunkkal, ahelyett, hogy kritizálnánk vagy elítélnénk önmagunkat), *az emberi közösség érzése vs. izoláció* (elfogadjuk, hogy a tökéletlenségeink, hibáink az emberi lét részei, ezáltal növeljük a közösség, a kölcsönös összekapcsoltság érzését, ahelyett, hogy elkülönítenénk magunkat, növelve az izoláció érzését), *jelentudatosság vs. túlazonosulás* (a nehéz helyzetekben képesek vagyunk saját érzelmeinktől távolságot tartani, így objektíven szemléljük a helyzetet ahelyett, hogy a negatív gondolatainkkal túlazonosulva élnénk át a helyzetet). A szerző elgondolása szerint az önegyüttérzés egyaránt megragadható mint önálló és mint összetett konstrukció is, a hat összetevője mentén.

Gilbert (2005) szerint az önegyüttérzés fokozza a jóllétet, mivel segít az egyénnek a nagyobb biztonság- és kapcsolódásérzet megélésében. A *szociális mentalitás elméletét* (Gilbert, 1989) alapul véve, mely az evolúcióból, a neurobiológiából és a kötődésemélet elveire támaszkodik, azt javasolja, hogy az önegyüttérzés kikapcsolja a fenyegető rendszert (amely a bizonytalanság, a védekezés érzésével és a limbikus rendszerrel hozható kapcsolatba), és aktiválja az önmegnyugtató rendszert (amely a biztonságos kötődés érzéséhez, a biztonságérzethez és az oxitocin-opiát rendszerhez kapcsolódik).

Az önegyüttérzés magasabb szintje összefügg az étellel való elégedettség, a társas kapcsolódás, az érzelmi intelligencia magasabb szintjeivel, az alacsony szintje pedig az önkritika, a rumináció, a perfekcionizmus, a depresszió, a szorongás, a társadalmi összehasonlítás, a harag, a kognitív lezárás iránti igény, a gondolatok elfojtásának, illetve a rendellenes étkezési viselkedések magasabb szintjeivel (Adams és Leary, 2007; Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick és Rude, 2007; Neff és Vonk, 2009). Barnes és munkatársai (2021) az önegyüttérzés szerepét vizsgálták a tartós fájdalom affektív-érzelmi dimenziójában, és azt találták, hogy az önegyüttérzés segítheti a fájdalom elfogadását az egyén önmagához való kedves és megértő hozzáállása révén. Neff, Hsieh és DeJong (2005) eredményei alapján, tanulmányi kontextusban az önegyüttérzés pozitív kapcsolatban áll az elsajátítási célokkal, és negatív kapcsolatban a teljesítménycélokkal (Neff, Hsieh és DeJong, 2005).

1.6. Énhatékonyság

Az énhatékonyság fogalma alatt azt a meggyőződést értjük, hogy az egyén képes az útjába kerülő akadályokkal megbirkózni, mivel rendelkezik az ahhoz szükséges erőforrásokkal, készségekkel (Bandura, 1994). Az énhatékonyság érzése erőteljesen befolyásolja azt is, hogy egy kihívással teli helyzettel mennyire sikeresen tud megküzdeni az egyén. Az énhatékonyságnak két típusát különböztetjük meg. Az *általános énhatékonyság* egyfajta egyetemes konstruktként értelmezhető, amely az élet különféle területein felbukkanó, különböző nehézségek leküzdésére vonatkozik, míg a *specifikus énhatékonyság* kifejezetten egy adott feladat megoldására (Luszczynska, Gutiérrez-Dona és Schwarzer, 2005). Azok a személyek, akik magas énhatékonysággal rendelkeznek, a megoldandó feladatokra jellemzően inkább kihívásként tekintenek, mintsem lehetséges szorongásforrásra. Ezzel a hozzáállással képesek erőfeszítéseket tenni a feladat sikeres megoldása érdekében, és jól is teljesítenek egy adott probléma megoldásában. Ezek a személyek úgy érzik, hogy kontroll alatt tudják tartani a kihívásokkal teli helyzeteket, magasabb az önbizalmuk, és alacsonyabb a stresszre és depresszióra való hajlamuk. Az alacsony énhatékonysággal rendelkező személyek ezzel szemben, ha egy nehéz feladattal találkoznak, azt inkább fenyegetettségként élik meg, így kevésbé képesek azt sikeresen megoldani. Kevésbé elkötelezettek a célok elérése iránt, mint a magas énhatékonysággal jellemezhető társaik, alacsonyabb az önbizalmuk, és a stresszre és depresszióra is hajlamosabbak (Bandura, 1994).

1.7. Szakirodalmi összefoglaló

A menstruáció és a menstruációs fájdalom számos aspektusa, pszichológiai vonatkozása áll a kutatási középpontjában. A szakirodalom általában negatív attitűdöket és sztereotípiákat társít a menstruáció jelenségéhez, és egy olyan időszakként festi le, amikor a nőknek számos pszichés és fizikai kihívással kell megbirkózniuk. Ezek alapján nem meglepő, hogy a nők többsége a menstruációt és az azt megelőző napokat negatív és kellemetlen időszaknak tartja (Brooks-Gunn és Ruble, 1982; Ericksen, 1987; Johnston-Robeldo és Stubbs, 2013). A negatív menstruációs attitűdők pedig kedvezőtlenül befolyásolhatják az egyén életminőségét, illetve pszichés jóllétének számos aspektusát.

A fájdalom egy többdimenziós mechanizmus, amely két komponensből (érzékszervi és érzelmi) tevődik össze (Merskey és Bogduk, 1994). Az érzelmi komponens arra a kellemetlen érzésre utal, amelyet az egyén a fájdalomhoz kapcsolt szubjektív jelentés következtében él meg, amit jelentősen befolyásolhat a személyisége, hiedelmei és érzelmei (Hofbauer és mtsai, 2001; Maihofner és mtsai, 2006; Melzack és Casey, 1968; Price, 1999; Treede és mtsai, 1999; Wade és mtsai, 1996). Ha ezt átemeljük a menstruáció kontextusába, akkor feltételezhetjük, hogy a menstruációs attitűdők is befolyásolhatják az egyén menstruációs fájdalomhoz kapcsolt szubjektív érzéseit. A fájdalom gyakran társul magas önkritikával, amely csökkentésének egyik hatékony módja lehet az egyén önegyüttértzésének növelése (Neff, Kirkpatrick és Rude, 2007). Az önegyüttértzés témája viszonylag új koncepciónak számít a pszichológiában, mint az önértékelés egy alternatív verziója. Érdemes lehet megvizsgálni továbbá, az önkritikusság és önegyüttértzés kapcsolatát az énhatékonysággal, ugyanis az énhatékonyság a későbbiekben meghatározó lehet abban, hogy hogyan képesek a nők kezelni a menstruációs fájdalmakat és az egyéb kihívásokat, amelyet a menstruációjuk során tapasztalnak.

1.8. Hipotézisek

H1 Az erősebb menstruációs fájdalom negatívabb menstruációs attitűddel jár együtt.

H2 Az erősebb menstruációs fájdalom összefügg az önegyüttértzés, valamint az önmegerősítés alacsonyabb szintjével.

H3 Az erősebb menstruációs fájdalom pozitív kapcsolatot mutat az önkritikussággal.

H4 Az önkritikusság alacsonyabb szintje, valamint az önegyüttértzés magasabb szintje bejósolják a magasabb énhatékonyságot.

2. Módszertan:

2.1. Demográfiai adatok

A vizsgálatba olyan nők kerültek bevonásra, akik betöltötték 18. életévüket, illetve már/még rendelkeznek menstruációs ciklussal. A kutatás célcsoportját a fájdalmas menstruációval rendelkező nők képezték, azonban a *dysmenorrhoea* nem volt feltétel a részvételhez, ugyanis az összehasonlítás érdekében szükség volt egészséges, kevésbé fájdalmas menstruációval rendelkező nőkre is. A részvételért a vizsgálati személyek semmilyen ellenszolgáltatást nem kaptak.

Az online kérdőívet 208 személy töltötte ki. Az adatelemzést megelőző adattisztítás során 5 személyt kizártam a vizsgálatból, mivel nem feleltek meg a vizsgálni kívánt korosztály feltételeinek. Egy személy még nem töltötte be a 18. életévét, négyen pedig túlépték a vizsgálati csoport felső korhatárát (50. életév). Ennek következtében az adatelemzést 203 személy adatai alapján végeztem (N=203). A kitöltők átlag életkora 28,389 év (SD= 9,339), a legalacsonyabb életkor 18, a legmagasabb pedig 50 volt.

A válaszadók 31,034%-a (n=63) él községben, illetve falun, 27,586 %-a (n=56) fővárosban, 23,645%-a (n=48) városban és 17,734%-a (n=36) megyeszékhelyen.

Iskolázottság tekintetében a válaszadók közül 6 személy (2,956%) rendelkezik általános iskolai végzettséggel, 98 (48,276%) szakközépiskolai/gimnáziumi végzettséggel, 13 személynek van szakmunkás képzettsége (6,404%), valamint 54 személy (26,601%) rendelkezik főiskolai/BA/BSC diplomával, 32 (15,764%) pedig egyetemi/MA/MSc diplomával.

A vizsgált mintát főként tanulók és hallgatók alkották (52,709%), ezenkívül a kitöltők 38,916%-a főállású dolgozó, 4,433%-a munkanélküli és 3,941%-a van GYED-en, GYES-en. A válaszadók 42,857%-a él párkapcsolatban, 29,557%-a egyedülálló, 26,108%-a házas/élettársi viszonyban él, valamint két személy (0,985%) elvált, egy (0,493%) pedig özvegy.

A kitöltők túlnyomó részének nincs gyermeke (75,369%), továbbá a kitöltők közül 133-an (65,517%) válaszolták, hogy szeretnének (még) gyermeket, 70-en (34,483%) pedig nem.

2.2. MÉRŐESZKÖZÖK

2.2.1. Menstruációs Attitűd Kérdőív magyar változata (MAQ-H, Nyitrai és Takács, 2019a)

A menstruációs attitűd konstruktumának mérésére világszerte a legelterjedtebb kérdőíves eszköz a MAQ (Brooks-Gunn és Ruble, 1980). A kérdőívet továbbá alkalmazzák a menstruációs attitűd és számos egyéb jelenség, mint például a menstruációs tünetek vagy a self-tárgyasítás összefüggéseinek vizsgálatára is. Számos nyelvre fordították le és adaptálták. A magyar változatot Nyitrai és Takács (2019a) dolgozták ki.

A Menstrual Attitude Questionnaire magyar változata, a MAQ-H, egy 31 tételes kérdőív. A 31 tétel 5 alskálába rendeződik.

„A menstruáció mint gyengítő esemény” alskála (10 tétel, 4 fordított) a menstruáció fizikai állapotra és a teljesítményre való hatásaival, valamint az ezekből adódó viselkedés korlátozásokkal kapcsolatos hiedelmeket méri.

„A menstruáció bármely hatásának tagadása” alskála (7 tétel) a menstruáló nő tüneteinek megértésével, elfogadásával, a menstruáló nővel való különleges bánásmóddal kapcsolatos hiedelmeket méri.

„A menstruáció mint természetes esemény” alskála (6 tétel) a menstruáció, mint természetes folyamat voltára, a női egészség jelére, illetve a nők testükkel és menstruációjukkal való természetes/pozitív kapcsolatára vonatkozó hiedelmeket méri.

„A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás” alskála (3 tétel, 1 fordított) azon hiedelmeket méri, melyek a menstruáció hangulatabefolyásoló természetére vonatkoznak.

„A menstruáció mint kellemetlen esemény” alskála (5 tétel, 1 fordított) a menstruáció megélésével kapcsolatos általános kellemetlenségekre, valamint a menstruáló nő helyzetére vonatkozó hiedelmeket méri.

A tételeket egy hatfokú Likert-skálán (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=nem értek egyet, 3=inkább nem értek egyet, 4=valamennyire egyetértek, 5=egyetértek, 6=teljesen egyetértek) pontozhatják a kitöltők. A tételek egyaránt tartalmazzák a női kitöltőre magára, illetve általában a nőkre vonatkozó állításokat. A kérdőív alkalmazható férfi kitöltőkre is (Nyitrai és Takács, 2019b).

2.2.2. Önegyüttérzés Skála magyar változata (SCS-H, Sági, Köteles és V. Komlósi, 2013)

Az Önegyüttérzés Skála (Self-Compassion Scale, SCS; Neff, 2003a) egy 26 tételes, hatfaktoros kérdőív, mely egyaránt használható az önegyüttérzés mint önálló konstruktum, illetve mint az önegyüttérzés összetevőinek mérésére is. A tételek három alskálába rendezhetők, amelyek további két-két részre bonthatók, így kapjuk meg a hat faktort. A faktorok a következők:

„Önmagunk iránt érzett kedvesség” (5., 12., 19., 23., és 26. tételek) vs. „Önbírálat” (fordított tételek) (1., 8., 11., 16. és 21. tételek);

„Közös emberi természet” (3., 7., 10. és 15. tételek) vs. „Izoláció” (fordított tételek) (4., 13., 18. és 25. tételek);

„Jelentudatosság” (9., 14., 17. és 22. tételek) vs. „Túlzott azonosulás” (fordított tételek) (2., 6., 20. és 24. tételek).

A fordított tételek az alskálák negatív párjainak felelnek meg. A tételek olyan állításokat tartalmaznak, amelyeket a kitöltőknek egy ötfokú Likert-skálán (1=szinte soha, 5=majdnem mindig) kell megítélniük.

A magyar szakirodalomban az Önegyüttérzés Skálának jelenleg nincs egy általánosan elfogadott verziója. Kulcsár (2009) készítette el a kérdőív első magyar fordítását, majd a mérőeszköz magyar változatának (SCS-H) kidolgozását, pszichometriai elemzését és validálását Sági, Köteles és V. Komlósi végezte el, 2013-ban. Eredményeik szerint a magyar változat hatfaktoros és egyfaktoros modellként is értelmezhető. Az időbeli megbízhatósági vizsgálatok alapján az összpontszám konzisztenciája megbízható, az alskáláké azonban kevésbé. Sági, Köteles és V. Komlósi (2013) a feltáró és megerősítő faktorelemzés során az 5., 7., 8., 12. és a 20. tételeket nem találták megfelelően illeszkedőknek, így egy 21 tételes kérdőívet dolgoztak ki. A kérdőívnek továbbá létezik egy harmadik változata is, eltérő fordítással, amely egy bifaktoros modellt ajánl (Tóth-Király, Bóthe és Orosz, 2016).

Saját kutatásomban a Sági, Köteles és V. Komlósi (2013) által kidolgozott SCS-H-t alkalmaztam, azonban megtartottam mind a 26 tételt, illetve az állításokat adaptáltam úgy, hogy azok a menstruációs időkre vonatkozzanak, viszont a tételek tartalma ne változzon.

Nyitrai és Takács (2020) a Sági, Köteles és V. Komlósi (2013) által kidolgozott SCS-H-t alkalmazták saját vizsgálatukban magyar mintán. Mintavételük egy nagyobb kutatás részét képezte, amely a menstruáció pszichés vonatkozásait vizsgálja. A szerzők azt javasolják, hogy érdemes lenne elgondolkodni egy alternatív fordításon is, ugyanis a mérőeszköz használata

számos kérdést vetett fel bennük, és a külföldi tapasztalatoktól eltérő eredményeket szereztek magyar mintán.

2.2.3. Önkritikusság és Önmegerősítés Skála magyar változata (FSCRS-HU, Borostyánkői, Takács és Szabó-Bartha, 2021)

Az Önkritikusság és Önmegerősítés Skála magyar változata, az FSCRS-HU (Borostyánkői, Takács és Szabó-Bartha, 2021), egy 21 tételes kérdőív, amely az önkritikusság két formáját vizsgálja, valamint az önmegerősítést és az önmegnyugtató képességet. A kérdőívnek három alskálája van.

Az „*Alkalmatlan én*” alskála az önkritikusság azon formáját méri, amely az alkalmatlanság és elégtelenség érzésére vonatkozik, amelyet az emberek nehéz időkben, illetve kudarcok esetén éreznek. Ezen alskálába a 1., 2., 4., 6., 7., 14., 15., 17. és 19. tételek tartoznak.

A „*Gyűlölt én*” alskála az önkritikusság egy ártalmasabb aspektusát ragadja meg. Az önkritikusság ezen formájában keveredik az undor, az ellenszenv és az önutálat, szélsőséges esetekben akár önkárosító magatartással is párosulhat. Ez az alskála a 9., 10., 12. és 21. tételeket foglalja magába.

A „*Megerősített én*” alskála az egyén pozitívumaira vonatkozik nehéz időszak idején az öngondoskodás, önbátorítás és öntámogatás jelenségeit foglalja magába. Ezen alskálába a 3., 5., 8., 11., 13., 16., 18. és 20. tételek tartoznak.

A kérdőív nem tartalmaz fordított tételeket, azonban a „*Megerősített én*” alskála tartalmilag ellentétes a másik két alskálával. Az Önkritikusság és Önmegerősítés Skála magyar nyelvű változata megbízhatónak és érvényesnek bizonyult (Borostyánkői, Takács és Szabó-Bartha, 2021).

A *Forms of Self-Criticizing/ Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS; Gilbert és munkatársai, 2004) kérdőívvel már számos kutatást végeztek. Nemi különbségeket mutattak ki az „*Alkalmatlan én*” és a „*Megerősített én*” alskálák esetében. Előbbin a nők szignifikánsan magasabb, utóbbin szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a férfiak (Kupeli, Chilcot, Schmidt, Campbell és Troop, 2013). Életkori eltérések figyelhetők meg a „*Gyűlölt én*” alskála esetén, ugyanis ezen az alskálán a fiatalabb korosztály magasabb pontszámokat ért el (Gilbert és munkatársai, 2004).

2.2.4. Új Általános Énhatékonyság Skála (Chen, Gully, és Eden, 2001)

Az Új Általános Énhatékonyság Skála (NGSE; Chen, Gully, és Eden, 2001) egy 8 tételes kérdőív, amely az általános énhatékonyságot hivatott mérni. A kitöltők az állításokat egy ötfokú Likert-skálán pontozhatják (1=egyáltalán nem értek egyet, 5=teljesen egyetértek) aszerint, hogy mennyire értenek azzal egyet. Ebből adódóan, a magasabb pontszámok magasabb észlelt önhatékonyságszintre utalnak. Kutatásomban a kérdőív Zsila, McCutcheon és Demetrovics (2019) által készített magyar fordítását használtam.

2.3. Etikai szempontok

A vizsgálati személyek az online kérdőívcsomag megkezdése előtt részletes (szintén online) tájékoztatást kaptak a kutatás minden olyan pontjáról, amely befolyásolhatja őket a kutatásban való részvételre vonatkozó döntés meghozatalában (*1.melléklet*). A részvételi tájékoztató magába foglalta a vizsgálati helyzet, a részvételi mód, a várható időtartam és az egyéb körülmények ismertetését. A tájékoztatóban továbbá megadtam a kutatást végző személy, illetve a kutatás témavezetőjének az elérhetőségeit arra az esetre, ha a résztvevőknek kérdéseik merülnének fel a kutatással kapcsolatban. A tájékoztató ezenkívül tartalmazott további elérhetőségeket, melyek felkeresése abban az esetben volt ajánlott, ha a kérdőív kitöltése során a kitöltőben olyan érzések, gondolatok merültek volna fel, amelyek feszültséget okoztak. Az adatfelvétel anonim módon történt, egyéni visszajelzésre nem volt mód. Az adatokat bizalmasan kezeltem, jelszóval védett számítógépen 5 évig őrzöm, majd törlöm őket. A vizsgálati személyek személyes adataihoz a kutatás vezetőjén kívül csak a témavezetőnek volt hozzáférése. A válaszadás bármikor, különösebb indok nélkül megszakítható volt. A tájékoztató átolvasása után a résztvevők egy beleegyező nyilatkozatot kaptak, melyben nyilatkoztak arról, hogy elmúltak 18 évesek, figyelmesen átolvasták a tájékoztatót, a kutatásban önkéntes alapon vettek részt, illetve hozzájárultak az általuk szolgáltatott adatok felhasználásához. A kitöltés után a résztvevőkhöz kódot rendeltem, a továbbiakban ez alapján azonosítottam őket, azonban a kód személyes azonosításra nem alkalmas.

2.4. Eljárás

Az adatfelvétel 2023. novembere és 2024. februárja között zajlott és egy önkitöltős online kérdőív révén valósult meg. A kérdőívsomagot a Google Forms felületén keresztül hoztam létre. A kérdőívet interneten, elsősorban különböző közösségi médiafelületeken (Instagram, Facebook) terjesztettem, illetve kifejezetten a célcsoport számára létrehozott online csoportokban.

Az online kérdőívsomag a tájékoztató-beleegyező nyilatkozat ismertetésével és elfogadásával kezdődik. Ezt követően megjelennek a demográfiai kérdések, illetve a menstruációs ciklussal kapcsolatos kérdések. A kérdőívsomag a következő kérdőíveket tartalmazza az alábbi sorrendben: Menstruációs Attitűd Kérdőív magyar változata (MAQ-H, Nyitrai és Takács, 2019a), Önegyüttérzés Skála magyar változata (SCS-H, Sági, Köteles és V. Komlósi, 2013), Önkritikusság és Önmegerősítés Skála magyar változata (FSCRS-HU, Borostyánkői, Takács és Szabó-Bartha, 2021), Új Általános Énhatékonyság Skála magyar fordítása (NGSE, Chen, Gully, és Eden, 2001; fordította: Zsila, McCutcheon és Demetrovics, 2018). A kérdőív a vizsgálati személyek számára internetkapcsolattal és valamilyen technikai eszközzel (mobiltelefon, laptop, táblagép, asztali számítógép) bárhol, bármilyen körülmények között hozzáférhető és kitölthető volt.

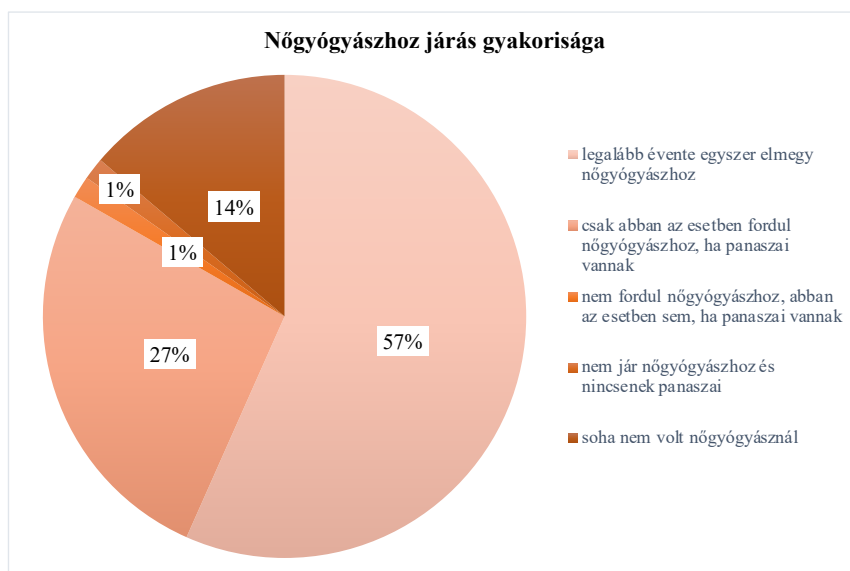
2.5. Adatfeldolgozás és adatelemzés

Miután megfelelő számú adat érkezett be, a Google Forms-ot lezártam és elkezdtem az adatfeldolgozást és adatelemzést. Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez a Microsoft Excel és a JASP 0.18.3 programokat használtam.

3. Eredmények:

3.1. Leíró statisztika

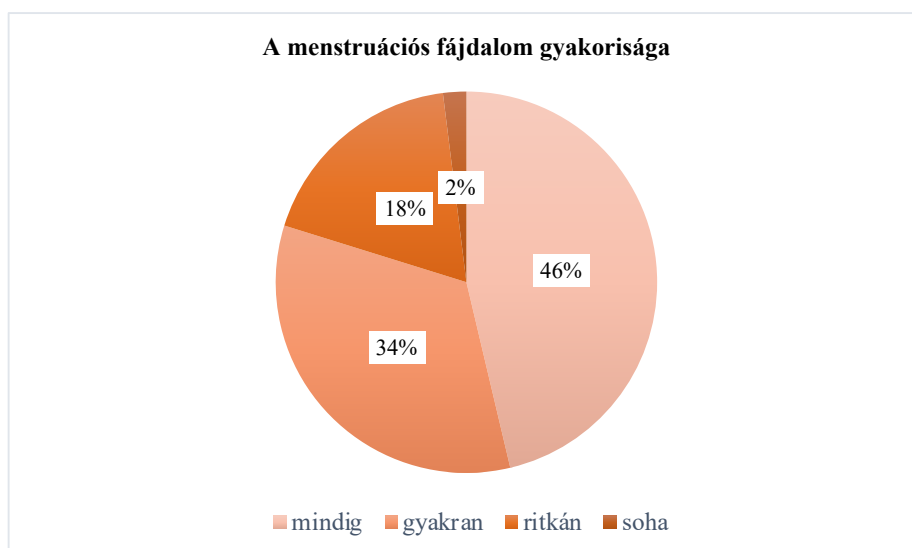
A mintát alkotó nők (N=203) többségéről (56,650%) elmondható, hogy rendszeresen jár nőgyógyászhoz (legalább évente egyszer) (1.ábra).



1.ábra: A válaszadók nőgyógyászati látogatásainak gyakorisági eloszlása.

A kitöltők 44,335%-a válaszolta, hogy mindig rendszeres a menstruációs ciklusa, 41,379%-a, hogy inkább rendszeres, 9,360%-a, hogy inkább rendszertelen és 4,926%-a, hogy rendszertelen a menstruációs ciklusa. Továbbá 86,7%-a a kitöltőknek alkalmaz valamilyen hormonális fogamzásgátló készítményt. 117 személy (57,635%) számolt be arról, hogy nincs semmilyen diagnosztizált nőgyógyászati betegsége, 39 (19,212%) személynek van diagnosztizált nőgyógyászati kórképe, 47-en pedig nem fordultak szakemberhez a tüneteikkel/fájdalmaikkal (23,153%). A nőgyógyászati kórképek közül a leggyakoribbak a mióma (n=14), az endometriózis (n=10), a policisztás ovárium szindróma (PCOS) (n=10), valamint a premenstruációs szindróma (PMS, súlyosabb formája a PMDD) (n=10) voltak.

A válaszadók mindössze 1,970%-a számolt be arról, hogy menstruációja soha nem jár fájdalommal, a kitöltők többségénél a menstruáció során jelentkezik fájdalom (2.ábra).



2.ábra: A kitöltők menstruáció során jelentkező fájdalmának gyakorisága.

A menstruációs fájdalom mérésére nyitott kérdést alkalmaztam („Kérem jelölje be egy 1-10 skálán, hogy mennyire fáj Önnek a menstruációja!”). A fájdalom szubjektív erőssége esetében az átlag érték 6,478 (SD=2,241). A kérdésnél, melyben arra kértem a válaszadókat, hogy egy 1-től 5-ig terjedő skálán jelöljék be mennyire nehezíti meg az életüket, mindennapi tevékenységeiket a menstruációjuk az átlag érték 3,039 (SD=1,179).

A kérdőív tartalmazott egy nyitott kérdést, amely arra irányult, hogy mi az első dolog, ami eszükbe jut a menstruációjukról a kitöltőknek. A kérdéssel azt szerettem volna feltérképezni, hogy milyen elsődleges gondolatok jutnak eszükbe a nőknek a menstruációjukkal kapcsolatban. Kifejezetten a saját menstruációjukra kérdeztem rá, ezzel elősegítve, hogy árnyaltabb képet kaphassak a nők menstruációjukkal való kapcsolatáról, szubjektív benyomásaikról és tapasztalataikról. Elsősorban azt szerettem volna megvizsgálni, hogy a résztvevők menstruációval kapcsolatos személyes asszociációi milyen jellegűek (pozitív, negatív, semleges), és ezek inkább pozitív vagy negatív attitűdre utalnak. Mivel nyílt kérdést alkalmaztam, így a résztvevők több gondolatot is megoszthattak, és részletesebben kifejthették válaszaikat. A kérdésre minden kitöltő válaszolt (n=203). A kitöltők 98,03%-a (n=199) olyan dolgokat nevezett meg (részben, vagy teljes egészében, akár több dolgot is), amelyek negatív jellegűek.

Az eredmények szerint a legtöbb nő számára (n=69, a kitöltők 33,99%-a) a fájdalom az, ami elsőként az eszükbe jut a menstruációjuk kapcsán. A nők egy része (n=16, 7,882%) a fájdalom konkrét formáját nevezte meg, pl. hasigörcs, alhasi görcs, hátfájdalom, mellfájdalom, illetve voltak, akik a fájdalomcsillapítók szedésére asszociáltak (n=2, 0,985%).

A másik leggyakoribb asszociáció a menstruáció kapcsán a vér (n=21, 10,345%). Többen megnevezték az erős vérzést (n=6, 2,956%), beleértve az attól való félelmet, illetve az erős vérzés okozta kellemetlenségeket (pl. „megint elázok ☹”), de voltak, akik a vérre egy pozitívabb/semlegesebb dologként tekintenek a menstruációjuk során, mint a test megtisztulásának és vércseréjének folyamatára (n=2, 0,985%)

A negatív jellegű asszociációk között megjelent a kellemetlenség, kényelmetlenség (n=16, 7,882%), illetve a szenvedés (n=9, 4,433%), kín (n=2, 0,985%), küzdelem (n=1, 0,493%), tortúra (n=1, 0,493%), a kötelező rossz (n=1, 0,493%), továbbá voltak, akik kifejezetten erős negatív érzéseket társítanak a menstruációjukhoz (utálat, gyűlölet) (n=3, 1,478%). Többen megnevezték a menstruáció és az azt megelőző napokban jelentkező ingerlékenységet és hangulatingadozást (n=12, 5,911%), valamint a szomorúságot, lehangoltságot és rossz kedvet (n=3, 1,478%), illetve a fokozott étvágyat (pl. „Édesség”; „Frusztráltság, falánkság, vér”; „Zabálás, félelem az erős vérzéstől”) (n=5, 2,463%).

Voltak nők, akik a különböző menstruációs termékek vásárlására, használatára asszociáltak (betét, tampon, menstruációs kehely, illetve a fájdalomcsillapításra használatos vízmelegítő palack) (n=4, 1,97%). Ezeket az asszociációkat értelmezhetjük úgy is, mint a menstruációval járó költségeket.

A résztvevők egy része (n=4, 1,97%) szeretne a menstruációján minél hamarabb túlesni („Legyen már vége”, „Bárcsak a végén lennék már!”, „Hogy ha lehet a leghamarabb túl szeretnék esni rajta minden hónapban, mert szenvedni fogok”, „Elegem van, nem akarom többé”), illetve megemlítették a nemi különbségeket is (pl. „Miért nem lettem fiú?”) (n=2, 0,985%). Többen a menstruációjukra mint teher, nyűg, nehezítettség, probléma vagy mint baj tekintenek (n=10, 4,926%).

A nők egy része (n=4, 1,97%) a félelmet, szorongást, rettegést és stresszt nevezte meg, és egyesek a nőgyógyászati betegségekre (PCOS, PMDD) (n=3, 1,478%), problémákra (n=4, 1,97%) (rendsztelen menstruáció, pl. „szorongás, hogy időben meg fog-e jönni, pedig mindig rendszeres volt, kivéve sürgősségi fogamzásgátló tablettát követően”), valamint műtetre (n=1, 0,493%) („Pár napja műtöttek. Nekem teljesen természetessé vált, hogy minden alkalom szenvedés. El sem tudom képzelni milyen lesz normális menstruációval élni.”) asszociáltak.

Megjelentek azonban pozitívabb asszociációk is (n=37, 18,225%), mint például a nőiesség, az anyaság, a termékenység (pl. „Az, hogy a jövőben lehetőséget ad egy saját gyermekre”), egészség (pl. „Rendben van a testem”; „Egészséges nő vagyok”), a hála (pl. „A hála, hogy nőként részem lehet a fizikai és a lelki-energetikai tisztulás lehetőségében.”), a fiatalság, a megtisztulás, illetve többen a menstruációjukra, mint egy természetes folyamat tekintenek (pl.

„egy természetes folyamat, a női lét része”). Voltak nők ($n=2$, 0,985%), akik a menstruációjukat azzal kötik össze, hogy ebből tudják, hogy nem várandósak. Fontos azonban megjegyezni, hogy a pozitív jellegű asszociációkból lényegesen kevesebb volt, mint a negatív jellegűekből (negatív jellegű asszociációk: $n=199$, 98,03%; pozitív jellegű asszociációk: $n=37$, 18,225%).

Érdemes kiemelni, hogy érkeztek olyan válaszok is, amelyek a menstruációval való kettős kapcsolatra mutatnak rá ($n=9$, 4,433%), amely egyszerre pozitív és negatív attitűdre (pl. „Az, hogy lényegében egy gyönyörű dolog, hiszen azt jelzi, hogy a testem minden hónapban azért dolgozik, hogy egyszer anya lehessek. De ezek a fájdalmak és kényelmetlenségek sokszor arra készítetnek, hogy szidjam. : /”; „Lehetne könnyebb is, de örülök, hogy van mert legalább még nem vagyok terhes.”).

Összességében a „Mi az első dolog, ami eszébe jut Önnek a menstruációjáról?” kérdésre érkezett válaszok azt mutatják, hogy a nők inkább negatív asszociációkat kapcsolnak a menstruációjukhoz, amelyek negatív menstruációs attitűdre utalnak.

Ezt követően outlier szűrést végeztem, mely során az adatokon a hagyományos outlier labelling rule (Tukey, 1977) alapján számos szélsőséges értéket találtam, viszont a módosított outlier labelling rule (Hoaglin és Iglewicz, 1987) alapján csak a Menstruációs Attitűd Kérdőív „A menstruáció bármely hatásának tagadása” alskáláján talált öt szélsőséges érték bizonyult outliernek, így azokat kiszűrtem.

A skálák tételeinek számát összegeztem. A skálák teljes mintára számolt átlagát, szórását és megbízhatósági mutatóit az *1. táblázat* szemlélteti. A skálák megbízhatóságát Cronbach- α mutatóval vizsgáltam. A felhasznált skálák mindegyikének a belső konzisztenciája megfelelőnek bizonyult a Cronbach- α értékek alapján.

Skálák	Elemsszám	Átlag	Szórás	SE	Cronbach-α
MAQ-H					
„ <i>A menstruáció mint gyengítő esemény</i> ” alskála	203	4.344	0.845	.059	0.787
„ <i>A menstruáció bármely hatásának tagadása</i> ” alskála	198	1.816	0.872	.062	0.897
„ <i>A menstruáció mint természetes esemény</i> ” alskála	203	4.511	1.048	.074	0.830
„ <i>A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás</i> ” alskála	203	4.665	1.158	.081	0.706
„ <i>A menstruáció mint kellemetlen esemény</i> ” alskála	203	4.135	1.242	.087	0.770
SCS-H	203	2.817	0.656	.046	0.876
FSCRS-HU					
„ <i>Alkalmatlan én</i> ” alskála	203	2.190	1.013	.071	0.907
„ <i>Gyűlölt én</i> ” alskála	203	0.867	0.921	.065	0.784
„ <i>Megerősített én</i> ” alskála	203	2.352	0.880	.062	0.885
NGSE	203	3.680	0.848	.060	0.919

1.táblázat: A skálák teljes mintára számolt átlaga, szórása és megbízhatósági mutatói.

Megjegyzés. MAQ-H = Menstruációs Attitűd Kérdőív; SCS-H = Önegyüttértzés Skála; FSCRS-HU = Önkritikusság és Önmegerősítés Skála; NGSE = Új Általános Énhatékonyság Skála

A normalitás feltételének teljesülését Ghasemi és Zahedi-Asl (2012) útmutatását követve a Shapiro-Wilk normalitás teszttel ellenőriztem. A Shapiro-Wilk teszt szignifikáns eltérést mutatott a normál eloszlástól az összes skála esetében; MAQ-H „*A menstruáció mint gyengítő esemény*” alskála: $W(203): 0.983$ $p=.015$, „*A menstruáció bármely hatásának tagadása*” alskála: $W(198): 0.844$ $p<.001$, „*A menstruáció mint természetes esemény*” alskála: $W(203): 0.957$ $p<.001$, „*A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás*” alskála: $W(203): 0.915$ $p<.001$, „*A menstruáció mint kellemetlen esemény*” alskála: $W(203): 0.963$ $p<.001$, SCS-H:

W(203): 0.948 $p < .001$, FSCRS-HU „*Alkalmatlan én*” alskála: W(203): 0.972 $p < .001$, „*Gyűlölt én*” alskála: W(203): 0.860 $p < .001$, „*Megerősített én*” alskála: W(203): 0.983 $p = .018$, NGSE: W(203): 0.959 $p < .001$. Mivel a normalitás egyik skála esetében sem teljesült, így a hipotézisek teszteléséhez nem-parametrikus próbákat alkalmaztam.

3.2. Hipotézisvizsgálatok

3.2.1. H1 hipotézis tesztelése

H1: Az erősebb menstruációs fájdalom negatívabb menstruációs attitűddel jár együtt.

A H1 hipotézis teszteléséhez Spearman-féle korrelációt alkalmaztam. A menstruációs fájdalom erőssége és a negatív menstruációs attitűd együttjárását vizsgáltam. A Spearman-féle korreláció feltételei a következők: ordinális vagy skála típusú változók, független személyek, adatok monotonitása. Ezek mind teljesülnek, utóbbit pontdiagram segítségével ellenőriztem. Spearman korrelációt használva a menstruációs fájdalom erőssége és „A menstruáció mint gyengítő esemény” alskála között szignifikáns közepes, pozitív összefüggést találtam ($r_s = .471$ $p < .001$ (2-tailed)); szignifikáns gyenge, pozitív összefüggést „A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás” alskála között ($r_s = .265$ $p < .001$ (2-tailed)), valamint „A menstruáció mint kellemetlen esemény” alskála között ($r_s = .283$ $p < .001$ (2-tailed)) és szignifikáns gyenge, negatív összefüggést az „A menstruáció bármely hatásának tagadása” alskála között ($r_s = -.311$ $p < .001$ (2-tailed)) (2.táblázat). A menstruációs fájdalom erőssége és a „A menstruáció mint természetes esemény” alskála között nincs kimutatható szignifikáns összefüggés ($r_s = .084$ $p = .283$ (2-tailed)). Az alskálák közül „A menstruáció mint természetes esemény” alskála pozitív menstruációs attitűdre utal, „A menstruáció mint gyengítő esemény” alskála, „A menstruáció bármely hatásának tagadása” alskála, „A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás” alskála és a „A menstruáció mint kellemetlen esemény” alskála pedig negatív menstruációs attitűdre utalnak. A hipotézis tehát részben teljesül.

		Menstruációs fájdalom erőssége
„A menstruáció mint gyengítő esemény” alskála	Spearman korrelációs együttható (r_s)	0.471
	p-érték	p<.001
„A menstruáció bármely hatásának tagadása” alskála	Spearman korrelációs együttható (r_s)	-0.311
	p-érték	p<.001
„A menstruáció mint természetes esemény” alskála	Spearman korrelációs együttható (r_s)	0.084
	p-érték	0.233
„A menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozás” alskála	Spearman korrelációs együttható (r_s)	0.265
	p-érték	p<.001
„A menstruáció mint kellemetlen esemény” alskála	Spearman korrelációs együttható (r_s)	0.283
	p-érték	p<.001

2.táblázat: A H1 hipotézis korrelációs együtthatói.

3.2.2. H2 hipotézis tesztelése

H2: Az erősebb menstruációs fájdalom összefügg az önegyüttérzés, valamint az önmegerősítés alacsonyabb szintjével.

A H2 hipotézis teszteléséhez Spearman-féle korrelációt alkalmaztam. A menstruációs fájdalom erőssége és az önegyüttérzés, valamint az önmegerősítés együttjárását vizsgáltam. A Spearman-féle korreláció feltételei a következők: ordinális vagy skála típusú változók, független személyek, adatok monotonitása. Ezek mind teljesülnek, utóbbit pontdiagramm segítségével ellenőriztem. Spearman korrelációt használva a menstruációs fájdalom erőssége és az önegyüttérzés között szignifikáns gyenge, pozitív összefüggést találtam ($r_s = .340$ p<.001 (2-tailed)). A menstruációs fájdalom erőssége és az önmegerősítés között nincs kimutatható összefüggés ($r_s = -.064$, p=.361 (2-tailed)). A hipotézis tehát nem teljesül.

3.2.3. H3 hipotézis tesztelése

H3: Az erősebb menstruációs fájdalom pozitív kapcsolatot mutat az önkritikussággal.

A H3 hipotézis teszteléséhez Spearman-féle korrelációt alkalmaztam. A menstruációs fájdalom erőssége és az önkritikusság együttjárását vizsgáltam. A Spearman-féle korreláció feltételei a következők: ordinális vagy skála típusú változók, független személyek, adatok monotonitása. Ezek mind teljesülnek, utóbbit pontdiagramm segítségével ellenőriztem. Spearman korrelációt használva szignifikáns gyenge, pozitív összefüggést találtam ($r_s = .223$ $p=.001$ (2-tailed)) a menstruációs fájdalom erőssége és az FSCRS-HU „Alkalmatlan én” alskálája között. A menstruációs fájdalom erőssége és a FSCRS-HU „Gyűlölt én” alskálája között nincs kimutatható összefüggés ($r_s = .135$ $p=.055$ (2-tailed)). A kapott eredmények tükrében a hipotézis részben teljesült, szignifikáns pozitív összefüggés mutatható ki az erősebb menstruációs fájdalom és az önkritikusság „Alkalmatlan én” komponense között.

3.2.4. H4 hipotézis tesztelése

H4: Az önkritikusság alacsonyabb szintje, valamint az önegyüttérzés magasabb szintje bejósolják a magasabb énhatékonyságot.

Lineáris regresszió segítségével elemeztem, hogy az énhatékonyság (továbbiakban Énhatékonyság) magasabb szintjét bejósolja-e az önkritikusság (továbbiakban „Alkalmatlan én” és „Gyűlölt én”) alacsonyabb szintje, valamint az önegyüttérzés (továbbiakban Önegyüttérzés) magasabb szintje.

Az adatokban a módosított outlier labelling rule (Hoaglin és Iglewicz, 1987) alapján nem található egydimenziós outlier. A többdimenziós outlier szűrésre a Cook távolságot számoltam ki, és az adatokat az 1-es Cook-érték kritériumszintje mellett ellenőriztem (Cook és Weisberg, 1982). Az eredmények azt mutatják, hogy az adatokban nincs többdimenziós outlier.

A kollinearitás feltételének ellenőrzésére alkalmas tesztek alapján a változók között sem kollinearitás, sem multikollinearitás nem áll fenn. A tolerancia értékek minden prediktorra elfogadhatóak: önegyüttérzés= 82,6%, „Alkalmatlan én” alskála= 63,0%, „Gyűlölt én” alskála= 74,2%. A legalacsonyabb VIF érték = 1.210, a legmagasabb VIF érték = 1.588. Az adatokon teljesül a reziduális hibák függetlenségének feltétele, a Durbin-Watson érték = 1.800 (Durbin és Watson Durbin, 1951).

A többszörös regresszió modelljébe ENTER módszerrel léptettem be a változókat. A modellben a prediktorok a kimeneti változó (Énhatékonyság) varianciájának 26,6%-át magyarázzák ($R^2_{adj} = 0.266$), a modell szignifikáns, $F(3,199)=25,429$, $p < .001$. Az Önegyüttérzés prediktor változó pozitív irányban és a „Gyűlölt én” prediktor változó negatív irányban szignifikánsan bejósolják az Énhatékonyságot (Önegyüttérzés: $\beta = .218$ $t = 3.291$ $p = .001$, $B = 0.282$ $SE_B = 0.086$; „Gyűlölt én”: $\beta = -.447$ $t = -6.385$ $p < .001$, $B = -0.412$ $SE_B = 0.064$). Az „Alkalmatlan én” nem szignifikáns prediktor ($\beta = -.141$ $t = -1.851$ $p = .066$, $B = -0.118$ $SE_B = 0.064$). A hipotézis tehát részben teljesült.

4. Megvitatás:

4.1. Az eredmények értelmezése és megvitatása

A jelen tanulmány középpontjában a fájdalmas menstruáció és pszichológiai összefüggéseinek vizsgálata állt. A vizsgálatot magyar mintán végeztem el, amelyet olyan női kitöltők alkottak, akik már/még menstruálnak. A kutatásban a fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágáról szerettem volna árnyaltabb képet kapni, ezért a menstruációs fájdalom szubjektíven megélt erősségeinek összefüggéseit vizsgáltam a menstruációs attitűdökkel, az önkritikussággal és az önegyüttérzéssel. Ezenkívül megvizsgáltam, hogy az önegyüttérzés magasabb, valamint az önkritikusság alacsonyabb szintjei képesek-e bejósolni az énhatékonyságot. Az erősebb menstruációs fájdalmat tapasztaló nők a menstruációt gyengítő, valamint kellemetlen eseménynek tartják, és egyetértenek azokkal a hiedelmekkel, amelyek a menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozásról szólnak, továbbá kevésbé tagadják a menstruáció bármely hatását. A menstruációs fájdalom erőssége és a menstruáció, mint természetes eseménnyel kapcsolatos hiedelmek között nem mutatható ki kapcsolat. A menstruációs fájdalom erőssége pozitív összefüggést mutatott az önegyüttérzés magasabb szintjével, valamint az önkritikusság „Alkalmatlan én” komponensével. Nem találtam azonban összefüggést a menstruációs fájdalom erőssége és az önmegerősítés, valamint az önkritikusság „Gyűlölt én” komponense között. Az önegyüttérzés pozitív irányban, az önkritikusság „Gyűlölt én” komponense pedig negatív irányban képesek bejósolni a magasabb énhatékonyság-szintet.

A fájdalmas menstruáció és a menstruációs attitűdök

Számos tanulmány foglalkozik a menstruációs attitűdökkel, például nemi, korosztálybeli vagy kultúrák közti eltérések kontextusában, azonban érdemes a jelenséget a menstruáció során megélt fájdalom összefüggéseiben is megvizsgálni. Az eredményeim azt mutatják, hogy azok a nők, akik erősebb fájdalmat élnek át a menstruációjuk során, a menstruációt gyengítő és kellemetlen eseménynek tartják. Azok a nők, akik erősebb menstruációs fájdalomról számoltak be, egyetértettek azokkal a hiedelmekkel, amelyek a menstruációhoz kapcsolódó hangulatváltozásról szóltak. Nem találtam kimutatható kapcsolatot a menstruációs fájdalom erőssége és a menstruáció mint természetes eseményről szóló hiedelmek között. Negatív kapcsolatot találtam azonban a menstruációs fájdalom erőssége, valamint a menstruáció bármely hatásának tagadása között. Ez azzal lehet magyarázható, hogy azok a nők, akik számára a menstruáció intenzív fájdalmakkal jár, nehezebben tudják a menstruáció hatásait tagadni, ugyanis az jobban kihat a mindennapjaikra, megnehezíti és korlátozza azt a fájdalom által.

Ha megnézzük azokat a válaszokat, amelyeket a nők arra a kérdésre adtak, hogy „Mi az első dolog, ami eszébe jut Önnek a menstruációjáról?“, a menstruációs fájdalom figyelembevétele nélkül, ezek alapján is látszik, hogy a nők nagy része negatív jellegű dolgokat nevezet meg (elsősorban a fájdalmat), amelyek negatív menstruációs attitűdre utalhatnak. Ezen eredmények összhangban vannak a szakirodalom álláspontjával, mely szerint a menstruáció a nők életében egy negatív jelenség. A fájdalom és az attitűdök közti ok-okozati kapcsolat azonban tisztázatlan. Ugyanis a fájdalom befolyásolhatja negatív irányban az attitűdjeinket, amennyiben az adott jelenséget negatív érzelmekkel ruházzuk fel az átélt fájdalom miatt, azonban az attitűdjeink is befolyásolhatják az átélt fájdalom szubjektív megítélését, hiszen az érzelmi komponenst számos személyes dolog befolyásolhatja, például az egyén érzelmei, hiedelmei, ebből következően az attitűdjei is.

Érdemes a menstruációs fájdalom mértékét befolyásoló tényezők közül a személyiségjellemzőket is figyelembe venni, mint például az egyén fájdalomkatasztrofizálási hajlama. Nyitrai és Takács (2023) magyar mintán végzett kutatásának eredményei szerint, minél inkább hajlamos az egyén a fájdalomkatasztrofizálásra, annál inkább fog erősebb menstruációs fájdalomról beszámolni, illetve véli úgy, hogy ez a fájdalom korlátozza a mindennapi tevékenységeiben. Tehát fontos figyelembe vennünk, hogy a fájdalom megtapasztalása egy szubjektív élmény, amit számos egyéb tényező befolyásolhat, ezek egyike lehet az egyén fájdalomkatasztrofizálási hajlama, amelyet a későbbiekben érdemes lehet

beépíteni a menstruációs fájdalommal foglalkozó kutatásokba. Valamint az egyén fájdalomkatasztrofizálási hajlama azáltal, hogy összefüggésben áll az erősebb menstruációs fájdalommal, kihathat az egyén menstruációs attitűdjeire is, így a menstruációs attitűdök kapcsán is érdemes lehet a vizsgálat tárgyává tenni.

A fájdalmas menstruáció, az önegyüttérzés és önmegerősítés

A statisztikai elemzések során azt találtam, hogy az erősebb menstruációs fájdalom és az önegyüttérzés között pozitív kapcsolat van, vagyis a menstruációs fájdalom növekedésével az önegyüttérzés szintje is növekedik. Ezt úgy értelmezhetjük, hogy amikor a nők a menstruáció adta kihívásokkal küzdenek, beleértve az erős fájdalmakat is, nagy valószínűséggel az önegyüttérzést is alkalmazzák mint megküzdési módszert. Az önegyüttérzés magában foglalja többek között azt a megértő és jóindulatú bánásmódot, melyet fájdalom, elégedetlenségek és kudarc esetén tanúsítunk önmagunkkal szemben (Neff, 2003b).

Egyre több a kutatás, amely az önegyüttérzést mint védekező mechanizmust vizsgálja a különböző pszichológiai és egészségügyi állapotokkal összefüggésben (Muris és Petrocchi, 2017). Saeedi, Abolghasemi és Akbari (2018) azt találták, hogy az önegyüttérzés prediktora a pszichológiai jóllétnek a primér dysmenorrhoeában szenvedő lányoknál. Egy másik kutatás szerint az endometriózissal kapcsolatos tünetek (köztük a fájdalom) számának növekedése összefügg az alacsonyabb önegyüttérzéssel (Van Niekerk, Johnstone és Matthewson, 2022). Jelen kutatásban az önegyüttérzést mint önálló konstruktum értelmeztem, azonban a későbbiekben érdemes lehet a feltevést újra megvizsgálni az önegyüttérzés hat komponense mentén is.

A menstruációs fájdalom és az önmegerősítés között nem találtam érdemi összefüggést. A későbbiekben érdemes lehet a két jelenség közötti kapcsolatot más mérőeszközökkel is megvizsgálni.

A fájdalmas menstruáció és az önkritikusság

A kapott eredmények tükrében a menstruációs fájdalom és az önkritikusságra vonatkozó hipotézisem csak részben nyert alátámasztást. Azok a nők, akik erősebb menstruációs fájdalomról számoltak be magasabb pontszámot értek el az FSCRS-HU „Alkalmatlan én” alsókáláján, míg a „Gyűlölt én” alsókálán nem volt kimutatható kapcsolat. Ennek értelmében azok a nők, akik erősebb fájdalmakat élnek meg a menstruációjuk során, az alkalmatlanság és

elégedetlenség érzését tapasztalhatják. A FSCRS-el szerzett nemzetközi tapasztalatok alátámasztják, hogy a nők szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az „Alkalmatlan én” alskálán, mint a férfiak (Kupeli, Chilcot, Schmidt, Campbell és Troop, 2013). Szintén nem ismert a menstruációs fájdalom és az önkritikusság ok-okozati kapcsolata, így nem egyértelmű, hogy az erősebb fájdalom következtében lesznek a nők kritikusabbak önmagukkal szemben és érzik magukat alkalmatlannak, valamint elégedetlennek, vagy pedig a magasabb önkritikusság mint személyiségjegy hat az egyén fájdalmának affektív komponensére, ezáltal pedig a fájdalmat erősebbnek ítéli meg. Meg kell azonban említeni, hogy a skála tételei nem kifejezetten a menstruációs napokra vonatkoznak, hanem általánosságban a nehéz időszakokra és kudarcokra. Fontos lehet a későbbiekben foglalkozni az önkritikusság jelenségével a menstruáció kapcsán, ugyanis a magas önkritikusság összefügg a pszichológiai jóllét csökkenésével, a szorongás és depresszió szintjének emelkedésével (Neff és McGehee, 2010).

A magasabb önegyüttérzés és az alacsonyabb önkritikusság mint a magasabb énhatékonyság prediktorai

Énhatékonyság alatt az egyén azon meggyőződést értjük, hogy képes az útjába kerülő akadályokkal megbirkózni, mivel rendelkezik az ahhoz szükséges erőforrásokkal, készségekkel (Bandura, 1994). Az énhatékonyság érzése erőteljesen befolyásolja azt is, hogy egy kihívással teli helyzettel mennyire sikeresen tud megküzdeni az egyén. Kihívásokkal teli helyzetnek tekinthetjük a menstruációs napokat, ugyanis ekkor a nőknek számos pszichés és fizikai kihívással kell megküzdeniük. Eredményeim szerint azok a személyek, akik magasabb önegyüttérzéssel rendelkeznek, valamint az FSCRS-HU „Gyűlölt én” alskáláján alacsonyabb pontszámot értek el hajlamosabbak a magasabb énhatékonyságra. A FSCRS-HU „Alkalmatlan én” alskálája azonban nem képes bejósolni a magasabb énhatékonyságot.

Fontos lehet az énhatékonyság témakörével foglalkozni a menstruáció kapcsán, hiszen befolyásolhatja, hogy az egyén hogyan képes a menstruáció adta nehézségekkel (például a fájdalommal) megküzdeni, továbbá kimutatták, hogy az alacsony énhatékonysággal rendelkező egyének hajlamosabbak például a stresszre és a depresszióra (Bandura, 1994).

4.2. Korlátok

Ezen kutatás sajátossága, hogy a kutatás kizárólag női kitöltők bevonásával történt, így egy viszonylag kisebb vizsgálati mintával dolgoztam. A kényelmi jellegű mintavétel következtében, illetve mivel a használt kérdőívek a Likert-skála válaszadási lehetőségét tartalmazzák, feltehetőleg kialakultak különböző válaszadási torzítások. Mivel a kérdőív önbevalláson alapuló válaszadási lehetőségeket tartalmazott, így előfordulhat, hogy a válaszadás során nem feltétlenül őszintén válaszoltak a résztvevők. Eredményeim értelmezésekor továbbá fontos figyelembe venni a magyarázóerőket is. Fontos továbbá, hogy a minta nem reprezentatív, így általános következtetések megállapítását nem teszi lehetővé. Mindemellett, a kutatás keresztmetszeti jellegéből adódóan nem állt módomban a vizsgált változók között ok-okozati összefüggéseket feltárni.

Mérőeszközök tekintetében a jövőben érdemes lehet az önmegerősítést az FSCRS-HU „Megerősített én” alskálája helyett egy másik mérőeszkőzzel mérni. Érdemes lehet továbbá az Önegyüttérzés Skála egy újabb magyar fordítását elkészíteni és faktoranalízis alá vetni, valamint az önegyüttérzést nem mint egy önálló konstruktum, hanem a hat összetevője mentén vizsgálni a differenciáltabb eredmények érdekében.

4.3. Kitekintés

A kutatás korlátaival szem előtt tartva, érdemes megfontolni a kapott eredményeket, mivel azok segíthetnek a fájdalmas menstruációval kapcsolatban álló pszichológiai folyamatok megértésében. Ezen kutatás eredményei hozzájárulhatnak a fájdalmas menstruációban szenvedő nők élményvilágát taglaló szakirodalom bővítéséhez, és hasznos lehet mind a tudományos, mind a klinikai világ számára, hiszen olyan pszichológiai folyamatok képezik a tárgyát, amelyek összefüggésben állhatnak számos klinikai zavarral (pl. depresszió).

A menstruációs fájdalom és önkritikusság kapcsolatára vonatkozó eredmények különösen hasznosak lehetnek, hiszen az önkritikusság szélsőséges esetben önkárosító magatartást vonhat maga után, így ezen kutatás eredményei hozzájárulhatnak annak prevenciójához a fájdalmas menstruációban szenvedő nők körében. Biztató azonban az az eredmény, amely szerint az erősebb menstruációs fájdalom pozitív kapcsolatban áll az önegyüttérzéssel, vagyis úgy látszik, azok a nők, akik fájdalmas menstruációban szenvednek képesek az önegyüttérzést alkalmazni mint egyfajta megküzdési technikát. Fontos azonban, hogy az eredmények értelmezésekor szem előtt tartsuk a kutatás korlátaival. Mivel a fájdalom mértékének megélése szubjektív, érdemes lehet a későbbiekben a kutatást kibővíteni félig strukturált interjúkkal annak

érdekében, hogy árnyaltabb képet kaphassunk az érintett nők által átélt menstruációs fájdalmak mértékéről, jellegéről, illetve arról, hogy miként befolyásolják az egyén mindennapjait és életminőségét. A későbbiekben továbbá érdemes lehet a kutatást kibővíteni a menstruációs fájdalom mértékét befolyásoló tényezők közül a személyiségjellemzők figyelembevételével is, például a fájdalomkatasztrofizálási hajlammal.

5. Összefoglalás

A kutatás célja a fájdalmas menstruáció pszichológiai aspektusainak vizsgálata volt. A vizsgálat fókuszában a menstruációs fájdalom és annak összefüggései a menstruációs attitűdökkel, önkritikussággal, önegyüttérzéssel és önmegerősítéssel álltak, valamint azt vizsgáltam, hogy az alacsony önkritikusság és a magas önegyüttérés képesek-e előrejelezni a magasabb énhatékonyságot. Az eredmények azt mutatják, hogy a fájdalmas menstruációban szenvedő nők inkább egyetértenek azokkal a hiedelmekkel, amelyek a menstruációval kapcsolatos hangulatingadozásra vonatkoznak, valamint a menstruációt kellemetlen és gyengítő eseménynek tartják. Ezek a nők továbbá kevésbé értenek egyet azokkal a hiedelmekkel, amelyek a menstruáció bármely hatásának tagadására vonatkoznak. Az erősebb menstruációs fájdalmakat tapasztaló nők az önegyüttérés magasabb szintjét élik meg a menstruációjuk során, azonban az általánosan vett nehéz időszakokban és kudarcokkal szemben inkább érzik magukat alkalmatlannak és elégedetlennek. Nem találtam azonban érdemi összefüggést a menstruációs fájdalom erőssége és az önmegerősítés, valamint az önkritikusság „Gyűlölt én” komponense között. Végül pedig a vizsgálat során azt találtam, hogy az önegyüttérés pozitív irányban, az önkritikusság „Gyűlölt én” komponense pedig negatív irányban képesek bejósolni a magasabb énhatékonyság szintjét. A változatos eredmények felhívják a figyelmet a téma sokrétűségére, emellett fontos és pszichológiai szempontból releváns kérdéseket vetnek fel, amelyek további vizsgálódásra invitálják a kutatókat.

6. Irodalomjegyzék:

1. Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120–1144.
2. Anjum F., Zehra N., Haider G., Rani S., Siddique A. A., Munir A. A. (2010): Attitudes towards menstruation among young women. *Pak J Med Sci.*, 26(3), 619-622.
3. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In: Ramachaudran, V. S. (ed.): *Encyclopedia of human behavior*. 4. Academic Press, New York. 71-81.
4. Barnes, A., Adam, M. E., Eke, A. O., & Ferguson, L. J. (2021). Exploring the emotional experiences of young women with chronic pain: The potential role of self-compassion. *Journal of Health Psychology*, 26(3), 367-377.
5. Borostyánkői, Z., Takács, S., & Szabó-Bartha, A. (2021). Az Önkritikusság és Önmegerősítés Skála hazai validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 22(2), 121-146.
6. Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. N. (1980). The menstrual attitude questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 42(5), 503-512.
7. Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. N. (1982). The development of menstrual-related beliefs and behaviors during early adolescence. *Child development*, 1567-1577.
8. Chang, E.C. (2008). *Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association
9. Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). New general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62-83.
10. Chrisler, J. C. (2008). The menstrual cycle in a biopsychosocial context. *Psychology of women: A handbook of issues and theories*, 400-439.
11. Coco, A. S. (1999). Primary dysmenorrhea. *American family physician*, 60(2), 489-496.
12. Cook, R. D., & Weisberg, S. (1982). Residuals and influence in regression.
13. Dawood, M. Y. (2006). Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstetrics & Gynecology*, 108(2), 428-441.

14. Dorn, L. D., Negriff, S., Huang, B., Pabst, S., Hillman, J., Braverman, P., & Susman, E. J. (2009). Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety. *Journal of adolescent Health, 44*(3), 237-243.
15. Durbin, J., & Watson, G. S. (1951). Testing for serial correlation in least squares regression. II. *Biometrika, 159*-177.
16. Erchull, M. J., Chrisler, J. C., Gorman, J. A., & Johnston-Robledo, I. (2002). Education and advertising: A content analysis of commercially produced booklets about menstruation. *The Journal of Early Adolescence, 22*(4), 455-474.
17. Ericksen, K. P. (1987). Menstrual symptoms and menstrual beliefs: National and cross-national patterns. In *Premenstrual syndrome: Ethical and legal implications in a biomedical perspective* (pp. 175-187). Boston, MA: Springer US.
18. Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly, 21*(2), 173-206.
19. French, L. (2005). Dysmenorrhea. *American family physician, 71*(2), 285-291.
20. Ghasemi, A., & Zahedi-Asl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for nonstatisticians. *International journal of endocrinology and metabolism, 10*(2), 486.
21. Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum.
22. Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In *Compassion* (pp. 9-74). Routledge.
23. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(6), 353-379.
24. Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(2), 183-200.
25. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 31-50.
26. Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(4), 374-390.

27. Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84(3), 239–255.
28. Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987). Fine-tuning some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400), 1147-1149.
29. Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *Journal of neurophysiology*, 86(1), 402-411.
30. Iacovides, S., Baker, F. C., Avidon, I., & Bentley, A. (2013). Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle. *The Journal of Pain*, 14(10), 1066-1076.
31. Jamieson, D. J., & Steege, J. F. (1996). The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology*, 87(1), 55-58.
32. Johnston-Robledo, I., & Stubbs, M. L. (2013). Positioning periods: Menstruation in social context: An introduction to a special issue. *Sex Roles*, 68, 1-8.
33. Kulesár, Zs. (2009): Trauma-feldolgozás és vallás. Budapest, Trefort Kiadó.
34. Kupeli, N., Chilcot, J., Schmidt, U.H., Campbell, I.C., & Troop, N.A. (2013). A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 12–25.
35. Lerman, S. F., Shahar, G., & Rudich, Z. (2012). Self-criticism interacts with the affective component of pain to predict depressive symptoms in female patients. *European Journal of Pain*, 16(1), 115-122.
36. Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
37. Maihöfner, C., Herzner, B., & Otto Handwerker, H. (2006). Secondary somatosensory cortex is important for the sensory-discriminative dimension of pain: A functional MRI study. *European Journal of Neuroscience*, 23(5), 1377-1383.
38. Mavrellos, D., & Saridogan, E. (2017). Treatment options for primary and secondary dysmenorrhoea. *Prescriber*, 28(11), 18-25.
39. Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. *The skin senses*, 1, 423-43.

40. Merskey, H. (Ed.). (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Suppl 3*, 226.
41. Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 373-383.
42. Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
43. Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
44. Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.
45. Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejitthirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287.
46. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
47. Neff, K.D., & Mcgehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 37–41.
48. Nyitrai, E., & Takács, S. (2019a). A menstruációs attitűd kérdőív (Menstrual Attitude Questionnaire, MAQ, Brooks-Gunn and Ruble, 1980) magyar változatának bemutatása. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 7(1), 25-44.
49. Nyitrai, E., & Takács, S. (2019b). Felnőtt nők és férfiak menstruációs attitűdjének összehasonlító vizsgálata. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 7(1), 45-63.
50. Nyitrai, E., & Takács, S. (2019c). Anyák és felnőtt lányaik menstruációs attitűdjének összehasonlító vizsgálata. *Psychologia Hungarica Caroliensis* 7(1), 64-94.
51. Nyitrai, E., & Takács, S. (2020). Az önmagunk iránt érzett együttérzés skála magyar változatával szerzett tapasztalatok. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 8(2), 7-29.
52. Nyitrai, E., & Takács, S. (2023). A menstruációs fájdalom megélését befolyásoló pszichológiai tényezők–a fájdalomkatasztrofizálás szerepe. *Orvosi Hetilap*, 164(37), 1469-1475.
53. O'Flynn, N. (2006). Menstrual symptoms: the importance of social factors in women's experiences. *British Journal of General Practice*, 56(533), 950-957.
54. Payne, L. A., Rapkin, A. J., Lung, K. C., Seidman, L. C., Zeltzer, L. K., & Tsao, J. C. (2016). Pain catastrophizing predicts menstrual pain ratings in adolescent girls with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(1), 16-24.

55. Price, D. D. (1999). *Psychological mechanisms of pain and analgesia*. IASP Press.
56. Proctor, M., & Farquhar, C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *Bmj*, 332(7550), 1134-1138.
57. Roberts, T. A. (2004). Female trouble: The menstrual self-evaluation scale and women's self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 22-26.
58. Saeedi, K. S., Abolghasemi, A., & Akbari, B. (2018). The role of sense of coherence, alexithymia and self-compassion in predicting psychological well-being in girl with primary dysmenorrhea. *Razi Journal of Medical Sciences*, 25(8), 33-42.
59. Sági, A., Köteles, F., & V. Komlósi, A. (2013). Az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés (Önegyüttérzés) skála magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Pszichológia*, 33(4), 293-312.
60. Sigmon, S. T., Fink, C. M., Rohan, K. J., & Hotovy, L. A. (1996). Anxiety sensitivity and menstrual cycle reactivity: Psychophysiological and self-report differences. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 393-410.
61. Silberg, J. L., Martin, N. G., & Heath, A. C. (1987). Genetic and environmental factors in primary dysmenorrhea and its relationship to anxiety, depression, and neuroticism. *Behavior genetics*, 17(4), 363-383.
62. Tóth-Király, I., Bőthe, B., & Orosz, G. (2017). Exploratory structural equation modeling analysis of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 8(4), 881-892.
63. Treede RD, Kenshalo DR, Gracely RH, & Jones AK. (1999). The cortical representation of pain. *Pain*, 79(2-3), 105–111.
64. Tukey, J. W. (1977). Exploratory data analysis.
65. Unsal, A., Ayranci, U., Tozun, M., Arslan, G., & Calik, E. (2010). Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala journal of medical sciences*, 115(2), 138-145.
66. Ussher, J. M. (2006). Managing the monstrous feminine: The role of PMS in the subjectification of women.
67. Van Niekerk, L., Johnstone, L., & Matthewson, M. (2022). Predictors of self-compassion in endometriosis: the role of psychological health and endometriosis symptom burden. *Human Reproduction*, 37(2), 264-273.
68. Wade, J. B., Dougherty, L. M., Archer, R. C., & Price, D. D. (1996). Assessing the stages of pain processing: a multivariate analytical approach. *Pain*, 68(1), 157-167.
69. Walker, A. (1997). *The menstrual cycle*. London: Routledge.

70. Woods, N. F., Most, A., & Dery, G. K. (1982). Toward a construct of perimenstrual distress. *Research in Nursing & Health*, 5(3), 123-136.
71. Zsila, Á., McCutcheon, L. E., & Demetrovics, Z. (2018). The association of celebrity worship with problematic Internet use, maladaptive daydreaming, and desire for fame. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 654-664.