

Károli Gáspár Református Egyetem,

Bölcsészettudományi Kar

Pszichológia BA 3. évfolyam

OTDK Dolgozat

A menstruáció pszichés vetületei

A menstruációs fájdalom összefüggései a menstruációval kapcsolatos attitűddel, a személyiségvonásokkal és fájdalomkatasztrofizálásra való hajlammal.

Oktató: Dr. Reinhardt Melinda

Készítette: Antoni Luca Sára

Tartalomjegyzék

1	Absztrakt	3
2	Elméleti háttér.....	4
2.1	A menstruációs ciklus.....	4
2.2	A menstruáció	5
2.3	Premenstruális szindróma	6
3	Fájdalom.....	7
3.1	Menstruációs fájdalom.....	8
3.1.1	Menstruációs fájdalom csökkentése.....	8
3.1.2	A menstruációs fájdalom lehetséges okai	9
4	Testi-lelki fejlődés az életkorokban, a menstruáció kapcsán.....	11
4.1	A pubertás	11
4.2	A felnőttkor	12
4.3	Az időskor	13
5	Pszichoszomatika	13
6	Személyiségelmélet.....	14
7	Hipotézisek.....	15
8	Módszerek	18
8.1	Eszközök.....	18
8.2	Eljárás.....	21
9	Eredmények	22
10	Megbeszélés.....	30
11	Mellékletek	37

1 Absztrakt

Jelen kutatás a menstruációs fájdalommal és annak pszichológiai vonatkozásával foglalkozik. Az a társadalmi és kulturális szemlélet, mely a menstruációt övezi, összességében egyfajta betegség jelleget kölcsönöz annak, a betegség velejárója pedig a szenvedés és a fájdalom. Különösen fontos figyelembe venni a lélektani tényezőket, hiszen a nőgyógyászat gyógyítási területét az erős emocionális kapcsolatú női nemi szerv-rendszer képezi (Császár,1989). Vizsgálatomban azt szeretném bizonyítani, hogy a nők menstruációs fájdalmait befolyásolják személyiségvonásaik, menstruációs attitűdjük, az első menstruációhoz kapcsolódó élményük, valamint a fájdalom katasztrofizálása. Kutatásom az év első félévében internetes kérdőívezés formájában zajlott, hólabda módszerrel, majd ezt követően interjúkat készítettem. A vizsgált populációm 18-55 év közötti nők voltak (átlag életkor 32,76, SD=8,45). A kérdőív csomagot 274 nő töltötte ki, majd 16 interjút készítettem a kutatócsoport. Az adatokon statisztikai kapcsolatvizsgálatokat, (korrelációs és regressziós) valamint független mintás T-próbát végeztem. A kvantitatív vizsgálatok mellett az interjúk szövegének elemzését is elvégeztem. A vizsgálatok alapján elmondható, hogy a vizsgált személyiség vonások közül, az érzelmi instabilitás mutat közepesen erős kapcsolatot ($r=0,34$, $p=0,00$) a menstruációs tünetek számával. A Menstruációs Attitűd Kérdőív (Brooks-Gunn,1980) alfaktorai, valamint a menstruációs fájdalom intenzitása között szintén közepesen erős, illetve gyenge kapcsolat látható. Az életkorokat tekintve a menstruáció előtt észlelt tünetek valamint a fájdalom intenzitása a 30év alattiak csoportjánál átlagosan magasabb, mint a 30-55 évig terjedő korosztályé. A regressziós vizsgálat után elmondható, hogy a menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt, az életkor, valamint a menstruáció, mint legyengítő esemény a menstruációs fájdalom intenzitás értékének együttesen 35%-át magyarázza meg ($F=49,35$, $p=0,000$, $R^2=0,354$). Valamint, hogy a menstruáció, mint legyengítő esemény, az érzelmi instabilitás és a fájdalomkatasztrofizáció menstruáció alatt észlelt tünetek értékének együttesen 41%-át magyarázza meg ($F=63,17$, $p=0,004$, $R^2=0,412$). Kvalitatív vizsgálatom eredményeként azt kaptam, hogy minél negatívabb az első menstruációhoz fűződő élmény megélése, annál negatívabb a későbbiekben is a menstruációhoz való érzelmi viszonyulás. Eredményeim rávilágítanak arra, hogy a biológiai és genetikai háttér mellett fontos tényező a pszichológiai háttér, a menstruációs attitűd valamint a fájdalomkatasztrofizációra való hajlam a menstruációs fájdalom kialakulásában.

Kulcsszavak: menstruációs fájdalom, menstruációs attitűd,fájdalomkatasztrofizáció, érzelmi instabilitás

Bevezetés

Témaválasztásom oka, hogy napjainkban, noha ez egy igen fontos kérdés, kevesen foglalkoznak vele, nem sok kutatás, cikk található ebben a témában, valamint számomra külön öröm egy olyan témán dolgozni, ami az ember biológiai, fiziológiai folyamatait hozza összefüggésbe a pszichológia tudományával. A szakirodalomban elmerülve egyre több kérdés és kutatható terület merült fel bennem.

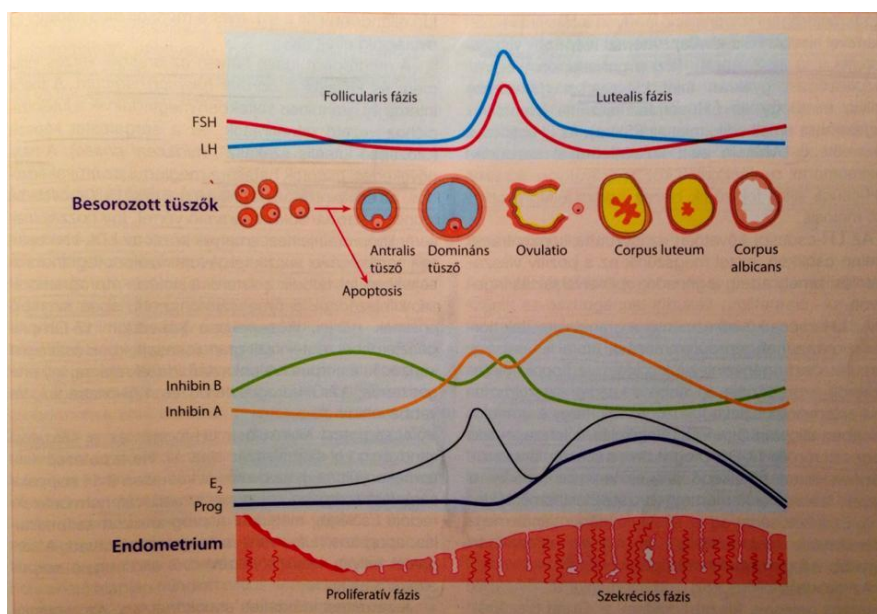
2 Elméleti háttér

A menstruációt köznyelven havibajnak is nevezik, hisz alig van nő, akinek a havi vérzése idején, ne lenne kisebb nagyobb kedélyhullámozása, fokozott érzékenysége, rosszulléte. Régen betegségnek tekintették, manapság ennek a felfogásnak hibás voltát mindenki tudja, ám a havi vérzés bizonyos tekintetben kíméletet igényel. Óvakodni kell a fertőzésektől, megerőltető testi munkától. Rengeteg nő szenved olyan görcsös alhasi fájdalomtól, amelyeket csak görcsoldókkal, nyugtatókkal tud enyhíteni. Mégis sok olyan nő van, aki „havibájának” első napján teljesen munkaképtelen (Obál,1986). Azonban erre nem csak testünk és biológiai, fizikai folyamatai vannak hatással. A menstruáció átélését a vele kapcsolatos attitűdök és vélekedések is befolyásolják.

2.1 A menstruációs ciklus

A menstruációs ciklus természetes élettani folyamat, amely során a női szervezet felkészül a terhességre. Az első menstruáció-menarsche (Cole,2006) a pubertáskort jelzi, és végigkíséri nők életét egészen a változókör megjelenéséig. Ezen időszakot a reprodukcióra való képesség jellemzi és a nemi hormonok hatása alatt áll. A menstruációs ciklus átlagosan 28 napig tart, de személyenként eltérő lehet, a 22-35 napos intervallumba a ciklus még teljesen normálisnak tekinthető. „A ciklus lezajlását a hipotalamusz-hipofízis-petefészek tengely szabályozza. Az follikulus stimuláló hormon (FSH) és luteinizáló hormon (LH) a hipofízisben szabadul fel, majd a vérkeringésbe kerülve a petefészekben ösztrogén és progeszteron elválasztást indít el. A ciklus első fele 14 napig tart, amelyet follikuláris szakasznak nevezünk,a menstruációs vérzéssel kezdődik (3-7 nap), miközben az FSH szintje emelkedni kezd és a tüszőérését serkenti, elindul az ösztrogének termelődése, ezt követi a LH ugrásszerű emelkedése és az érett petesejt kilökődésével (ovuláció) végződik. Ekkor

következik a luteálisszakasz, amely szintén 14 napig tart. A felrepedt tüszőből kialakul a sárgatest (corpus luteum) és progeszteront termel, a méhnyálkahártya felkészül a megtermékenyült petesejt befogadására, majd ha ez nem következik be, akkor a nyálkahártya elsorvad és leválik” (Farage et. al., 2008 idézi Telek,2004,6-7). A 28 napos menstruációs ciklus négy egy hetes részre osztható. A korai follikuláris szakasz a ciklus első 7 napja, mely alatt lezajlik a menstruáció. A késői follikuláris szakasz a ciklus 8-14. napjai közé eső hét nap, amelyet a korai luteális szakasz követ, ez a ciklus 15-21. napjai közé eső hét nap. A késői luteális szakasz a ciklus utolsó hét napja, amely időszakot premenstruális időszaknak is neveznek (Telek,2009).



1. ábra A menstruációs ciklus (Fonyó,2011,525)

2.2 A menstruáció

Minden nőnemű főemlős menstruál. Minden hónapban a hormonok felkészítik a méhnyálkahártyát a megtermékenyült petesejt befogadására és táplálására. Ha megtermékenyülés nem következik be, a nyálkahártya felső kétharmada leválik.

A méhnyálkahártya két rétegből áll, egy vékony alaprétegből és egy vastag felszíni rétegből, amely mirigyeket tartalmaz. A felszíni réteg nagymértékben változik a ciklus alatt és szinte teljesen leválik a menstruáció során. A felszíni rétegnek leválását az ösztrogén ingerhiánya

okozza, de maga a vérzés a méhnyálkahártyában lévő speciális típusú artériákkal van összefüggésben (Sloane,1987). Ha a méhnyálkahártya visszafejlődik,akkor az artériák még jobban kanyargossá válnak,s ezáltal a vérkeringés lelassul bennük. Egyes artériák időnként összehúzódnak,megszűnik egyes területek vérellátása ezáltal a szövetrész elhal. Amikor az artériák újból kitágulnak, a vér kifolyik oda, ahol a szövet már elhalt. Ezek a vértócsák áttörnek a méhnyálkahártya felszínén keresztül a méhüregbe. Amint a felszíni réteg nagy része felbomlik, a méhnyálkahártya kis darabjai leválnak, mirigyváladékok és vér szivárog lassan a méhüregbe. Négy-öt nap alatt körülbelül 50ml vér, mirigyváladék és szövettörmelékek folynak ki a méhüregből a méhszájon és a hüvelyen keresztül (Sloane,1987). Élettani körülmények között a serdülőkor előtt, terhesség és szoptatás alatt s a változó kor után nincs havi vérzés (Sullerot,1983).

2.3 *Premenstruális szindróma*

A premenstruális szindróma a női nemi ciklus luteális fázisában rendszeresen fellépő, ciklikusan visszatérő fiziológiai, pszichológiai és viselkedéses változásokat jelent, amelyek distresszt okoznak és megzavarhatják a mindennapi életvitelt, társas kapcsolatokat (Reid és Fretts,1995). Megjelenésük igen sokféle lehet, három nagyobb csoportba oszthatóak. Vértolulásokos tünetek, idegi panaszok, belgyógyászati panaszok (Sullerot,1983).

A premensturációs szindróma nők 36-40%-át (Sullerot,1983) érinti. A gyakoriság 18-35 éves korig nő. Számos elméletet találunk annak magyarázatára, hogy mi idézi elő. A patogenetikus magyarázatot a progeszteron és progesztatív szerek gyógyító hatása igazolhatja. Tehát a premenstruációs szindróma ezen magyarázat szerint nem más, mint az ovuláció utáni sárgatest elégtelenség okozta kiegyensúlyozatlan hormonális hatások következtében létre jövő tünetegyüttes. (Sullerot,1983). Később, mivel nem találtak bizonyítékot a luteálisfunkció abnormalitására, azt feltételezték, hogy nem önmagában a progeszteron-deficit, hanem a progeszteron szintjének a fiziológiás ciklus során fellépő éles csökkenése, azaz a hirtelen progeszteron-megvonás váltja ki a tüneteket, ezt az elméletet sem sikerült azonban alátámasztani. Hasonlóképpen nem találtak bizonyítékot az ösztrogéntúlsúly oki szerepével kapcsolatban sem, ráadásul egyes vizsgálatok eredményei szerint éppen az ösztrogén-megvonás az oka a tünetek felléptének (Reid és Fretts, 1995). Más vizsgálatokban azt tapasztalták, hogy a progeszteron, és kisebb mértékben az ösztrogén plazmakoncentrációja, illetve a koncentráció változása összefügg a premenstruális szindróma súlyosságával (Halbreich,2003). A legkorszerűbb elméletek a premenstruális szindróma hátterében a neurotranszmitterek és neuromodulátorok szerepét tételezik fel. Valószínű, hogy a tüneteket

nem a gonadális szteroidok szintjének vagy relatív koncentrációjának normálistól való eltérése, hanem a normális hormonokra adott, a normálistól eltérő neurotranszmitter válasz okozza (Gonda és Bagdy,2004). Bár a női nemi ciklussal összefüggő változásokra és tünetekre, valamint a premenstruális szindrómára számos kutatás irányul, még mindig keveset tudunk arról, hogy a jelenségek hátterében milyen folyamatok játszanak szerepet, és ezek hogyan függenek össze a testi és lelki tünetekkel. A szerotonerg rendszer szerepe alapvetőnek látszik, hatékony terápiás lehetőségeket is kínál, ennek ellenére még számos vizsgálat szükséges a premenstruális szindróma kutatásának hátterében (Gonda és Bagdy,2004).

A menstruációhoz való hozzáállása a társadalomnak régre nyúlik vissza. A menstruációs ciklust ötezer évre visszamenőleg szentnek tekintették. Később az írásos nyugati történelem nagy részében, még a vallási kódexekben is, a menstruációs ciklust a szégyennel megalázással, szenvedéssel kapcsolták össze (Northrup,1994). Bár ez korszaktól és társadalmi kultúráktól függ, a tabuk ma is élnek. Összességében ez a szemlélet betegség jellegét kölcsönöz a menstruációnak, a betegségnek velejárója pedig a szenvedés és a fájdalom (Sloane,1987). Rengeteg nő életét befolyásolja a menstruációs és premenstruációs időszakban észlelt viselkedési,fizikai,pszichés változás. Tapasztalatom alapján központi kérdés rengeteg nő életében ezen időszak alatt átélt fájdalom és ennek lehetséges csillapítása.

3 Fájdalom

A fájdalomérzés alapvető neurofiziológiai jelenség, amelynek lényege a testen kívülről származó vagy a testben fellépő, a potenciálisan szöveti károsodást okozó ingerekre adott averzív, kellemetlen érzéssel és negatív érzelmekkel kísért válasz, amelyet gyakran motoros védekező és vegetatív reakció is kísér (Elméry,2013). Anatómiailag tekintve ez a következőképpen zajlik: „a tectus spinothalamicus az agytörzsi magvaknak adott kollaterálisok után a thalamusban végződik. A thalamusból újabb átkapcsolódás után több területre projektálnak a fájdalomérzésért felelős idegrostok, megteremtve a fájdalomérzet feldolgozásának lehetőségét. VPL és VPI magvaiból a szomatoszenzoros kérgi területekhez vezetnek a pályák, itt zajlik a tudatos lokalizáció. A thalamus középvonali magvaiban átkapcsolódó rostok a limbikus rendszer részét képező gyrus cinguli elülső részébe (ACC Anterior Cingulate Cortex) projektálnak; ez a terület felel a fájdalommal járó azonnali, elsődleges kellemetlenség érzésért (Immediate Pain Unpleasantness). A fájdalom ingerek másodlagos feldolgozása következő helyeken zajlik: prefrontalis cortex (PFC), posterior parietalis cortex (PPT), amygdala. A magasabb rendű kérgi központok bonyolult

együttműködése integrálja a fájdalom testi és pszichológiai percepcióját, valamint a motoros és pszichológiai válaszreakciót” (Elméry,2013,8-10). Megállapítható, hogy a fájdalom sokkal inkább szubjektív érzet, mint objektív. Ebből következően nehéz megállapítani intenzitását, jellegét színezetét, jobbára a beteg elmondására támaszkodhatunk. Ez problémát okoz, hiszen a fájdalom jelzése sok mindentől függ, pszichovegetatív állapottól, aktuális tűrőképességtől, kultúrától. Természetesen azért számos objektív jele is van a fájdalomnak (pulzusszám, vérnyomás emelkedés, kéreghőmérséklet emelkedés stb.)(Lenz,1996).

3.1 *Menstruációs fájdalom*

Sok lánynak és nőnek van kissé rossz közérzete a menstruációt megelőzően vagy annak első pár napján. Medencetáji görcsöt, húzó combfájást, valamint gyenge hátfájást éreznek (Sloane,1987). A fájdalom erőssége változó, de csak nagyon ritkán elviselhetetlen. Az egyéntől függ, hogyan viseli a fájdalmat.

3.1.1 Menstruációs fájdalom csökkentése

Házi orvoslás

A nők évszázadok óta adják át egymásnak tapasztalataikat menstruációs fájdalom csökkentésével kapcsolatban. Azonban, ami használ az egyik nőnek, nem biztos, hogy a másinak is. Jótékony lehet a meleg, a meleg vizes palack, a forró fürdő. A meleg fokozza a vérzést és csökkenti az izomgörcsöt. A testedzés is sok nő fájdalmát enyhíti. A görcsökkel járó stressz és izomfeszültség csökkentésére szolgálhat a jóga és a transzcendentális meditáció (Sloane,1987).

Gyógyszeres kezelés

A peteérés nélküli menstruáció szinte soha nem okoz fájdalmas menstruációt. A peteérés meggátlása fogamzásgátló tablettákkal vagy más hormonkezeléssel szinte mindig fájdalommentessé teszi a menstruációt. Többféle műtéti eljárás is lehetséges, azonban ezek igen drasztikusak. Számos gyógyszert is ajánlanak a fájdalom megszüntetésére a hormonkezelésen túl, ilyen például aspirin, cataflan és egyéb fájdalomcsillapítók, görcsoldók (Sloane,1987). Fontos itt részletesebben kitérni a fogamzásgátló tablettára, melynek használata igen népszerű. Kutatásomban az alanyok kiválasztásánál nem volt kitétel, hogy ne szedjenek hormonális fogamzásgátlót, azonban ez befolyásolhatja az eredményeket. Mivel ezen adatokat is lekérdeztük, a későbbiekben egy esetleges kiterjesztett kutatásnál ez is számottevő lehet.

Az első fogamzásgátló tabletta az ösztrogén és progeszteron kombinációjából állt. Pincus és munkatársai már 1958-ben közzétették ezzel kapcsolatos első eredményeiket. A nő első ízben rendelkezett olyan megközelítőleg százszázalékos hatású módszerrel, amely nem volt közvetlen kihatással a nemi aktusra. A tabletták hatásmechanizmusa viszonylag egyszerű. „A ciklus lefolyását szabályozó ösztrogének és progeszteron petefészekbeli termelését a hipofízis gonadotrop hormonjai serkentik. Ezeknek a gonadotrop hormonoknak a kiválasztása szoros összefüggésben van a hipotalamusz egyes magvaival, amelyeket viszont a petefészek szteroidjai serkentenek vagy fékeznek. Amikor a beadott szteroid-mennyiség meghaladja a ciklus során rendszeren kiválasztott mennyiséget, a hipotalamusz magvaira gyakorolt visszacsatolás lényegében gátló hatású: megszűnik az ovuláció és így az azt követő sárgatestképződés is”(Sullerot,1983,182). A tabletta a fogamzás meggátlása mellett a ciklus 28napos beállítására, valamint az erős vérékenység és fájdalmak megszüntetésére is alkalmas (Sullerot,1983). A mai fogamzásgátló tabletták hormontartalma alacsony, e szint alá már nem lehet csökkenteni, mert akkor a mellékhatások növekednének (áttöréses vérzés) és hatásfoka romlana.(Zatik,2013). A fogamzásgátló tablettáknak négy nagy típusa van. Az egyfázisú, kétfázisú, háromfázisú, valamint a 21+7 típusú tabletta. Ezen felül még alkalmaznak úgynevezett minipilleket, amik csak progeszteront tartalmaznak,ezek kevésbé hatékonyak valamint fogamzásgátló injekciót, ami megszüntetni a havi vérzést . Ezt három havonta szükséges megkapni, és szintén csak progeszteront tartalmaz (Zatik,2013).

3.1.2 A menstruációs fájdalom lehetséges okai

A menstruációs fájdalomnak számtalan oka lehet, dolgozatomban ezen részében az esetleges biológiai okokat veszem számba, későbbiekben kitérek a kulturális valamint pszichológiai okokra.

Biológiai tényezők

Görcsök: A vérzés megindulása előtt vagy annak napján lép fel, 1-3 napig tart általánosságban. Legtöbb esetben nem kóros, a méh összehúzódása által kiváltott, természetes folyamat(Fülöp 2013).

Mióma, petefészek ciszták: A petefészekben minden hónapban tüszők alakulnak ki és válnak folyadékkal teli hólyagokká más néven cisztákká. Egynek a mérete nagyobb lesz, mint a többié ez a nagy tüsző át alakul sárgatestté a többi ciszta pedig felszívódik (Sloane,1987). Ha azonban a tüsző nem reped fel és tovább nő az komoly fájdalmakkal járhat

(Northrup,1994).Általában ezek a ciszták egy két hónapon belül eltűnnek, ha ciszta felreped vagy a folyadék felszívódik (Sloane,1987).

Az elzáródott külső méhszáj is lehet az egyik oka a fájdalmas menstruációnak. Valamint okozhatja az is, ha túl sok vagy túl kevés ösztrogén van a szervezetben, az ösztrogén/progeszteron egyensúlyi arány eltolódása, vagy túlzott progeszteron termelődés.

A menstruációs vérben lévő valamely vegyülettel és élelmiszerrel szembeni allergiával is összekapcsolták a menstruációs fájdalmat (Sloane,1987). Az 1970-es évektől tanulmányok igazolták,hogy a fájdalmasan görcsölő nők vérében magas a prosztaglandin F2 alfa-hormon (PGF2 alfa)-szintje (Northrup,1994).

Hiedelmek, attitűdök, kulturális hatás

A menstruációs ciklussal és a premenstruális időszak tüneteivel kapcsolatos attitűdöknek, hiedelmeknek és a kulturális hatásoknak fontos szerepe van(Telek,2009).

A magasabb iskolai végzettség az affektív tünetekkel hozható összefüggésbe, valamint a tünetek értékelésének megítélésében játszik szerepet (Marván,1999). Azaz a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők pozitívabban állnak a menstruációhoz.

A pubertás kor előtti elvárások, információk, hiedelmek mind összefüggésben vannak azzal, hogy a későbbiekben a lányok hogyan élik meg a premenstruációs időszakot, valamint a menstruációs ciklushoz kapcsolódó tüneteket. Amennyiben ezen információk negatívak, akkor ez az időszak, mint kellemetlen tünetekkel együtt járó jelenség épül be(Woods, 1982,Marván,1999). A nők többsége steril, objektív módon szerez tudomást a ciklusról. Kevés lány ismerkedik meg a menstruációjával úgy, hogy élete pozitív rítusának tartaná (Northrup,1994).

Az első menstruációval kapcsolatos élmények, valamint az anyától vagy más nőnemű családtagtól kapott információ összefügg a premenstruális tünetekkel és a menstruációs ciklushoz kapcsolódó tünetekkel. Azok a nők, akik több negatív információt kaptak kamaszkorukban, később súlyosabb tüneteket érzékelnek (Anson,1999 idézi Telek,2004).

A mai nők több és szabályosabb cikluson esnek át, mint elődeik (Bancroft,1995). Ennek okai kulturális természetűek, a pubertáskor előretolódása, azaz a nemi érés korábbi bekövetkezése, a szoptatási időszak lerövidülése, valamint a kevesebb gyermek vállalása. Ezen okok következményeként a mai nő sokkal több menstruációs cikluson esik át és a tünetekkel való tapasztalataik is megváltoztak (Sullerot,1983).

A kulturális hatások nagy szerepet töltenek be a hiedelmek, ismeretek, attitűdök és az elvárások kialakításában melyek alapvetően befolyásolhatják az ingerek észlelését (Telek,2004).

Pszichológiai tényezők

Számos elmélet alapján a menstruációs fájdalom elsősorban pszichoszomatikus eredetű, azaz lelki okokra vezethető vissza. Ennek egyik oka lehet a női szerep elleni tiltakozás (erre az életkorok részletesebb bemutatásánál bővebben kitérek), valamint lehetséges az is, hogy a havonta jelentkező fájdalmas görcsöktől és a menstruációtól egyre jobban szoronganak a nők, ami még inkább fokozza a fájdalmat (Sloane,1987).

Ezen időszakban jelentkező fizikai és pszichés tünetek okait pszichológiai elméletek alapján próbálták magyarázni. A személyiségbeli jellemzőkkel, az attitűddel, a megküzdési stratégiákkal, hiedelmekkel, valamint az attribúciós stílussal és a pszichoszociális stresszel hozták összefüggésbe, melyek mind szerepet játszhatnak a premenstruális időszak, illetve a menstruációs ciklus során jelentkező tünetek kialakulásában (Telek,2009).

Az életkor meghatározó lehet a fájdalmas menstruáció szempontjából. A vizsgálatomban készített interjúkban a megkérdezettek nagy számban számoltak be arról, hogy fiatal korukban fájdalmasabb és rendszertelenebb volt a menstruációjuk. Ennek egyik oka lehet, hogy lelkileg még nem érték meg a női szerep elfogadására. Objektív módon szereztek tudomást a menstruációs ciklusról anélkül, hogy megtanulták volna a női test és saját szexualitásuk tiszteletét (Northrup,1994). A felnőtt nő érett személyiségének kialakulásához testi-lelki egyensúlyra van szükség, melybe beletartozik teste ciklikusságának elfogadása (Thibault,1983).

4 Testi-lelki fejlődés az életkorokban, a menstruáció kapcsán

4.1 A pubertás

A mi éghajlatunk alatt a gyermek – a családi és a környezeti hatások adta különbségeket figyelembe véve - a 13-14 életévében jut a serdülőkorba. Minél északabbra haladunk, annál később, minél délebbre, annál korábban jelentkezik a nemi érés és vele együtt a menarche (Sullerot,1983). A korai fiataalkorban végbemenő biológiai változások sorozata a pubertás, mely a testileg még éretlen egyéneket biológiailag érett, szaporodásra képes egyedekké

formálja. A nemi érés alatt az elsődleges nemi szervek, vagyis azok, amelyek részt vesznek a szaporodásban megnövekednek, és funkcionálisan éretté válnak (Cole, 2006).

A legszembetűnőbb morfológiai változás –a hipotalamusz-hipofízis-gonád rendszer érése és fokozott aktivitásának eredményeként a másodlagos nemi jellegek kialakulása.(Sullerot 1983) A testi növekedés hirtelen felgyorsul, megnövekszik a szemérem és hónaljiszőrzet, valamint a lányoknál a mellék is növekedésnek indulnak. Abban az időszakban, amikor a lányok külseje kezd megváltozni, a petefészkek megnagyobbodnak és a sejtek, amelyek végül majd petévé alakulnak érésnek indulnak. A méh növekedni kezd, a hüvely fala megvastagszik. Az első menstruáció nagyjából 18 hónappal azután, jelentkezik, hogy nemi érés elérte csúcspontját (Bogin,1999). Ezeknek a változásoknak nagy hatásuk van mind a gyermekre, mind a közösségre, amelybe tartoznak. Befolyásolják ezt a gyermek egyéni jellemzői valamint a kulturális körülmények (Tanner,1990). Fontos itt megemlíteni azt a kutatást (Brooks-Gunn és Reiter,1990) mely azt mutatja, hogy a lányok menstruáció alatti fizikai tünetei összefüggnek a korábbi elvárásaikkal. A lányok többsége, akik kellemetlen élményről számoltak be, nem voltak felkészülve, és megfelelően tájékoztatva, valamint akiktől információikat kapták mind negatívan beszéltek erről (Cole,2006).

4.2 A felnőttkor

A felnőttkor különböző életkori szakaszokra bontható: fiatal felnőtt kor, középkor, érettkor, valamint az időskor. Természetesen ezen kívül még sok felosztással és elmélettel találkozunk.. Erikson (1980) a felnőttkor alapkonfliktusának az alkotóképesség és a stagnálás egyensúlyának megtalálását tartja. Alkotóképességen az ember azon képességét érti, amely lehetővé teszi, hogy átadjuk magunkat a „test és a lélek találkozásának”(Frenkl és Rajnik,2000). A fent említett elméletekből láthatjuk, hogy a felnőtt ember, érettségéhez érett „self”-re, magasabb elhivatottságra és kialakult értékrendre van szüksége, valamint „testi lelki egyensúly” felállítására. Kutatásom szempontjából fontos megjegyezni itt a menstruáció ciklikus mivoltát.(Thibault,1983). A felnőttkor kezdetére a menstruációjuk általában beáll, kiszámítható időpontban érkezik, noha vannak nők, akiknek már a kezdetektől szabályos. Általánosságban 28 naponként, de vannak rövid (23-24) és hosszú (30-32nap) ciklusú nők.(Obál,1986) Az életkor előrehaladtával a menstruációs fájdalmak a legtöbb esetben csökkenek. Ebben a korban jelenik meg a gyermekvállalás igénye.

Az erős menstruációs panaszok egyik oka lehet a nőiség belső elutasítása. Ez az elutasítás irányulhat a nő társadalmi szerepére és státusára, de akár a (jövendő) anyaszerepre is. Más

esetekben a nő vágyik gyermekre, tudja viszont, hogy életkörülményei miatt nem szabad teherbe esnie. Ilyenkor a nőben újra meg újra tudatosul az „elszalasztott lehetőség”, ami mélységes csalódást vált ki benne. Mindezt testileg is fájdalmasan élheti át. (Horvát,2010).

4.3 Az időskor

Erikson (1980) meghatározása szerint az érett személyiség ebben az időszakban a teljességet éli át a kétségbeeséssel szemben. Az *énintegritás* érzése, mely életutunkat páratlannak és szükségszerűnek mutatja. Öregedvén karakterünk jellemzői elmélyülnek. Az időskor nem csak a veszteségek megélésének és a búcsúzásnak az időszaka, hanem megteremti a személyiség kiterjedésének lehetőségét. Sokszor tapasztaljuk, hogy a kronológiai, biológiai és pszichológiai öregség ritkán esik egybe.(Rajnik és Frenkl,2009). Noha a klimax kezdete inkább az érett felnőtt kor végére tehető, azért helyeztem ebbe az alfejezetbe, mert a nők életében fellépő érzelmek ebben az időszakban igen hasonlóak. A visszafordíthatatlanság érzése, a test megváltozása, a fiatalság elvesztésének érzése és a tudat, hogy már nem képesek gyermeket szülni, mind megjelenik a klimaxoló nők életében.

Az emberi fajban a premenopauza, amelyet a menstruációs ciklusok szabálytalansága és az ovuláció gyakori hiánya jellemez, általában rövid időszak, amelynek során az utolsó petesejtek is eltűnnek. Ezt a postmenopauza követi (Jones,1975). Kezdetétől (hosszávetőlegesen 48 és 52 éves kor között) a petefészek ösztadiol termelésének viszonylag hirtelen és jelentős csökkenése figyelhető meg. Ennek következtében a vegetatív idegrendszer egyensúlya felborul, ez hőhullámokban és izzadási rohamokban nyilvánul meg. Az ösztrogének a szervezet minden működésében részt vesznek és hiányuk sok zavart képes okozni, például: szív és érrendszeri bántalmak, alvászavar, csonttritkulás valamint személyiség és viselkedés zavarokat (Sullerot,1983). Nem szabad elhanyagolnunk azt a pszichés megrázkódtatást sem, amin ilyenkor a klimaxoló nők keresztülmennek.

5 Pszichoszomatika

A pszichoszomatika jelentőségét ezen területen már fentebb említettem a *pszichológiai tényezők* alfejezetben, itt egy kicsit bővebben kitérnék rá.

Bizonyított, hogy számos betegség és tünet kialakulásáért lelki tényezők a felelősek. Nőgyógyászati problémáknál, betegségeknél fontos, hogy ismerjük és figyelembe vegyük a lélektani tényezőket, hiszen ezen problémák gyógyítási területét az erős emocionális kapcsolatú női- szervrendszer képezi. A menstruáció körüli történések alapvető fontosságúak.

A tünetképződést a menstruáció alatti, előtti és utáni hangulatváltozásokat és panaszokat esetleges pszichés zavarokat klinikai megfigyelések igazolják (Tiba,1989 idézi Császár,1989). A panaszok leggyakrabban a premenstruációs időszakban lépnek fel. Az intrapszichés zavarok tünetek egész sorát aktiválhatják. A fájdalmas menstruáció(dizmenorrea) az egyik leggyakoribb panasz. A primér dizmenorrea az első bifázisos vérzés után jelentkezik és kialakulásukban igen fontos szerepet játszanak a pszichés tényezők. A fájdalom súlyossága és a pszichológiai tényezők közötti összefüggések a következők: súlyosabbak a tünetek azoknál, akiknek valamiféle családi problémájuk van, valamint magas a neurotikus indexük. Összefüggések láthatók a depresszióval, az érzelmi és szexuális problémákkal. A pszichoanalitikus szemlélet szerint a női szerep elutasítása esetében gyakori (Császár,1989).

Számos kutatás található, amely személyiség tényezőket vizsgál a premenstruális szindrómában szenvedő nőknél. Ahogy Telek (2004) is írja az eddigi vizsgálatokban az egészséges, de tüneteket észlelő személyeket csak a premenstruációs szindrómában szenvedő nők kontroll csoportjaként vonták be, így csak kevés adat áll rendelkezésemre arról, hogy milyen személyiségjegyekkel rendelkeznek azok a nők, akik bár érzékelnek tünetet, fájdalmas a menstruációjuk, a premenstruális szindróma nem alakult ki náluk.

6 Személyiségelmélet

A személyiség szó köznapi használatban az egyes emberek sajátosságainak kifejezésére szolgál. Az egyéni különbségek nyilván valók, hiszen ahogy nincs két egyforma ember, úgy nincs két egyforma személyiség. Allport (1937) rendszere a dinamikus szerveződésre hivatkozik, miszerint léteznek olyan belső mechanizmusok vagy folyamatok, amelyek hatására sajátos módon viselkedünk. Ezek a folyamatok teremtik meg a személyen belüli folyamatosság érzését még akkor is, ha a személy különbözőképpen viselkedik eltérő körülmények között (Carver-Scheiener,2006). A személyiség részleges örökletessége mára általánosan elfogadott, a különböző tényezők 0,5 heritabilitási értéket mutatnak. (Goldsmith1983, Nichols1978). Problémás a személyiség definiálása az örökölhetőségi tényező és a személyiség biológiai alapjainak kapcsán. A definíciók ugyan nem egyetemesek, de közös bennük, hogy a személyiséget viszonylag állandónak tekintik és megjelenik bennünk az a nézet, hogy a személyiség nem kizárólag pszichológiai tényezőket magába foglaló konstruktum (Bereczkei,Hoffmann,2012).

Egyre inkább úgy tűnik, hogy a személyiség alapszerkezete öt magasabb faktorból áll, melyekre leginkább az ötfaktoros modell elnevezéssel szoktak hivatkozni (Goldberg

1981;Wiggins 1996). Az eredeti modell Tupes és Christal nevéhez fűződik (Carver és Scheier,2006), de számos kutatócsoport dolgozott az ötfaktoros modellen. A modell 5faktora egy empirikus, adatvezérelt kutatási eredmény, melyet számos független kutatásban sikerült azonosítani (Digmann,1991 idézi Bereczkei,Hoffmann,2012).

Esetünkben az elnevezések a következőek: extravertió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi instabilitás, nyitottság.

Az *extravertiót* a magabiztosság, az impulzusok szabad kifejezése,vagy a dominancia és önbizalom jellemzi legjobban(Watson,Clark,McIntyre és Hamaker 1992 idézi Bereczki,Hoffmann,2012). Valamint mások társaságának kedvelése, amibe rendszerint a szociabilitást is beleértik.Eysenck (1986) az extravertiót még az aktivitással egészítette ki(Carver és Scheier,2006).

A *barátságosság* az öt faktor közül az a másik faktor, amely az extravertióhoz hasonlóan összefügg a szociabilitással. Mások társaságának keresését a kapcsolatok fenntartásának képességét jelzi (Carver és Scheier,2006). Magába foglalhat egyfajta engedelmes szolgálatkészséget, gondoskodást és érzelmi támogatást is.(Graziano és Eisenberg.1999)

A *lelkiismeretesség* vonást részben az impulzivitás határozza meg. Felfoghatjuk akaratként vagy teljesítményre való törekvésként, következetes viszonyulásként az élet fontos feladatokhoz.

Az *érzelmi instabilitás* faktornak a lényegi eleme a szubjektív szorongás élmény.

A ötödik faktor a *nyitottság*, amely a legtöbb vitára ad okot és a legnehezebben jellemezhető. Peabody és Goldberg az intellektus mellett kardoskodik, felfogható azonban a tapasztalatokra való nyitottságnak (Carver és Scheier, 2006).

7 Hipotézisek

A szakirodalom áttekintése után elmondható, hogy pszichológiai és biológiai folyamatok egyaránt szerepet játszanak a menstruációs ciklus során jelentkező tünetek kialakulásában és alakulásában. Ahogy Erős (1998) és Telek (2004) is megfogalmazta, a hormonális működésekkel együtt járó ciklikus változásokat a nők tapasztalataik, személyiség jellemzőik, kognitív stílusbeli jellemzőik valamint a társadalmi elvárásoknak megfelelően élik meg. Ezen egyéni különbségek határozzák meg, hogy a ciklus során tapasztalt tüneteket hétköznapi,

természetes jelenséggént élik meg, vagy azok gondot okoznak, kellemetlen eseményként interpretálják.

Dolgozatomban arra szeretnék választ kapni, hogy a személyiség, a menstruációs attitűd, az életkor, a fájdalom, a katasztrofizációra való hajlam, valamint az első emlék milyen szerepet játszik a menstruációs-, valamint a premenstruációs időszakban észlelt tünetekben, tünetek számában, illetve a fájdalom megélésében.

1.: Feltételezem, hogy az érzelmi instabilitás faktor kapcsolatban van a (1/a.) premenstruációs időszakban valamint a (1/b) menstruációs időszakban észlelt összesített tünetszámmal.

Mivel korábbi kutatások szerint a premenstruációs szindrómában szenvedő nők magasabb pontszámot értek el neuroticizmust mérő skálán (Bancroft,1995, idézi Telek,2004). Ebből kiindulva feltételeztem, hogy ez egészséges nők esetében is így van.

A szakirodalom ebben a témában hiányos, ezért feltáró jellegű kapcsolatvizsgálatot végeztem a (1/c) BFI összes faktora valamint a premenstruációs időszakban észlelt tünetek összpontszáma között és a (1/d) menstruációs tünetek összpontszáma között.

2: Feltételezem továbbá, hogy az (2/a) érzelmi instabilitás faktor kapcsolatban áll a fájdalom katasztrofizáció összpontszámával, valamint a (2/b) fájdalom katasztrofizálás kapcsolatban van a menstruációs fájdalom intenzitásával (Sullivan és mtsai,2001 idézi Kökönyei,2004).

Kökönyei (2004) eredményei alapján az érzelmi instabilitás és a fájdalom katasztrofizálása kapcsolatban áll. Goubert, Crombez és van Dame (2004) véleménye alapján a fájdalom katasztrofizálásra hajlamosít az érzelmi instabilitás.

3: Feltételezem, hogy pozitív irányú szignifikáns kapcsolat lesz kimutatható a (3/a) testi tünetek összpontszáma és a premenstruációs időszakban észlelt tünetek összpontszáma között, valamint a (3/b) menstruációs alatt tapasztalt tünetek összpontszáma és a testi tünetek összpontszáma között.

A számomra elérhető forrásokból nem találtam erre vonatkozóan kutatást, azonban feltételezem, hogy azok a nők, akik több testi tünetet észlelnek a mindennapokban - és feltételezhetően jobban monitorozzák magukat - azok a menstruáció alatt még fokozottabb figyelemmel vannak a testük és a testi tüneteik felé.

4: Feltételezem, hogy az életkor kapcsolatban áll (4/a) menstruációs fájdalom intenzitásával, azaz a 30éven aluli nők csoportja intenzívebbnek éli meg a menstruációs fájdalmát, mint a 30 és 55 év közötti nők.

Mivel a menstruációs tünetek összefüggésben állnak a női szerep meg élésével, a nő testének elfogadásával (Northrup,1994). Ha tapasztalataik alapján jobban megértik a menstruációjuk természetét, szerepét és jelentését, akkor képessé válhatnak nyíltabban beszélni róla és kevésbé tartják zavarónak vagy kellemetlennek (Sloane,1987). Az életkor növekedésével a menstruációs fájdalmak csökkenhetnek. Császár (1989) szerint a fájdalmas menstruáció kori eloszlást tekintve 15-20 éves korosztály közötti korcsoportban a leggyakoribb, azonban elmondása szerint a 40-45 évesek között is gyakori az előfordulás.

5: Feltételezem, hogy a (5/a) menstruációs attitűd és a fájdalom intenzitása között pozitív irányú kapcsolat lesz kimutatható, valamint a (5/b) menstruációs attitűd és a menstruációs tünetek összpontszáma között szintén pozitív irányú kapcsolat lesz.

A menstruációs ciklussal és a premenstruációs időszak tüneteivel kapcsolatos attitűdöknek és kulturális hatásoknak fontos szerepe van ezen időszak tüneteinek észlelésében (Sloane,1987;Northrup,1994; Telek,2004).

6: Amennyiben kapcsolat van (6/a) fájdalom intenzitás, a menstruációs attitűd alfaktorok, az életkor, a személyiségfaktorok valamint a fájdalom katasztrofizáció összpontszáma között, úgy a regressziós vizsgálat azt fogja mutatni, hogy a menstruációs fájdalom intenzitása előre jelezhető a menstruációs attitűd alfaktorok, az életkor, a személyiségfaktorok valamint a fájdalom katasztrofizáció bevonásával. Valamint, amennyiben kapcsolat van (6/b) a menstruáció alatt észlelt tünetek, a menstruációs attitűd alfaktorok, az életkor, a személyiségfaktorok, valamint a katasztrofizáció összpontszáma között, úgy a regressziós vizsgálat is azt fogja mutatni, hogy a menstruáció alatt észlelt tünetek összpontszáma előre jelezhető a menstruációs attitűd alfaktorok, az életkor, a személyiség faktorok valamint a fájdalom katasztrofizáció bevonásával.

7:Valamint feltételezem, hogy első menstruáció élménye, valamint az édesanyától és más személytől kapott információk befolyásolják a későbbiekben a menstruációhoz való hozzáállást és annak pozitív vagy negatív értékelését (Telek,2004;Northrup,1994). Vagyis a jó élmény és a pozitívabb információk a későbbiekben pozitívabb hozzáállást kölcsönöznek, míg

a negatív élmények és információk a későbbiekben a menstruációhoz negatívabb hozzáálláshoz vezetnek. Ezen hipotézisemet az interjúk elemzésével próbálom bizonyítani.

8 Módszerek

Kutatásomat egy kisebb kutatócsoporttal végeztem, Reinhardt Melinda tanárnő vezetésével. Kérdőív összeállítása, valamint az alanyok felkutatása is csapatmunka volt.

A vizsgált populáció 18-55 év közötti nők voltak (átlag életkor 32,76 év), $SD = 8,451$. A mintaválasztásnál szigorú kritériumokat nem alkalmaztunk, célunk az volt, hogy olyan nők kezdjék meg a kitöltést, akik már és még menstruálnak valamint, hogy nagykorúak legyenek. A letöltött adatok alapján 274 nő töltötte ki a teszteket, fontosnak érzem itt megjegyezni, hogy a kitöltést több, mint ezren kezdték el, ám nem fejezték be. Ennek számos oka lehet, esetlegesen a kérdőív hosszúsága, a személyes, intim téma, vagy az ehhez kapcsolódó kellemetlen, kínos érzelmek. Későbbiekben sokat segíthet a kutatás szempontjából az okok feltárása.

8.1 Eszközök

A kérdőív csomag a demográfiai adatok gyűjtésével kezdődik ahol az életkoron, testmagasságon és testtömegén túl, általános információkra voltunk kíváncsiak az alanyok menstruációjával kapcsolatban. Mellékletben nem közölhető, mivel folyamatban lévő kutatás.

Az összeállított kérdőív csomagból az általam használt kérdőívek jelen kutatásban a következők voltak:

BFI:

A különböző személyiségjegyek csoportosításának és mérésének egyik legnépszerűbb elméleti kerete a Big Five (Ötfaktoros) modell (McCrae, 1992, idézi Bereczkei,Hoffman,2012). Ez az elmélet öt nagy dimenzió mentén képzei el a személyiség felépítését. Az öt faktor az extraverzió, a nyitottság, az érzelmi instabilitás (neuroticizmus), a lelkiismeretesség, és a barátságosság. 44 tételből áll, 5fokú likert skála (John,Donahue,Kentle,1991).

(1. számú melléklet)

PSC: A tizenhárom tételes Fájdalom Katasztrofizációs kérdőív

Sullivan, Bishop és Pivik (1995) a régebbi katasztrofizálás definíciókat és mérési eljárásokat áttanulmányozva állították össze, új önbeszámolós kérdőívüket. Kérdőív a korábbi elméleti és empirikus munkák nem redundáns katasztrofizálási dimenzióit fedi le. 13 tételére egy ötfokozatú skálán kell válaszolni (Kököneyi, 2008). (2.számú melléklet)

A kérdőív három alskálája:

- A fájdalommal kapcsolatos gondolatokra való fokozott figyelmi fókusz (Spanos és mtsai, 1979);
- A fájdalmas inger fenyegető voltának eltúlzása (Chaves és Brown, 1987);
- A fájdalommal való megküzdésre vonatkozó tehetetlen orientáció (Rosenstiel és Keefe, 1983).

A kérdőív három alskálája ehhez a három dimenzióhoz illeszkedik:

- rumináció,
- felnagyítás
- tehetetlenség (Kököneyi, 2008).

Ezt a hármas faktorstrukturát klinikai mintán (N=851) valamint egyetemi mintán (N=425) is bizonyították (Sullivan és mtsai, 1995 idézi Kököneyi, 2008).

PHQ: Testi tünetek

A kérdőív egy rövid felméréssel vizsgálja testi tünetek súlyosságát. 15 itemből álló kérdőív, amit 0-2ig lehet értékelni. A 0 az egyáltalán nem zavar az 1 a kissé zavar, a 2 pedig a nagyon zavart (Kroenke 2002).

(3.számú melléklet)

Menstruációs Attitűd Kérdőív

Kutatócsoportunk felkereste Jeanne Brooks Gunn-t a kérdőív szerzőjét, aki engedélyezte számunkra a használatot ezen felül további munkáit, publikációt is rendelkezésünkre bocsátotta. A két (1979-es és 1980-as) amerikai verziókból egy új, magyar bővített mérőeszköz született. Az angolról magyarra fordítást Reinhardt Melinda, valamint Molnár Enikő végezte. Az interjú jelenleg adaptálás alatt áll, így a mellékletben teljes terjedelmében nem közölhető.

A teszt összesen 42 tételt tartalmaz, fordított valamint egyenes tételeket. A magyar mintán a kutató csoport vezetője Reinhardt Melinda explorátoros faktoranalízissel új, a magyar mintára illeszkedő alfaktorokat alakított ki. A tételek 4 faktorra bonthatóak, amelyek szerint a tételek csoportosítva vannak a kérdőívben. A 4 csoportosító tényező a következő:

- 1.A menstruáció, mint kellemetlen és/vagy természetes esemény.(12 tételt tartalmaz)
- 2.A menstruáció, mint legyengítő esemény.(13 tétel)
- 3.A menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt. (10 tétel)
- 4.Zavar és szégyenérzés a menstruáció alatt. (7tétel)

Menstruációs Distressz Skála

A kérdőívben 30 tünetet kell 6 fokú Likert skálán osztályozni a válaszadónak 3 periódusra vonatkozóan: menstruáció alatt, menstruáció előtt és amikor nem menstruálnak Brooks-Gunn (1980). A kérdőív jelenleg adaptálás alatt áll így a mellékletben nem közölhető.

Menstruációs fájdalom intenzitásának mérése

Az összeállított kérdőív csomagban egy kérdés vonatkozott a menstruációs fájdalom intenzitásának megjelölésére. (*Mennyire fáj önnek a menstruációja?*) Egy egytől-tízíg terjedő skálán kellett válaszolni, hogy mennyire fáj az adott személynek a menstruációja. Az egy a legkevésbé, a tíz a leginkább.

Interjú

Az interjúra jelentkezett alanyokat személyes találkozóra invitáltuk. Egy sztenderd 21 kérdést tartalmazó félig strukturált interjún vehettek részt mely nagyjából 1-1,5 órát vett igénybe. A kérdéssort közösen állítottuk össze, olyan kérdéseket választva, amelyeknél szükségét éreztük a személyesebb légkörnek valamint a bővebb kifejtés lehetőségét. Az interjú az alábbi főbb témaköröket tartalmazza, teljes terjedelmében nem közölhető, mivel jelenleg adaptálás alatt áll.

- A menstruációs ciklus
- A menstruációhoz kapcsolódó első emlék, a család, családtagok hozzáállása a menstruációhoz
- Nőiség és a menstruáció kapcsolata

- Menstruáció és intuíció
- Menstruáció befolyásoló hatása az érzelmekre, teljesítményre
- Menstruáció és stressz
- Menstruáció és párkapcsolat
- Menstruáció és gyermekvállalás

Mivel az összegyűjtött anyagok és adatok mennyisége meghaladja jelen szakdolgozat lehetőségeit mind mennyisége, mind komplexitása miatt, ezért vizsgálatomban az alábbi kérdést elemeztem, mely a leginkább alátámaszthatja (7) hipotézisemet.

Kérem meséljen az első, legkorábbi emlékeről ami a menstruációhoz köthető?

8.2 Eljárás

A kérdőív elején rövid leírás található arról, hogy miről is szól ez a kutatás, és biztosítottuk a kérdőívet kitöltőt az anonimitásáról. Az összeállított kérdőív csomag 5 kérdőívet tartalmaz, valamint a demográfiai kérdéssort az elején. A kérdőívcsomagot a limesurvey kérdőívszerkesztő program segítségével állítottam össze. A kérdőív 2013 novemberében került fel az internetre, a csoport minden tagja elküldte ismerőseinek a kérdőívet, ezzel elindítva a hólabda módszert. A kérdőív kitöltése megközelítőleg 30-40 percet vett igénybe. A kérdőíves adatgyűjtést 2014. február 27-én fejeztük be és tettem inaktívvá a kérdőívet.

A kutatás második szakasza: A kérdőív csomag végén igény szerint jeligét és e-mail címet megadva lehetett kérni személyes visszajelzést, valamint jelentkezni interjúra. A második szakasz tehát azon személyek megkeresésével kezdődött, akik jelentkeztek az interjúra. A jelentkezők magas száma miatt (72) felosztottuk a csoportban az alanyokat. Egy egységesített e-mailt küldtünk ki minden érdeklődőnek (4.melléklet). A kezdeti érdeklődés itt már alább hagyott, kevesen voltak, akik megkeresésünkre reagáltak és még kevesebben, akik ténylegesen részt is kívántak venni az interjúban, de az alanyok felkeresése továbbra is zajlik.. A kérdéssor sztenderd, félig strukturált interjú, mely 21 kérdésből áll. Tartalmaz egy rajzolást igénylő feladatot is, itt mindannyian egységes színes ceruza csomagot és fehér A4-es rajzlapot használtunk. Az interjúk felvétele nagyjából egy-másfél órát vett igénybe.

9 Eredmények

A vizsgált mintán első lépésként korrelációs kapcsolat vizsgálatot végeztem.

1: Az első hipotézisem (1/a) eredményeként azt kaptam, hogy az érzelmi instabilitás változó valamint a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns pozitív irányú kapcsolat van ($r=0,332$, $p=0,000$). Valamint (1/b) az érzelmi instabilitás változó és a menstruáció alatt észlelt tünetek összpontszámának változója között szignifikáns pozitív irányú közepesen erős kapcsolat van ($r=0,341$, $p=0,000$).

Ezen felül feltáró jellegű kapcsolat vizsgálatot végeztem a (1/c)BFI összes változója és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között, valamint a (1/d) BFI összes változója és a menstruáció alatt észlelt tünetek összpontszámának változója között. Az alábbi eredményeket kaptam. Az extravertió változó és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns negatív irányú, gyenge kapcsolat van ($r=-0,157$, $p=0,009$), az extravertió változó és a menstruáció alatt észlelt tünetek összpontszámának változója között szintén szignifikáns negatív irányú, alacsony szintű kapcsolat látható ($r=0,144$, $p=0,008$). A barátságosság változó és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között, valamint a barátságosság és a menstruáció alatt észlelt tünetek összpontszámának változója között nem találtam szignifikáns kapcsolatot, a tételeken leírt eredmény az összesített 1. számú táblázatban látható részletesen. A lelkiismeretesség változó és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns negatív irányú, gyenge kapcsolat van ($r=-0,145$, $p=0,016$). Ezenfelül a lelkiismeretesség változó és a menstruációs időszak alatt észlelt tünetek összpontszámának változója között szignifikáns negatív irányú, gyenge kapcsolat van ($r=-0,120$, $p=0,047$). A nyitottság változó és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns pozitív irányú gyenge kapcsolat látható ($r=0,139$, $p=0,021$). Valamint a nyitottság változó és a menstruáció alatti tünetek összpontszámának változója között szignifikáns pozitív irányú, gyenge kapcsolat van ($r=0,146$, $p=0,021$).

BFI Faktorok		Menstruáció alatt	Menstruáció előtt
Extraverzió	Pearson Korreláció	-,157	-,157
	Szignifikancia	,009	,009
Barátságosság	Pearson Korreláció	-,062	-,098
	Szignifikancia	,309	,105
Lelkiismeretesség	Pearson Korreláció	-,120	-,145
	Szignifikancia	,047	,016
Érzelmi Instabilitás	Pearson Korreláció	,341	,332
	Szignifikancia	,000	,000
Nytottság	Pearson Korreláció	,146	,139
	Szignifikancia	,016	,021

Közepes
Kapcsolat
Gyenge kapcsolat

1.táblázat: Korrelációs vizsgálat

2:Második hipotézisemben (2/a) az érzelmi instabilitás változó és a fájdalom katasztrofizáció („összpontszáma”) változó között végeztem korrelációs kapcsolat vizsgálatot. A két változó között szignifikáns, pozitív irányú közepesen erős kapcsolat látható ($r=0,424$, $p=0,000$). Majd elvégeztem a (2/b) fájdalom katasztrofizáció („összpontszáma”) változó valamint a menstruációs fájdalom intenzitása változó között ahol szignifikáns, pozitív irányú, gyenge kapcsolat van ($r=0,272$, $p=0,000$). Azaz minél magasabb pontszámot ér el a személy az érzelmi instabilitás skálán, annál hajlamosabb a fájdalom katasztrofizálásra.

3:Valamint a (3/a) testi tünetek összpontszáma változó és a premensturációs tünetek („összpontszáma) változó között szignifikáns, pozitív, közepesen erős kapcsolat van ($r=0,598$, $p=0,000$). Ezenfelül a testi tünetek összepontszáma változó és a menstruációs időszak alatt tapasztalt tünetek összpontszámának változója között szintén szignifikáns pozitív irányú közepesen erős kapcsolat látható ($r=0,465$, $p=0,000$).

4: A fájdalom intenzitása változó eloszlása Kolmogorov-Smirnov teszt alapján szignifikánsan különbözik a normálistól illetve a két korcsoport (1csoport=18-30év,2csoport=31-55év) esetén számított tapasztalati szórások alapján a két csoport szórása nem tekinthető szignifikánsan különbözőnek (Levene-próba: $F=0,537$ ($p=0,464$). Ennek következtében a hagyományos két mintás t-próba előfeltételei csak részben állnak fenn, így Mann-Whitney-próbát alkalmaztam (vagyis sztochasztikus egyenlőséget teszteltem), ($z=-2,800$, $p=0,005$). Állíthatjuk hogy az 1. csoport rangátlagja szignifikánsan magasabb mint a 2. csoporté.

5:A Menstruációs Attitűd Kérdőívnek, mint ahogy fent, a mérőeszközök fejezetben látható négy alfaktora van. A (5/a) menstruáció, mint kellemetlen vagy természetes esemény változó és a menstruációs fájdalom intenzitása változó között szignifikáns pozitív irányú gyenge kapcsolat van ($r=-0,242$, $p=0,000$). Azaz elmondható, hogy minél természetesebbnek éli meg egy nő a menstruációját, annál kevésbé fájdalmas a menstruációja. A menstruáció, mint legyengítő esemény változó és a fájdalom intenzitása változó között szignifikáns, pozitív, közepesen erős kapcsolat látható ($r=0,466$, $p=0,000$). A menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt változó, valamint a fájdalom intenzitása változó között szignifikáns negatív irányú, közepesen erős kapcsolat van ($r=-0,527$, $p=0,000$). Végül a zavar és szégyenérzés a menstruáció alatt változó és a fájdalom intenzitása változó között nem látható szignifikáns kapcsolat ($r=-0,054$, $p=0,373$).

A (5/b) menstruáció, mint kellemetlen és vagy természetes esemény változó, valamint a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns, negatív irányú gyenge kapcsolat van ($r=-0,216$ $p=0,000$). A menstruáció, mint legyengítő esemény változó és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns, pozitív irányú erős kapcsolat van ($r=0,623$, $p=0,000$). A menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt változó, valamint a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns negatív irányú közepesen erős kapcsolat látható ($r=-0,528$, $p=0,000$). A zavar és szégyenérzet a menstruáció alatt és a premenstruációs tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns, negatív irányú gyenge kapcsolat van ($r=-0,156$, $p=0,000$).

A menstruáció, mint kellemetlen és vagy természetes esemény változó és a menstruáció alatt észlelt tünetek („összpontszáma”) változó között nincsen szignifikáns kapcsolat ($r=-0,077$, $p=0,201$). A menstruáció, mint legyengítő esemény változó, valamint a menstruáció alatt észlelt tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns pozitív irányú erős

közepesen erős kapcsolat van ($r=0,588$, $p=0,000$). Ezen felül a menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt változó, valamint a menstruáció alatt észlelt tünetek („összpontszáma”) változó között szignifikáns, negatív irányú közepesen erős kapcsolat látható ($r=-0,357$, $p=0,000$). A zavar és szégyenérzet a menstruáció alatt változó valamint a menstruáció alatt észlelt tünetek („összpontszáma) változó között nem kaptam szignifikáns kapcsolatot ($r=-0,106$ $p=0,080$).

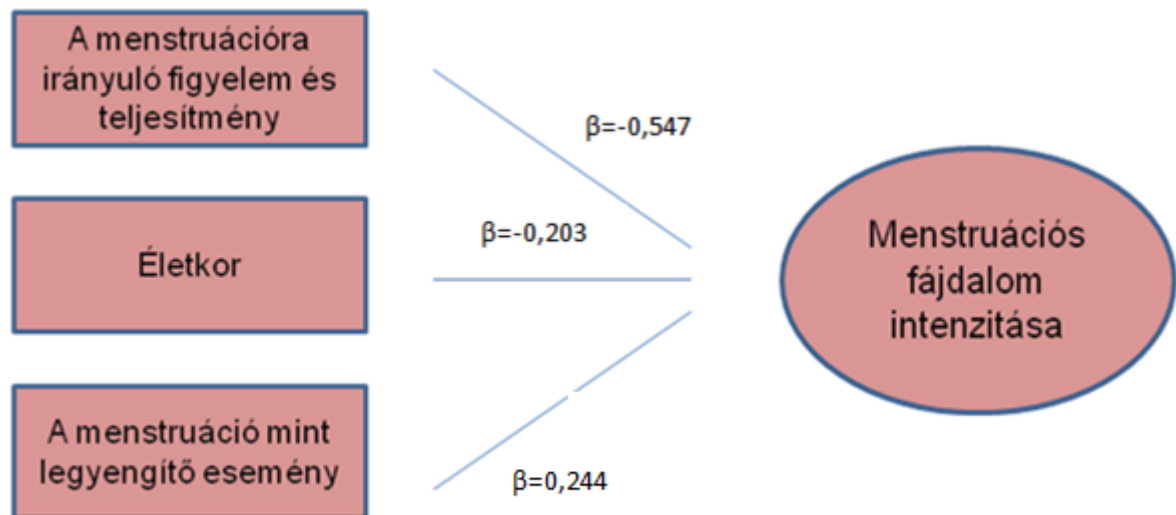
Menstruációs Attitűd Kérdőív alskálák		Menstruáció Alatt	Menstruáció Előtt	Fájdalom Intenzitása
Menstruáció mint kellemetlen és vagy természetes esemény	Pearson Korreláció	-,077	-,216	-,242
	Szignifikancia	,201	,000	,000
Menstruáció mint legyengítő esemény	Pearson Korreláció	,588	,623	,466
	Szignifikancia	,000	,000	,000
Menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt	Pearson Korreláció	-,357	-,528	-,527
	Szignifikancia	,000	,000	,000
Zavar és szégyenérzés a menstruáció alatt	Pearson Korreláció	-,106	-,156	-,054
	Szignifikancia	,080	,010	,373

Közepes Kapcsolat

Gyenge kapcsolat

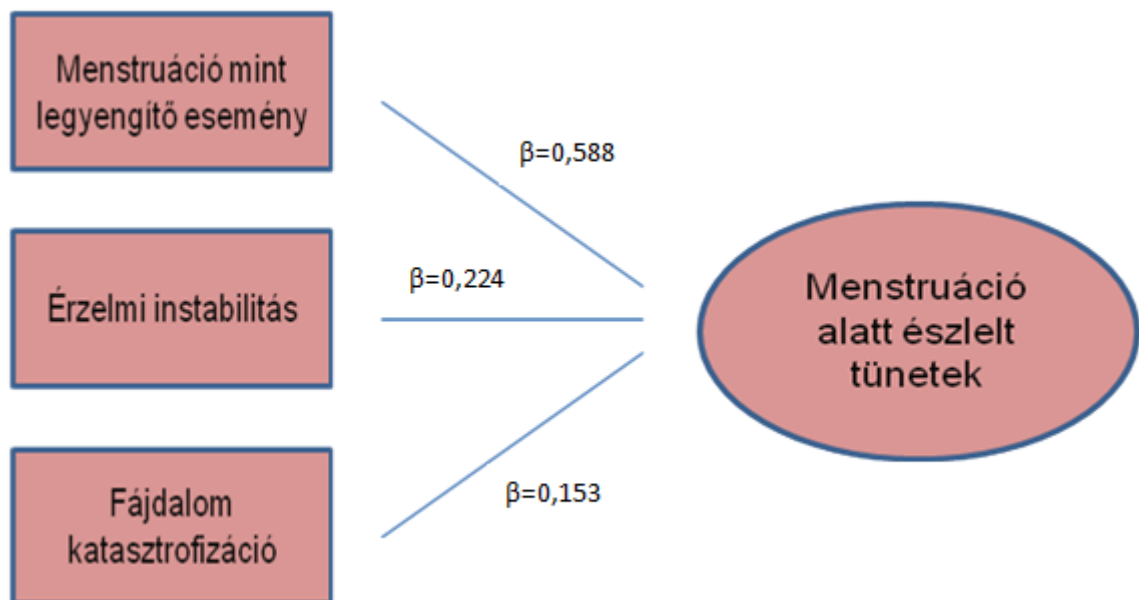
2.táblázat:Korrelációs vizsgálat2

6: A (6/a) fájdalom intenzitásának vizsgálata során a következő magyarázó változók kerültek a modellbe: a menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt, életkor, menstruáció mint legyengítő esemény. Az első változó bevonása- a menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt- az esetek 27,7 % át magyarázza ($R^2=0,277$, $p=0,000$, $F= 104,40$). Ha bevonjuk a második változót is –életkor – akkor a kettő együttesen az esetek 31,9 % át magyarázza ($R^2 =0,319$, $p=0,000$, $F=63,36$). A harmadik változó bevonásával – menstruáció mint legyengítő esemény- azaz a teljes modell, mely a 2.Ábrán látható az esetek 35,4% át magyarázza ($R^2=0,354$, $p=0,000$, $F= 49,35$). Elmondható, hogy a modell által magyarázott rész jelentős. Valamint az életkor és a menstruációra irányuló figyelem együtthatója negatív, ami azt jelenti, hogy az életkor és a menstruációra irányuló figyelem növekedése csökkenti a fájdalom intenzitását.



2.Ábra: Regressziós modell 1.

A (6/b) menstruáció alatt észlelt tünetek vizsgálata során a következő magyarázó változók kerültek a modellbe: menstruáció mint legyengítő esemény, érzelmi instabilitás valamint a fájdalomkatasztrofizáció. A teljes modell a 3.Ábrán látható. Az első változó bevonása – menstruáció mint legyengítő esemény- az esetek 34,6% át magyarázza ($R^2=0,346$, $p= 0,000$, $F=143,9$). Ha bevonjuk a második változót is –érzelmi instabilitás- akkor a két változó együttesen az esetek az esetek 39,4% át magyarázza ($R^2=0,394$, $p=0,000$, $F=88,01$). A harmadik változó bevonásával – fájdalomkatasztrofizáció- azaz a teljes modell esetén, a három változó együttesen az esetek 41,2 % át magyarázza ($R^2=0,412$, $p=0,004$ $F=63,17$). Elmondható hogy a modell által magyarázott rész jelentős.



3.Ábra: Regressziós modell 2

7: Interjúk elemzése:

Összesen 16 interjú állt a rendelkezésemre, amelyekből a fent említett 5. kérdést elemeztem. Az 5-ös kérdésre (*Kérem meséljen az első, legkorábbi emlékről, ami a menstruációhoz kapcsolódik*) adott válaszokat három kategóriába soroltam melyek a következők:

1. kategória: Az első élmény negatív vagy kellemetlen

Ebbe a kategóriába 8 személy (50%) válaszát tudtam elhelyezni.

Példa:

„A derékfájás sokkal jobban megmaradt, mint az , hogy konkrétan hogyan történt”.

„Fájdalom. Elég szarul voltam, nem tudtam mit történik velem. Szenvedtem az ágyban”.

„Nagyon kínos történet, Nagyon kellemetlen volt”

2. kategória: Az első élmény semleges

Ezen kategóriába 5 (31%) személy választ soroltam.

Példa: „Megdöbbsentem, anyu vett nekem betétet.”

„Nem értettem, mi történt, aztán eszembe jutott, hogy ja, nő lettem”

„Nem emlékszem, hogy fájt volna. Anyu elmondta, hogy mit kell tenni ilyenkor”

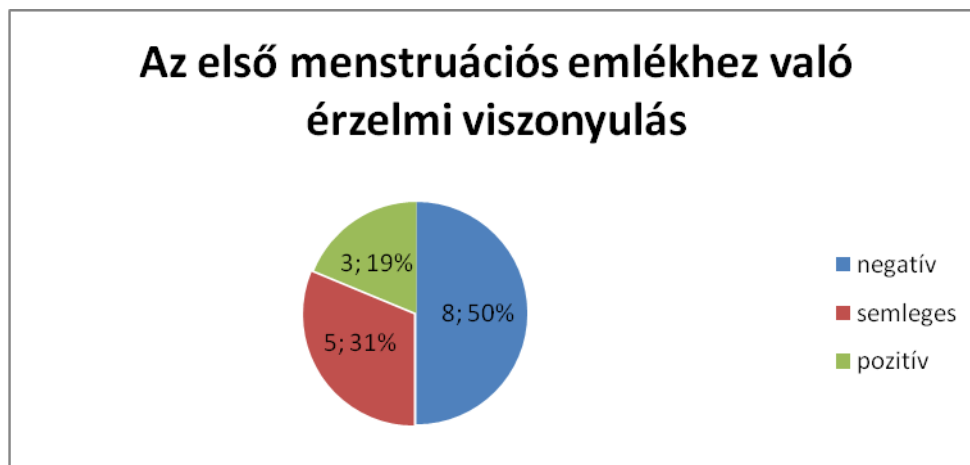
3. kategória: Az első élmény pozitív vagy kellemes

Ebbe a kategóriába három (19%) személy választ soroltam.

Példa: „Nagyon vártam már a menstruációm.”

„ Anyukámat felhívtam és elmeséltem neki. Nagyon örültem”

„Nem tudtam hova tenni, szóltam anyukámnak, aki gratulált.”



4. ábra Eloszlás

A kategóriák kialakítása után ezen személyek teljes interjóját elemeztem. Többszöri elolvasás után és az összbenyomásom alapján kategóriákba soroltam, hogy ezen személyek összességében hogyan állnak a menstruációjukhoz, negatívnak vagy pozitívnak érzékelik azt.

1. kategória: Összességében a menstruáció negatív volta.

Példa: „Amikor megjön, egy trampli leszek”

„Nem érzem, hogy a nőiségem része”

„Nincs más jelentősége a gyerek fogantatásán kívül, fáj nőnek lenni”

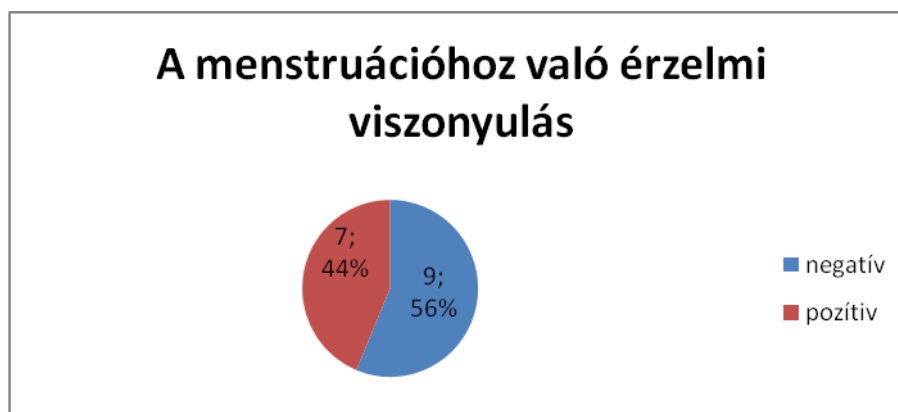
2. kategória: Összességében a menstruáció pozitív volta.

Példa: „Örülök, hogy menstruálok, össze is köt minden nőt”

„Ettől érzem magam egy egészséges nőnek”

„Amint mondtam: szeretek menstruálni, ez a ciklikusság tetszik nekem”

A besorolást követően 9 személyt tudtam az 1. kategóriába tenni és 7 személyt a 2. kategóriába.



5. ábra Eloszlás 2

Majd egyesével párosítottam a személyeket az alapján, hogy az első menstruációs élményük mely kategóriába tartozott és hogy az összbenyomás értékelése során hova soroltam őket. Azon 8 személy, akiknek az első menstruációs élményük a negatív kategóriába tartozott, a későbbiekben is negatívan viszonyultak a menstruációjukhoz valamint még egy személy, aki a semleges kategóriába tartozott az első élmény megítélésénél. Azok, akiknek első élményük a pozitív vagy a semleges kategóriába tartozott (egy kivétellel), a későbbiekben pozitívan viszonyultak a menstruációjukhoz.

Azaz minél negatívabb az első menstruációhoz fűződő élmény megélése, annál negatívabb a menstruációhoz való érzelmi viszonyulás, valamint minél pozitívabb az első menstruációhoz fűződő élmény megélése, annál pozitívabb a menstruációhoz való érzelmi viszonyulás.

10 Megbeszélés

Vizsgálatom első részében a személyiség vonások (BFI) és a menstruációs tünetek kapcsolatát kerestem. Első hipotézisem (1/a), melyben azt feltételeztem, hogy az érzelmi instabilitás kapcsolatban van a premenstruáció alatt észlelt tünetek számával, valamint a menstruáció alatt észlelt tünetek számával, igazolódott. Feltételezésemet korábbi kutatásokra alapoztam, melyek szerint a premenstruációs szindrómában szenvedő nők magasabb pontszámot értek el a neuroticizmust mérő skálán (Bancroft,1995 idézi Telek,2004). Az eredményeim alapján elmondható, hogy ez az egészséges nők esetében is helytálló. Azok a nők, akik érzelmileg instabilabbak, több tünetet észlelnek mind a premenstruációs, mind a menstruáció alatti időszakban. Feltáró jellegű vizsgálatomban, melyben a többi négy személyiség vonás (extraverzió, nyitottság, lelkiismeretesség, barátságosság), illetve a menstruációs tünetek között kerestem kapcsolatot, szignifikáns eredményeket kaptam, kivéve a barátságosság vonást. Vizsgálatomban megpróbáltam rámutatni azokra a személyiségjegyekre, amik esetlegesen kapcsolatban állnak a premenstruációs szindrómával vagy a fájdalmas menstruációval. Ez a megközelítés segítséget nyújthat olyan személyiségfaktorok azonosításában, amelyek kapcsolatban lehetnek a premenstruációs tünetekkel. Fontos lenne azon személyiségvonások azonosítása, melyek meghatározhatják, hogy egy nő természetes eseményként észleli és fogadja el a menstruációs ciklusa során tapasztalt testi és lelki változásokat, vagy olyan eseménynek, melynek hatására diagnosztikus szintű pszichiátriai vagy nőgyógyászati zavar jelentkezik (Telek,2004). Eredményeim rávilágítanak arra, hogy a személyiség vonások kapcsolatban vannak mind a menstruációs fájdalommal, mind a menstruációs tünetekkel. Azok a nők, akik érzelmileg instabilabbak több tünetet észlelnek és intenzívebb fájdalmat érzékelnek a menstruációs időszak alatt. Az érzelmileg instabil személyt érzékenység és érzelmesség jellemzi mely egy olyan időszakban, mint a menstruáció különösképpen hatással lehet a tünetekre és a menstruációs fájdalom intenzitására. Elmondható, hogy akik magasabb pontszámot értek el az extraverziót mérő skálán, azaz magabiztosabbak és önbizalom jellemzi őket, kevesebb tünetet érzékelnek a menstruáció alatt, valamint a fájdalom intenzitása is alacsonyabb. Ez arra enged következtetni, hogy akik biztosabbak magukban, kevésbé aggódnak az átázás és egyéb, a menstruáció okozta kényelmetlenségek miatt. S így a menstruáció nem okoz számukra olyan

kellemetlen eseményt. Azok a nők, akik lelkiismeretesebbek, kevesebb tünetet érzékelnek, és a fájdalom intenzitása is alacsonyabb. A teljesítményre való törekvés és a következetes viszonyulás az élethez, valószínűleg egy természetes viszonyulást kölcsönöz a menstruációhoz, hisz ez az élet velejárója.

Második hipotézisem (2/a) összhangban van Kökönyei (2008) és Sullivan (2001) kutatásával mely szerint az érzelmi instabilitás kapcsolatban van a fájdalom katasztrofizációval. Továbbá, hogy a fájdalom katasztrofizációra való hajlam erőteljesebb fájdalomélménnyel jár együtt. A fájdalom élmény egyik prediktora a katasztrofizálás lehet.

Összességében elmondható, hogy az érzelmi instabilitás faktoron magasabb pontszámot elérő nők, nem csak több tünetet észlelnek menstruációjuk során, hanem erőteljesebb fájdalmat is érzékelnek. Továbbá (3/a) eredményeimből kiderül, hogy azok a nők, akik jobban monitorozzák magukat és alapvetően is több testi tünetet érzékelnek, a menstruációs időszakban is több tünetet tapasztalnak.

Az életkorokat tekintve (4/a) azt az eredményt kaptam, hogy a fiatalabb korosztálynál magasabb a fájdalom intenzitása, ezen eredmények megegyeznek Northrup (1994) és Sloane (1987) elméleteivel. Tehát ez alapján következtethetünk, hogy a nőiség megélése, a tapasztalatok szerzése, érettebb személyiség kialakulása segít elfogadni a menstruáció természetes voltát és ennek következtében kevésbé tartják zavarónak és kellemetlennek azt. További lehetséges magyarázat, hogy a kor előrehaladtával az egyén habituálódik a gyakran megélt testi tünetekhez – mint a menstruációhoz - így idősebb korban kevésbé érzi azt fájdalmasnak, zavarónak.

Elmondható, hogy a pszichológiai vonatkozásokon felül, ahogy Sloane (1987), Northrup (1994) és Telek (2004) is mondja, a kulturális hatásoknak, valamint menstruációs tünetekkel kapcsolatos attitűdnek fontos szerepe van ezen időszak tüneteinek észlelésében. A (5/a) hipotézisem alapján is látható, hogy a menstruációs attitűd kapcsolatban van a menstruációs fájdalom intenzitásával, valamint a menstruációs tünetekkel. Azok a nők, akik a menstruációjukat legyengítő eseményként élik meg, mely gátolja őket a munkában és egyéb tevékenységben több tünetet észlelnek, és a fájdalom intenzitása is magasabb. Azok, akik kevesebb figyelmet fordítanak a menstruációjukra, természetes eseményként kezelik és a mindennapjaikban nem tulajdonítanak neki túl nagy jelentőséget, kevesebb tünetről számolnak be és alacsonyabb fájdalmat érzékelnek. Elmondható, hogy a zavar, a szégyenérzet

és az aggodalom, amit a nők ilyenkor átélhetnek, nincsen kapcsolatban a menstruációs fájdalom intenzitásával.

A fent említett kapcsolatok alapján és regressziós vizsgálat alapján elmondható, hogy a biológiai és egyéb tényezők mellett a menstruációra irányuló figyelem és teljesítmény a menstruáció alatt, az életkor, valamint a menstruáció, mint legyengítő esemény a fájdalom intenzitás értékének 35%-át magyarázza meg. Elmondható, hogy a menstruációra irányuló figyelem és az életkor növekedése csökkenti a menstruációs fájdalom intenzitását. Valamint a menstruáció, mint legyengítő esemény, az érzelmi instabilitás és a fájdalom katasztrófizáció menstruáció alatt észlelt tünetek értékének együttesen 41%-át magyarázza meg. Azaz semmiképpen sem elhanyagolható ezen tényezők számba vétele, amikor a menstruációs fájdalom enyhítésére keresünk megoldást, hiszen a hétköznapiakban sokan csak a biológiai és genetikai háttérnek tekintik ezen fájdalmak meglétét és gyógyszerrel enyhítik fájdalmaikat. A havonta beszedett gyógyszerek nem az egyetlen megoldást nyújtják ezen időszak kellemetlenségeinek enyhítésére.

Az utolsó hipotézisemben (7/a) látható, hogy minél negatívabb az első menstruációhoz fűződő élmény megélése annál negatívabb a menstruációhoz való érzelmi viszonyulás valamint minél pozitívabb az első menstruációhoz fűződő élmény megélése, annál pozitívabb a menstruációhoz való érzelmi viszonyulás. Tehát elmondható, hogy ha egy fiatal lánynak az első menstruációja kellemetlen helyzetben, felkészületlenül éri, akkor ez a későbbiekben is egy negatív hozzáállást eredményez a menstruációjához. A negatívabb hozzáállás pedig kapcsolatban a menstruációs tünetek számával, valamint a menstruációs fájdalom intenzitásával. Ezen eredmények összhangban vannak Anson (1999) valamint Telek(2004) elméleteivel.

A vizsgálat korlátai

A vizsgálat külső validitása szempontjából érdemes lenne figyelembe venni a vizsgálati személyek kiválasztását, valamint a vizsgálati időszakot. A vizsgálati minta homogén, a legtöbb résztvevő felsőfokú végzettségű vagy felsőoktatásban tanul, valamint többnyire budapestiek. Az időszakot tekintve nem kontrolláltuk, hogy a teszt felvétele a menstruációs ciklus mely szakaszában zajlik, ez azonban számottevő lehet a tünetek és a fájdalom érzékelésében. Bár a vizsgálatban lekérdezésre került, én nem szűrtem ki azokat a nőket, akik

fogamzás gátlót szednek. Ez fontos lehet a fájdalom szempontjából, mivel a fogamzásgátló szedése nagymértékben csökkenti a fájdalmat.

Kitekintés

A személyiség vonások valamint a menstruációs fájdalom közötti kapcsolat tisztán látható. Egy árnyaltabb kép eléréséhez más személyiségmérő eszközöket is alkalmaznánk, valamint a kulturális hatások szerepére nagyobb hangsúlyt fektetnénk. Az eredményekből látható, hogy ezen időszak problémáit nem csak tüneti kezeléssel lehet megoldani. Az első emlék sok lány számára negatív. Ennek számos oka lehet, azonban érdemes észrevenni, hogy a nem megfelelő tájékozottság, az objektív információk átadása mind az első emlék kellemetlen voltához vezethet, ami a későbbiekben is egy kellemetlen, negatív viszonyuláshoz vezet. Ha a serdülőkor előtt az iskolában az édesanyák bevonásával kellőképpen felkészítik a fiatal lányokat, pozitív információkat mesélnek és nyíltan kezelik ezt a kérdést, akkor a fiatal lányok is képessé válnának jobban elfogadni a menstruációjukat, hisz nem éreznének tabunak, szégyenteljes dolognak. Tehát elmondható hogy a felvilágosítási módok megváltoztatása hosszútávon egy pozitívabb hozzáálláshoz vezethet, amely befolyásolja a fájdalom intenzitását és a ciklus alatt érzékelt tünetek számát.

Irodalomjegyzék

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt Press.
- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho--social approach to premenstrual experiences. *Soc Sci Med* 49, 67-80.
- Bancroft, J. (1995). The menstrual cycle and the well being of women. *Soc Sci Med* 41, 785-791.
- Backstrom J., Carstensen H. (1974). Estrogen and progesterone in plasma in relation to premenstrual tension. *Journal of Steroid Biochemicals*, 5.1
- Bereczkei T.-Hoffman Gy.(2012). *Gének,gondolkodás,személyiség*, Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bogin,B. (1999).*Patterns of human growth* (2nd ed.).New York: Cambridge University Press.
- Brooks-Gunn J., Phd and Diane N. Ruble, PHD (1980). The Menstrual Attitude Questionnaire. *Psychosomatic Medicine* Vol. 42, No. 5 September,New York Fordította: Reinhardt Melinda, Molnár Enikő
- Brooks-Gunn, J., Reiter, E.O. (1990). The role of pubertal processes in the early adolescent transition. In S. Feldman and G. Elliot (Eds.), *At the threshold :The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carver C. S. és Scheier M. F. (2006). *Személyiségpszichológia*, Budapest: Osiris Kiadó.
- Chaves, J.F., Brown, J.M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*,10, 263–76.
- Császár, Gy.(1989). *Pszichoszomatika a gyakorlatban*.,Budapest, Pszichoteam
- Digmann,J.M. (1991). Personality structure:emergence of the five-factor model.*Annual Review of Psychology* 41:417-440.
- Cole,M.-Sheila R. Cole(2006). *Fejlődéslélektan* , Budapest, Osiris Kiadó
- Elméry, M. (2013).*A fájdalom pszichiátriai vonatkozásai*.Letöltve 2014.január 7.,from: http://www.bel2.sote.hu/Oktat/2013/rezidens_torzso/2_elemery_fajdalom_pszichiatriai.pdf
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, W. W. Norton.
- Erős, E. (1998). A premenstruális szindróma jelentősége és kezelési lehetőségei. *Lege Artis Med* 8, 486-492.
- Frenkl S.-Rajnik, M.(2000).*Életesemények a fejlődéslélektan tükrében*.Budapest:Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar,Kineziológiai és Sportorvosi Intézet Mentálhigiéné Tanszéke és Párbeszéd(Dialogus Alapítvány)

Fonyó, A.(2011). *Az orvosi élettan tankönyve*. Budapest:Medicina Kiadó

Fülöp, I. (2014). *Fájdalmas menstruációtól a meddőségig*. Letöltve: 2014. 03.17 from: <http://divany.hu/életmod/2014/03/13/endometriozis/.hu>

Goldberg,L. R. (1981).Language and individual differences :The search for universal in personality lexicons.In L Wheeler (Ed.):*Review of personality and social psychology* (Vol.2,pp.141-156).Beverly Hills,CA,Sage.

Goldsmith,H. H. (1983). *Genetic influences on personality from infancy to adulthood*.Child Development 54(2):331-355.

Gonda X., Bagdy Gy.(2004). *A premenstruációs szindróma és a szerotonerg funkciók összefüggései*. Letöltve 2014 január 6.,from: http://epa.oszk.hu/02400/02454/00015/pdf/EPA02454_neurohun_2004_153-162.pdf

Granziano,W.G.,Eisenberg,N.H.(1999). Agreeableness as a dimension of personality . In R.Hogan,J. Johnson,S.Briggs (Eds.):*Handbook of personality* (pp.795-825).San Diego,CA,Academic Press.

Horváth, E. (2010). *A menstruációs panaszok lelki háttere*. Letöltve: 2014.02.15 from: http://www.femina.hu/egeszseg/a_menstruacios_panaszok_lelki_hattere_mit_fojtasz_el_maga_dban

Halbreich, U.(2003). The etiology, biology and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* ; 28:55-99

Helmut, L.(1996). *SH atlasz Anatómia 2*, Budapest: Springer Hungarica Kft.

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). The Big Five Inventory--Versions 4a and 54. Berkeley, CA: University of California,Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

John, O. P., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-138). New York: Guilford. Copyright 1991. Oliver P. John

Jones (E.C.) (1975). „The post-reductive phase in Mammals.” *In:Estrogens in the Post-menopause.Front. Hormones Res.*, 3.1-19.1

Kököneyi, Gy.(2004). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Letöltve:2014. január 16.from: http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek//2008/kokonyei_gyongyi_tezis.pdf

Kronke, K., MD, Robert, L. Spitzer, MD,And Janet, B. W. Williams, DSW (2002). The PHQ-15: *Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms*. Psychosomatic Medicine 64:258–266. , New York.

Lencz, L. (1996). *A fájdalom és csillapítása* .Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

Marvan, M.L., Escobedo, C. (1999). Premenstrual symptomatology: role of prior knowledge about premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 61, 163–167.

Michael J.L.Sullivan and Scott R. Bishop (1995). The pain catastrophizing scale:

Development and Validation. Psychological Assessment Vol. 7. No.4,524-532.Canada.

Nichols, R. C.(1978). *Twin studies of ability, personality and interests.*Homo 29:158-173.

Obál, F. (Szerk.).(1986). *Az emberi test.* Budapest: Gondolat Kiadó.

Pincus, G.(1958). Fertility Controll with oral medication. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 75.1333-1346. 1.

Reid, RL, Fretts, RC.(1995). *Premenstrual syndrome.* In: Becker, KL, editor. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Philadelphia: J.B. Lippincott Company

Rosenstiel, A.K., Keefe, F.J. (1983).The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17,33–44

Sherman (B.M.)-Korenman (S.G.)(1974). „Meansurement of plasma Lh,FSH,estradiol and progesterone in disorders of the human menstrual cycle:the short luteal phase.”*Journ.Clin.*18.1.sz.89-93.

Siiteri, (P.K.) (1975). „Post-menopausal estogen production.” In: Estrogens in the Post-menopause.*Front. Hormones Res.*, 3.40-44.1.

Spanos, N.P., Radtke-Bodorik, L., Ferguson, J.D., Jones, B. (1979). The effects og hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and the utilization og cognitive strategies ont he reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 282-292

Sullerot, E. (1983). *A női nem, tények és kérdőjelek* Budapest: Gondolat kiadó.

Sullivan, M.J.L., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532

Tanner, J. M. (1990). *Fetus into man:Physical growth from conception to maturity.*Cambridge,Ma: Harvard University Press.

Telek, T.(2009): *A premenstruális tünetek összefüggései a személyiségdimenziókkal és a hangulati ingadozással.*Letöltve:2014.január 16.from:
http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/telektamas.d.pdf

Wall, P. (2000). *Fájdalom A szenvedés tudománya* Budapest: HVG kiadói Rt.

Wiggins,J.S.(Ed.)(1996).*The five-factor model of personality:Theoretical perspecitves.*New York,Guilford

Woods, N.F., Dery, G.K., Most, A. (1982). Stressful life events and perimenstrual symptoms. *J Human Stress* 8, 23-31

Zatik, Gy.(2013). *A fogamzásgátlás módszerei,fogamzásgátló szerek.* Letöltve 2014.január 6.,from: <http://www.zatik-nogyogasz.hu/fogamzasgatlas.htm#tortenet>

11 Mellékletek

1.melléklet:BFI

Az alábbiakban különböző személyiségjellemzőket talál, amelyek közül néhány jellemző lehet Önre, néhány pedig nem. Kérjük, jelölje ötfokozatú skálán, hogy az adott állításokkal mennyire ért egyet.

1 - Egyáltalán nem értek egyet

2 - Inkább nem értek egyet

3 - Egyet is értek, meg nem is

4 – Egyetértek

5 - Teljesen egyetértek

Olyannak látom magam, mint aki ...

	1	2	3	4	5
1. beszédes	☐	☐	☐	☐	☐
2. hajlamos másokban keresni a hibát.....	☐	☐	☐	☐	☐
3. alapos és precíz munkát végez.....	☐	☐	☐	☐	☐
4. rossz kedélyállapotú, lehangolt.....	☐	☐	☐	☐	☐
5. kreatív, találékony.....	☐	☐	☐	☐	☐
6. zárkózott, tartózkodó.....	☐	☐	☐	☐	☐
7. önzetlenül viselkedik másokkal és segítőkész.....	☐	☐	☐	☐	☐
8. egy kissé hanyag, nemtörődöm.....	☐	☐	☐	☐	☐
9. nyugodt és a stresszt jól kezeli.....	☐	☐	☐	☐	☐
10. a legkülönbélebb dolgok iránt érdeklődik.....	☐	☐	☐	☐	☐
11. teli van energiával.....	☐	☐	☐	☐	☐
12. kissé kötekedő és vitatkozó.....	☐	☐	☐	☐	☐
13. a munkájában lelkiismeretes és megbízható.....	☐	☐	☐	☐	☐
14. időnként feszült.....	☐	☐	☐	☐	☐
15. eredeti és mélyenszántó gondolatai vannak.....	☐	☐	☐	☐	☐
16. lelkes, rengeteg dologért rajong.....	☐	☐	☐	☐	☐
17. egy megbocsátó természetű személy.....	☐	☐	☐	☐	☐

18. szétszórtságára hajlamos.....	☐	☐	☐	☐	☐
19. sokat aggodalmaskodik.....	☐	☐	☐	☐	☐
20. élénk képzelőerővel rendelkezik.....	☐	☐	☐	☐	☐
21. szűkszavú, hajlamos a csendességre.....	☐	☐	☐	☐	☐
22. általában megbízik másokban.....	☐	☐	☐	☐	☐
23. hajlamos a lustaságra.....	☐	☐	☐	☐	☐
24. érzelmileg kiegyensúlyozott, nem borul ki könnyen.....	☐	☐	☐	☐	☐
25. leleményes.....	☐	☐	☐	☐	☐
26. magabiztos, tudja mit akar.....	☐	☐	☐	☐	☐
27. hűvös és zárkózott is tud lenni.....	☐	☐	☐	☐	☐
28. mindaddig kitart, amíg az elkezdett feladatot be nem fejezi.....	☐	☐	☐	☐	☐
29. néha szeszélyes és kiszámíthatatlan	☐	☐	☐	☐	☐
30. kedveli a művészetet és fogékony az esztétikai élményekre.....	☐	☐	☐	☐	☐
31. néha szégyenlős és gátlásos.....	☐	☐	☐	☐	☐
32. szinte mindenkiivel kedves és előzékeny.....	☐	☐	☐	☐	☐
33. hatékonyan intézi a dolgait.....	☐	☐	☐	☐	☐
34. feszült helyzetben is képes higgadt maradni	☐	☐	☐	☐	☐
35. szereti a megszokott dolgokat, a rutinszerű munkát.....	☐	☐	☐	☐	☐
36. társaságkedvelő.....	☐	☐	☐	☐	☐
37. néha goromba és udvariatlan másokkal.....	☐	☐	☐	☐	☐
38. céltudatos és a terveit véghez viszi.....	☐	☐	☐	☐	☐
39. könnyen ideges lesz.....	☐	☐	☐	☐	☐
40. szeret elmélkedni és eljátszani a gondolatokkal	☐	☐	☐	☐	☐
41. kevésbé érdeklődik a művészetek iránt.....	☐	☐	☐	☐	☐
42. szeret másokkal együttműködni.....	☐	☐	☐	☐	☐
43. munkájában könnyen megzavarható, figyelme könnyen elterelhető.....	☐	☐	☐	☐	☐
44. kifinomult ízléssel rendelkezik a művészetek, a zene és az irodalom iránt..	☐	☐	☐	☐	☐

2. melléklet: PSC: A tizenhárom tételes Fájdalom Katasztrófizációs kérdőív

Mindenki átélte már életében valamilyen fájdalmat, pl. fejfájást, fogfájást, ízületi vagy izomfájdalmat. Gyakran kerülhetünk olyan helyzetbe, ami fájdalmat okozhat, pl. betegség, sérülés, fogászati beavatkozás, műtét.

Azt szeretnénk megtudni, hogy milyen gondolatai és érzései vannak, amikor éppen fájdalmat él át. Az alábbi tizenhárom állítás olyan gondolatokat és érzéseket ír le, amely összekapcsolódhat a fájdalommal. Az alábbi skálát alkalmazva jelölje be, hogy mennyire jellemzőek Önre ezek a gondolatok, amikor fájdalmat él át.

Skála	0	1	2	3	4
Jelentés	Egyáltalán nem jellemző	Kis mértékben jellemző	Közepes mértékben jellemző	Nagy mértékben jellemző	Teljes mértékben (mindig) jellemző

HA FÁJ VALAMIM, AKKOR...

	Állítás	Értékelés (számmal)
1.	folyamatosan azon aggódom, hogy megszűnik-e a fájdalom	
2.	úgy érzem, hogy ez így nem mehet tovább.	
3.	ez rettenetes és azt gondolom, hogy sohasem fog egy kicsit sem javulni	
4.	ez borzasztó és úgy érzem, hogy legyőz engem	
5.	úgy érzem, hogy már nem bírom tovább elviselni.	
6.	elkezdlek attól félni, hogy a fájdalom rosszabbodni fog.	
7.	egyfolytában más olyan alkalmakra gondolok, amikor fájt valamim.	
8.	borzasztóan szeretném, hogy a fájdalom elmúljon.	
9.	valahogy nem tudom kiverni a fejemből.	
10.	egyfolytában arra gondolok, hogy mennyire nagyon fáj.	

11.	egyfolytában arra gondolok, hogy mennyire szeretném, ha a fájdalom megszűnne.	
12.	nem tehetek semmit, hogy csökkentsem a fájdalom intenzitását.	
13.	azon tűnődöm, hogy valami súlyos dolog fog-e történni.	

3. melléklet: PHQ: Testi tünetek

Az elmúlt négy hét során mennyire zavarták Önt az alábbi tünetek?

0. Egyáltalán nem zavart 1. Kissé zavart 2. Nagyon zavart

	Egyáltalán nem zavart	Kissé zavart	Nagyon zavart
1. Gyomorfájás	0	1	2
2. Derék- vagy hátfájás	0	1	2
3. Kar, láb vagy ízületi fájdalom (térd, csípő, stb.)	0	1	2
4. Nőknél: menstruációs görcsök vagy egyéb problémák a ciklus során	0	1	2
5. Fejfájás	0	1	2
6. Mellkasi fájdalom	0	1	2
7. Szédülés	0	1	2
8. Ájulás-érzés, elgyengülés	0	1	2
9. Erős vagy szapora szívdobogás	0	1	2
10. Nehézlégzés, légszomj	0	1	2
11. Fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során	0	1	2
12. Székrekedés, híg vagy gyakori széklet	0	1	2
13. Hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák	0	1	2
14. Fáradtság, energiahiány	0	1	2
15. Alvással kapcsolatos problémák	0	1	2

4. Melléklet:

Kedves Kitöltő!

Köszönjük, hogy időt és energiát szánt kérdőív-csomagunk kitöltésére!

Visszajelzése alapján szeretnénk folytatni Önnel a vizsgálatot egy részletesebb interjú keretein belül, amelynek során továbbra is a menstruációval és a nőiséggel kapcsolatos kérdéseket járjuk körbe. A személyes találkozóra, előre egyeztetett időpontban kerülhet sor, a beszélgetés előreláthatóan 1-1,5 órát vesz igénybe.

Kérjük, szíveskedjen jelezni, hogy mely időpontok lennének az Ön számára a legalkalmasabbak a beszélgetés lebonyolítására.

Helyszín: III. ker. Bécsi út 324.

Köszönettel és üdvözlettel:

Antoni Luca

Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet

Menstruációs kutatócsoport