

SZOKOLAY DÁVID
**A MENOPAUZA-SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG ÉS AZ EGZISZTENCIÁLIS
SZORONGÁS**

Témavezető oktató: DR. BATTÁ BARBARA, PHD

ABSZTRAKT

Mivel előregedő társadalomban élünk, egyre több nőt érintenek a menopauza tünetei. A folyamattal járó élettani és pszichoszociális változások együttesen határozzák meg a menopauza-specifikus életminőséget.

Jelen kutatás célja a menopauza-specifikus életminőség vizsgálata az egzisztenciális szorongás Yalom (2017) által definiált modelljének, valamint Jacobson (1979) krízismátrix elméletének aspektusából. Továbbá megvizsgáltam magyar mintán azokat az életmódot, szocioökonómiai státuszt és a magánéletet érintő tényezőket, melyek a nemzetközi szakirodalom kutatási eredményeinek fényében hatással lehetnek a menopauza-specifikus életminőségre.

A kutatás digitális úton terjesztett kérdőív segítségével történt, melyet összesen 803 fő töltött ki. Ebből a negyven és hatvan év között nők képezték a vizsgálat célcsoportját, összesen 387 fő. A következő mérőeszközök kerültek felhasználásra: a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőív (MSQOL), a 25-itemes Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) és az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív (ECQ).

Az eredmények alapján a menopauzális átmenetben járó vizsgálati személyek intenzívebb egzisztenciális szorongásról számoltak be, mint a reprodukív életszakaszban lévő, vagy a folyamaton már korábban átesett nő társai. A menopauza-specifikus életminőség romlása, a korai menopauza és az alacsony reziliencia erőteljesebb egzisztenciális aggodalmakkal jár együtt. Az előnyösebb anyagi helyzetű, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, párkapcsolatukkal elégedett, szexuálisan aktív, rendszeresen testmozgást végző és hormonpótlást igénybe vevő hölgyeknek jobb a menopauza-specifikus életminősége. Míg a munkanélküli, dohányzó, alkoholt fogyasztó vagy az üresfészek szindrómát aktuálisan megélő nők negatívabban élik meg a folyamatot.

A vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy a menopauzális átmenet kritikus időszak a legtöbb nő életében, melyet számos tényező összjátéka határoz meg.

Kulcsszavak: *menopauza-specifikus életminőség, egzisztenciális szorongás, krízismátrix, normatív krízis, reziliencia*

BEVEZETŐ

A klimaktérium – más néven változókor vagy klimax - minden nő életének természetes velejárója. Azt az időszakot jelöli, melynek során számottevően megváltozik a test hormontermelése, és a reprodukív működés befejeződik (Szita, 2012). Jellemzően a negyvenes-ötvenes években zajlik le, és körülbelül öt-tíz évet vesz igénybe (Avis és mtsai., 2015; Blümel és mtsai., 2011).

Menopauza alatt konkrétan az utolsó menstruációs vérzést értjük (Utian, 1999), de használatos a klimaktérium szinonimájaként is. Éghajlatonként és kultúránként jelentős eltérés mutatkozik abban, hogy az ontogenezis során mikor fejeződik be a menstruáció: északon jellemzően később, míg délen korábban (Palacios és mtsai., 2010). Nyugat-Európában az átlagos életkor az utolsó vérzés idején 51,3; Magyarországon pedig 50,5 (László és Jakab, 2021). Korai menopauzáról, azaz menopause praecoxról beszélünk, ha a menstruáció negyvenöt éves kor előtt szűnik meg. Késői menopauza, azaz menopause tarda áll fenn, ha a női ciklus csak az ötvenötödik életév után áll le. Csupán az előbbi variáns tekinthető kórosnak, utóbbi az egészségre ártalmatlan (László és Jakab, 2021). Mesterséges menopauzának nevezzük, ha a normál női reprodukív és endokrin működés orvosi beavatkozás következtében szűnik meg; úgy mint a petefészek eltávolítása, a sugárkezelés vagy a kemoterápia (Utian, 1999).

A folyamat háttérében endokrin változások állnak. A petefészekben a kor előrehaladtával fokozatosan csökkeni kezd a tüszők száma. Így regrediál a szervezet ösztrogénszintje is; mely hormon termelése eredetileg a tüszők feladata. Először az ovuláció, majd a menstruáció is rendszertelenné válik, majd végleg megszűnik. Azonban a hipofízis, az agyalapi mirigy gonadotrop sejtjei továbbra is rendszeresen termelik a follikulus stimuláló hormonokat (FSH) és a lutenizáló hormonokat (LH). A szervezet endokrin egyensúlyának felborulását számos kellemetlenség kíséri. Ezek közül leggyakoribbak a hőhullámok, az éjszakai izzadás és az alvászavar; melyekre összefoglaló néven a menopauza vazomotoros tüneteiként szokás hivatkozni (Blümel és mtsai., 2011).

A menopauzális átmenetet három jól elkülöníthető szakaszra oszthatjuk (Utian, 1999). A premenopauza jellemzően 40-45 éves korban kezdődik, amikor a peteérés megszűnik, a menstruáció pedig rendszertelenné válik. Ekkor jelennek meg fokozatosan a fentebb említett tünetek (Szita, 2012). A perimenopauza az utolsó menstruációt megelőző és az azt követő egy-egy évet, tehát összesen két évet ölel fel. A testi panaszok ebben a periódusban a legintenzívebbek. A posztmenopauza az utolsó vérzést követően egy évvel áll be. Ekkor a vazomotoros szimptómák még jelen vannak, ám fokozatosan elkezdenek lecsendesedni és elvesztik intenzitásukat; míg végül teljes mértékben megszűnnek.

A MENOPAUZA-SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG

Az életminőség a pszichológiában annak mutatója, hogy egy adott személy fizikai és pszichés állapota, illetve interperszonális kapcsolatai eléggé kedvezőek-e ahhoz, hogy a mindennapjaiban megfelelően tudjon funkcionálni (Fletcher és mtsai., 1987). A menopauza-specifikus életminőség a reprodukív egészségpszichológiában használatos fogalom, mely meghatározza, hogy egy nőt milyen mértékben hátráltatják feladatai elvégzésében a klimaktériummal járó fiziológiai és pszichoszociális változások (Hilditch és mtsai., 1996). Ennek fényében a menopauzára tekinthetünk úgy is, mint egyfajta biopszichoszociális átmenetre, melyet az élettani, pszichés és a társas kapcsolatokat érintő mechanizmusok együttesen határoznak meg (Hunter és Edozien, 2017; Hunter és Smith, 2012).

TESTI TÜNETEK

A vazomotoros tüneteken kívül a változókort gyakran kísérik még kozmetológiai problémák, kóros súlygyarapodás, csontritkulás, valamint kardiovaszkuláris és urogenitális megbetegedések (László és Jakab, 2021; Szita, 2012). Ezeknek közös jellemzője, hogy minél erőteljesebbek, minél korábbi életkorban köszöntenek be, és minél hosszabb ideig állnak fenn, annál nagyobb mértékben rontják a nők életminőségét (Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015; Som és Ray, 2012; Woods, 2010).

ÉLETMÓD

A testi tüneteket, és ezáltal közvetetten az életminőséget jelentősen meghatározza, hogy az adott személy milyen életmódot folytat. A kutatások bebizonyították, hogy a magasabb testtömeg index, a dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás biokémiai folyamatok révén előbbre hozzák a menopauzát, és felerősítik a testi tüneteket, ezáltal rontva az életminőséget (Anderson és mtsai., 2020; Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015). Ellenben a rendszeres testmozgás hozzájárul a változókori jólléthez, mivel mérsékeli az esetleges súlygyarapodást, levezeti a felgyülemlett stresszt és csökkenti a testi panaszokat (Stojanovska és mtsai., 2014). A hormonpótlás a fizikai aktivitással egyetemben szintén javítja a menopauza-specifikus életminőséget, mivel a szervezet felborult hormonháztartásának helyreállítása révén moderálja a vazomotoros tüneteket (Hadji és mtsai., 2018; Pinkerton és mtsai., 2014; Utian és Woods, 2013.)

SZOCIOÖKONÓMIAI STÁTUSZ

A tágabb szociális mezőt vizsgálva újabb determinánsait azonosíthatjuk a menopauza-specifikus életminőségnek. A korábbi vizsgálatok rávilágítottak, hogy a magasabb iskolai végzettséggel és kedvezőbb anyagi helyzettel rendelkező nők pozitívabban élik meg a változókort, míg a munkanélküliek rosszabbul (Alizadeh és mtsai., 2015; Bal és Sahin, 2011;

Fallahzadeh, 2010; Giannouli és mtsai., 2012; Larroy és mtsai., 2020; Lee és mtsai., 2010, Whiteley és mtsai., 2013).

A MENOPAUZA MINT NORMATÍV KRÍZIS

Krízisnek tekintendő minden olyan válságos állapot, amikor egy esemény következtében felborul az egyén addigi megszokott életvitele, és ezzel együtt a lelki egyensúlya is (Jacobson, 1979.) A lélektani krízisnek két prototípusát különböztetjük meg. Míg a normatív krízis természetes velejárója az emberi életfolyamatnak, addig az akcidentális krízis általában váratlanul következik be, és fokozottabb veszteségélménnyel jár (Jacobson, 1979). Ennek fényében a klimaktériumra tekinthetünk úgy is, mint egyfajta normatív krízisre. A menopauzális átmenettel gyakran egybeesik egy másik fontos változás a családi életciklus modellben, melyre Szita Bernadett (2012, 2015) hívja fel a figyelmet. Ez a gyermekek önállósodása és kirepülése otthonról. Az erre adott negatív töltetű érzelmi reakciót nevezzük üresfészek szindrómának (Raup és Myers, 1989). Habár mind a menopauza, mind a gyermekek leválása egyaránt normatív krízisek, ha egyszerre következnek be, számos veszélyt rejthetnek magukban. Jacobson krízismátrix modellje (1979) szerint ha két krízis egy időben jelentkezik, azok felerősíthetik egymást, és ezáltal egy még kritikusabb állapotot generálnak. Úgy vélem, ha egy nő pont a menopauzális átmenet idején tapasztalja meg az üresfészek szindrómát, nehezebben tudja feldolgozni mindkét változást, és felvenni velük a harcot.

A klimaktérium továbbá társulhat párkapcsolati krízissel is, mely legtöbbször a folyamattal együtt járó szexuális problémákra vezethető vissza (Fielder és Kurpius, 2005). A nők nagy része ekkorra felhagy az aktív nemi élettel a libidócsökkenés, a hüvelyszárazság és a testük megváltozása felett táplált elégedetlenségérzet miatt (Ornat és mtsai., 2013; Scavello és mtsai., 2019). A nők minél több ilyen tünetet tapasztalnak, annál nagyobb az esélye annak, hogy kerülni fogják az intimást (Ornat és mtsai., 2013).

A támogató partner jelenléte protektív faktor lehet ebben a nehéz időszakban. Egy nő kevésbé tragikusan fogadja a klimaktérium beköszöntét, ha azt tapasztalja, hogy partnere még a kellemetlen tünetek és testének átalakulása ellenére is kitart mellette, és szereti őt (Roesch és mtsai., 2021). A korábbi vizsgálatok rávilágítottak, hogy mind a szexuális élettel, mind a párkapcsolattal való elégedettség jobb életminőséggel jár együtt (Chang és mtsai., 2019; Caico, 2013; Fielder és Kurpius, 2005).

PSZICHÉS TÜNETEK

A változókorban jelentősen megnő a különböző mentális betegségek kockázata a reprodukzív életszakaszhoz képest (Hogervorst és mtsai., 2022, Süss és Ehlert, 2019). A depresszió prevalenciája konkrétan 20%-kal emelkedik (Soares., 2017). Ez elsősorban az endokrin

működés egyensúlyának felborulására vezethető vissza (Belső és Rihmer, 2000). A depresszió mellett gyakran kíséri még a klimaktériumot a szorongás vagy kiégés tünetegyüttese (Bremer és mtsai., 2019; Converso és mtsai., 2019).

A fentebb említett pszichés rendellenességek kockázata azonban nem áll fenn azoknál a nőknél, akik kellő mértékben reziliensek (Süss és Ehlert, 2019). A reziliencia a pozitív egészségpszichológiában használatos fogalom. Olyan képességet jelöl, melynek birtokában az az egyén sikeresen tud alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez, és ellenállni a stressznek (Kiss és mtsai., 2015).

Egy magas rezilienciával bíró nőnek hiába romlik drasztikusan az életminősége a menopauzális átmenet során, képes lesz megőrizni mentális egészségét. Süss és Ehlert (2019) összefoglaló tanulmányukban tizenöt olyan komponensét határozták meg a rezilienciának, melyek fontos szerepet töltenek be abban, hogy az egyén adaptív módon tudjon megküzdeni a klimaktérium kihívásaival. Ez a tizenöt faktor a következő: általános reziliencia, merészség, a következetesség érzete, életcélok, az élet értelme, spiritualitás-vallásosság, énhatékonyság, kontroll, optimizmus, emocionális stabilitás, érzelmi intelligencia, önfogadás, önegyüttérzés, alacsony önkritika, önbecsülés, éntudatosság. Utóbb felsorolt pszichológiai konstruktumok közül az élet értelmessége az egzisztenciális pszichológia egyik alapfogalma.

EGZISZTENCIÁLIS SZORONGÁS

Elsőként Viktor E. Frankl (2005) foglalkozott behatóan az élet értelmességével logoterápiájában. Szakítva Freud ösztönök által determinált emberképével azt hirdette, hogy az elsődleges hajtóerő az életcélok megtalálása és megvalósítása. Amennyiben ez nem sikerül, egzisztenciális vákuum, azaz egzisztenciális üresség alakul ki, mely akár kóros méreteket is ölthet, és számos neurózis forrásaként szolgálhat.

Frankl tanait Rollo May (1950) vette át, és kiegészítette azt az egzisztenciális büntudat fogalmával. Szerinte a feszültség abból eredeztethető, hogy az élet számtalan választási lehetőséget kínál, melyek közül csak néhány valósítható meg. Az ember folyamatosan gyötrődik döntései miatt, melyek befolyásolják élete alakulását.

Tillich (1952) Frankl értelemnélkülisége és May egzisztenciális büntudata mellé még beemelte a halálfélelmet. Tillich elméleti modelljét egy negyedik komponenssel – vagy ahogyan ő nevezi: egzisztenciális aggodalommal – az izolációval egészítette ki Irvin D. Yalom (2017); mely az embertársainktól való alapvető elszigeteltség érzetéből fakad.

Yalom szorongáskonceptiójában az egzisztenciális büntudat helyett a szabadság kifejezés szerepel, mint alapprobléma. Az ő meghatározásában a felelősség kiegészül a szabad akarat

kérdéskörével. A konfliktust az szüli, hogy az ember úgy érzi, nem ő irányítja saját sorsát, hanem felsőbb hatalmak már előre meghatározták azt.

Az egzisztenciális szorongás fogalmát Yalomon kívül még számos elméletalkotó definiálta újra (van Bruggen és mtsai., 2015). A lehetséges eltérések azonban többnyire az alapkategorizációkat érintő elnevezésbeli különbségekből adódnak, és nem takarnak lényeges módosítást (Heidenreich és mtsai., 2021).

Ez alól kivételt képez egy ötödik egzisztenciális aggodalom, az identitás; mely szerves részét képezi Glas, Ratcliff valamint Koole és társai által leírt egzisztenciális szorongáskonceptciónak. Mindhárman eltértek Erikson (1968) identitásfogalmától. Glass (2001, 2003, 2013) a szelf struktúrájának elvesztéseként, Ratcliffe (2005, 2008, 2011) az énhatárok elmosódásaként, míg Koole és munkatársai (2006) az önismeret teljes hiányaként hivatkoznak rá. Összességében egyfajta belső elidegenedést értettek alatta (Heidenreich és mtsai., 2021; van Bruggen és mtsai., 2015.)

A legelterjedtebb koncepció egyértelműen Yalomé, és jómagam is az általa meghatározott elméleti keretben kívánok mozogni dolgozatomban; kiegészítve azt az identitással, mint az ötödik egzisztenciális alapproblémával.

EGZISZTENCIÁLIS AGGODALMAK A KLIMAKTÉRIUMBAN

A menopauzális átmenet egy időben zajlik az Erikson (1966), Jung (1954, 1955) és Levinson által életközépi válságként titulált időszakkal (Khurram, 2017). Yalom (2017) szerint a legtöbb ember a negyvenes, ötvenes éveiben szembesül először a múlandósággal és a végső problémákkal, és erre minden eddiginél erőteljesebb egzisztenciális kétségbeeséssel reagál. Az öregedés egymás után megjelenő jelei – ilyen lehet akár a menopauza is - fokozottan ráirányítják a figyelmet az egzisztenciális aggodalmakra, melyek külön-külön már mind vizsgálatra kerültek a klimaktérium vonatkozásában.

Russac és munkatársai (2007) kutatásukban arra az eredményre jutottak, hogy a halálszorongás a változókorban növekedést mutat a termékeny évekhez képest. Más vizsgálatok korrelációt mutattak ki a menopauzát kísérő kellemetlen tünetek intenzitása és az elmagányosodás mértéke között (Bingol és mtsai., 2019; Fernández-Alonso és mtsai., 2012; Ozcan és mtsai., 2022).

A kontroll fogalma erősen összefügg az egzisztenciális értelemben vett szabadsággal (Yalom, 2017), továbbá a klimaktérium kihívásaival szemben tanúsított lelki ellenálló képesség egyik alapvető faktora (Süss és Ehlert, 2019). A fokozott kontroll-érzet és énhatékonyság kedvezőbb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt (Barbee és Timmerman, 2015; Jafary és mtsai., 2011; McAndrew és mtsai., 2009; Smith-DiJulio és mtsai., 2008; Reece és Harkless,

2006). Ugyanez mondható el az élet feltételezett értelmességével kapcsolatban is (Jafary és mtsai., 2011).

Mivel a nyugati kultúrában a menopauzát gyakran azonosítják a fiatalság és a nőiesség elvesztésével, sok nő identitásának válságaként éli meg a folyamatot (Aghvami és mtsai., 2013; de Salis és mtsai., 2018).

Végezetül érdemesnek tartom megemlíteni Keystone (2014) és Khurram (2017) kezdeményezéseit, akik változókorú nőknek csoportterápiás helyzetben az egzisztenciális pszichológia eszköztárát felhasználva nyújtottak segítséget abban, hogy adekvát módon tudjanak megküzdeni a folyamatot kísérő kihívásokkal.

ÖSSZEGZÉS ÉS KUTATÁSI CÉLKITŰZÉS

A menopauza-specifikus életminőséget számos tényező összjátéka határozza meg: a vazomotoros tünetek erőssége, az iskolázottság mértéke, a foglalkoztatottsági státusz, az anyagi helyzet, a családi körülmények, a párkapcsolati elégedettség és az életmód. Az életminőség romlása számos pszichés rendellenességgel járhat együtt, ezek közül leggyakoribb a depresszió, a szorongás és a kiégés. Azonban abban az esetben, ha egy nő megfelelő mértékben reziliens, akkor még a kedvezőtlen körülmények ellenére is sikeresen tud alkalmazkodni a változásokhoz, és nem fenyegetik a mentális problémák.

A nyugati országokban az elmúlt harminc évben a kutatók előszeretettel foglalkoztak a menopauza-specifikus életminőséggel. Később a távol-keleti országok is bekapcsolódtak a tudományos kommunikációba ezen a területen. Magyar mintán eddig kevés vizsgálat született a témában. Munkámmal egyrészt ezt a hiányt kívánom pótolni.

Ezenkívül több empirikus úton nyert eredmény támasztja alá, hogy az általam tárgyalt egzisztenciális aggodalmak felerősödhetnek a változókorban. Azonban célirányosan a menopauza során tapasztalt egzisztenciális szorongás még nem képezte vizsgálat tárgyát. Kutatásomban elsősorban erre a kérdésre szándékozok fókuszálni.

HIPOTÉZISEK

A témában publikált szakirodalom ismeretében összesen tizenhárom hipotézis fogalmazódott meg bennem, melyek a következők:

- I. **Hipotézis:** *A menopauzális átmenetben járó nők intenzívebb egzisztenciális szorongásról számolnak be, mint a reprodukív életszakaszban járók (Aghvami és mtsai., 2013; de Salis és mtsai., 2018; Khurram, 2017; Russac és mtsai.; Yalom, 2017).*
- II. **Hipotézis:** *Minél hátrányosabb egy nőnek a menopauza-specifikus életminősége, és minél kevésbé reziliens, annál intenzívebb egzisztenciális szorongásról számol be*

(Barbee és Timmerman, 2015; Bingol és mtsai., 2019; Fernández-Alonso és mtsai., 2012; Jafary és mtsai., 2011; McAndrew és mtsai., 2009; Ozcan és mtsai., 2022; Reece és Harkless, 2006; Smith-DiJulio és mtsai., 2008; Süss és Ehlert, 2019; Yalom, 2017).

- III. **Hipotézis:** *Minél korábban köszönt be a menopauza egy nő életében, és minél kevésbé reziliens, annál magasabb egzisztenciális szorongásról számol be* (Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015; Som és Ray, 2012; Woods, 2010).
- IV. **Hipotézis:** *Minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik egy nő, annál kedvezőbben fogja megélni változókort* (Alizadeh és mtsai., 2015; Bal és Sahin, 2011; Fallahzadeh, 2010; Giannouli és mtsai., 2012; Larroy és mtsai., 2020; Lee és mtsai., 2010, Whiteley és mtsai., 2013).
- V. **Hipotézis:** *A munkanélküli nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az aktív foglalkoztatottsági státusszal bíróknak* (Alizadeh és mtsai., 2015; Bal és Sahin, 2011; Fallahzadeh, 2010; Giannouli és mtsai., 2012; Larroy és mtsai., 2020; Lee és mtsai., 2010, Whiteley és mtsai., 2013).
- VI. **Hipotézis:** *Minél hátrányosabb egy nőnek az anyagi helyzete, annál negatívabban fogja megélni a klimaktériumot* (Alizadeh és mtsai., 2015; Bal és Sahin, 2011; Fallahzadeh, 2010; Giannouli és mtsai., 2012; Larroy és mtsai., 2020; Lee és mtsai., 2010, Whiteley és mtsai., 2013).
- VII. **Hipotézis:** *Minél elégedettebb egy nő a párkapcsolatával, annál kedvezőbben fogja megélni a menopauzát* (Chang és mtsai., 2019; Caico, 2013; Fielder és Kurpius, 2005; Roesch és mtsai., 2021).
- VIII. **Hipotézis:** *A szexuálisan inaktív hölgyeknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az aktív nemi életet folytatóknak* (Chang és mtsai., 2019; Caico, 2013; Fielder és Kurpius, 2005; Ornat és mtsai., 2013; Scavello és mtsai., 2019).
- IX. **Hipotézis:** *A gyermekükkel együtt élő nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége, mint azoknak a hölgyeknek, akiknek a gyermekei már kirepültek a családi fészekből* (Jacobson, 1979; Raup és Myers, 1989).
- X. **Hipotézis:** *A dohányzó nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint a nem dohányzóknak* (Anderson és mtsai., 2020; Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015).
- XI. **Hipotézis:** *A rendszeresen alkoholt fogyasztó nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az alkoholt nem fogyasztóknak* (Anderson és mtsai., 2020; Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015).

XII. Hipotézis: *A rendszeresen testmozgást végző nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége, mint azoknak, akik nem mozognak rendszeresen* (Stojanovska és mtsai., 2014).

XIII. Hipotézis: *A hormonpótlást igénybe vevő nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége, mint a hormonkezelésben nem részesülőknek* (Hadji és mtsai., 2018; Pinkerton és mtsai., 2014; Utian és Woods; 2013.)

MÓDSZER

VIZSGÁLATI MINTA

A közösségi portálokon közzétett tesztbattériát összesen 803 személy töltötte ki. Közülük a negyven és hatvan év közötti hölgyek képezték a vizsgálat célcsoportját, összesen 387 fő. Azért döntöttem úgy, hogy a menopauza-specifikus életminőséget ebben a korosztályban vizsgálom, mivel a szakirodalom kifejezetten a negyven és hatvan év közötti életszakaszra hivatkozik menopauzális átmenetként (Hilditch és mtsai., 1996).

A negyven év alatti vizsgálati alanyok, összesen 376 fő alkotta a kutatás kontrollcsoportját. Mivel hatvan év feletti személyek is kitöltötték a kérdőívet, létrehoztam egy másodlagos kontrollcsoportot is, mely összesen 40 főből tevődik össze.

A vizsgálati minta életkor szerinti megoszlása a 1. Táblázatban látható.

	Negyven és hatvan év közötti vizsgálati személyek	Negyven év alatti vizsgálati személyek	Hatvan év feletti vizsgálati személyek
Elemszám (n)	387	376	40
Átlag (M)	48,25	28,32	70,80
Szórás (SD)	4,57	6,62	7,83
Minimum érték	40	18	61
Maximum érték	60	39	87

1. Táblázat:

A vizsgálati minta életkor szerinti megoszlása

Olyan személyek, akiknél korábban mesterséges menopauzát hoztak létre; amenorrhéát diagnosztizáltak; illetve jelenleg várandósok, vagy az utóbbi egy évben gyermeket szültek (tekintettel arra, hogy a gyermekvállalás napjainkban későbbre, sokaknál a negyvenes évekre

tolódott); nem vehettek részt a vizsgálatban. Az ő adataik ugyanis torzították volna az eredményeket.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

MENOPAUZA-SPECIFIKUS ÉLETMINŐSÉG KÉRDŐÍV

(MENPAUSE-SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE – MENQOL)

A mérőeszköz segítségével be tudjuk azonosítani, hogy az adott személynél elkezdődött-e már a klimaktérium; és ha igen, akkor milyen tüneteket tapasztal, illetve azok milyen mértékben rontják az életminőségét. A kérdőív kidolgozása Hilditch és munkatársai (1996) nevéhez fűződik.

Magyar mintán a kérdőív még nem került felhasználásra. Így fordítását három C1-es típusú angol nyelvvizsgálóval rendelkező ismerőssémmel együtt végeztük el.

A kérdőív összesen négy faktort és huszonkilenc itemet tartalmaz. Az első faktor a *vazomotoros tünetek*, melyhez három tétel tartozik (pl.: 2. „Éjszakai izzadás”); a második faktor a *pszichoszociális tünetek*, melyhez hét tétel tartozik (pl.: 7. „Lehangoltság, szomorúság, depresszió”); a harmadik faktor a *testi tünetek*, melyhez tizenhét tétel tartozik (pl.: 12. „Ízületi és izomfájdalmak”); míg a negyedik faktor a *szexuális problémák*, melyhez három tétel tartozik (pl.: 28. „Hüvelyszárazság”).

A kitöltőnek minden egyes itemnél be kell jelölnie, hogy tapasztalta-e az adott tünetet az elmúlt egy hónapban, vagy sem. Amennyiben igennel válaszol, egytől hétig terjedő Likert-skálán kell értékelnie, hogy milyen mértékben zavarta az adott probléma: (1 = „Egyáltalán nem zavart”; 7 = „Túlságosan zavart”).

A mérőeszköz nem tartalmaz fordított tételeket. Nemleges válasz esetén a megfelelő tételre nulla pontot adunk. Ellenkező esetben a Likert-skálán bejelölt értéknek megfelelő pontszámot ér el a vizsgálati személy; melyeket összeadva megkapjuk a teszt összpontszámát. Ez az érték minél magasabb, annál rosszabb a kitöltést végző hölgy menopauza-specifikus életminősége. Az eredeti kérdőív önmagában nem bizonyult megbízhatónak (Cronbach-alfa = 0,55), ám az egyes faktorok már igen. Jelen vizsgálatban mind a teljes kérdőív, mind a faktorok Cronbach-alfa értékei megfelelőek (lásd 2. Táblázat).

	Hilditch és mtsai., 1996	Jelen vizsgálat
MSQOL	0,55	0,940
Vazomotoros tünetek	0,82	0,848

Pszichoszociális tünetek	0,85	0,827
Testi tünetek	0,81	0,908
Szexuális problémák	0,83	0,814

2. Táblázat:

A Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőív Cronbach-alfa mutatói az eredeti és jelen vizsgálatban

**25-ITEMES CONNOR-DAVIDSON REZILIENCIA SKÁLA
(CD-RISC – CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE)**

A kérdőív a lelki ellenálló képesség mérésére alkalmas. Megmutatja, hogy a vizsgálati személy milyen mértékben tud megküzdeni az élete során jelentkező különböző krízishelyzetekkel, és alkalmazkodni hozzájuk. A mérőeszközt Connor és Davidson (2003) alkotta meg. Magyar adaptációját Kiss Enikő Csillának és munkatársainak (2015) köszönhetjük.

A skála egydimenziós, és huszonöt tételt foglal magában. Az első faktor a *stresszhelyzetek során tanúsított megerősödés* (pl.: 14. „A stresszel való megküzdés megerősít.”); a második faktor az *eredményesség korábbi stresszhelyzetekben* (pl.: 13. „A múltbeli sikerek önbizalmat adnak az új kihívásokhoz”); a harmadik faktor a *teherbírás* (pl.: 24. „Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomás alatt vagyok.”); a negyedik faktor az *érzelmi stabilitás és megküzdés* (pl.: 10. „Tudom kezelni a negatív érzéseimet.”); az ötödik faktor a *változások elfogadása és a biztonságos kapcsolatok fontossága* (pl.: 2. „Vannak közeli és biztonságot nyújtó kapcsolataim.”); végezetül a hatodik faktor a *személyes kompetencia* (pl.: 20. „El tudom érni a céljaimat.”)

A kitöltőnek egytől ötig terjedő Likert-skálán kell számot adnia arról, hogy az adott állítást milyen mértékben tartja magára jellemzőnek: 1 = „Egyáltalán nem igaz”; 5 = „Szinte mindig igaz”.

Az eszköznek nincsenek fordított itemei. A Likert-skálán megjelölt értékek összeadásával kapjuk meg a kitöltő összesített pontszámát. Ez az érték minél nagyobb, annál reziliensebb az illető.

A kérdőívnek mind az eredeti verziója (Cronbach-alfa = 0,89); mind a magyar adaptációja (Cronbach-alfa = 0,89) megbízhatónak bizonyult (lásd 3. Táblázat).

	Cronbach-alfa
CD-RISC	0,977
Stresszhelyzetek során tanúsított megerősödés	0,944
Eredményesség korábbi stresszhelyzetekben	0,850

Teherbírás	0,946
Érzelmi stabilitás és megküzdés	0,864
Változások elfogadása és biztonságos kapcsolatok fontossága	0,802
Személyes kompetencia	0,665

3. Táblázat:

A 25-ites Connor-Davidson Reziliencia Skála megbízhatósági mutatói jelen vizsgálatban

EGZISZTENCIÁLIS AGGODALMAK KÉRDŐÍV (EXISTENTIAL CONCERNS QUESTIONNAIRE – ECQ)

A skála alkalmas arra, hogy kvantitatív módon meghatározza a vizsgálati személy egzisztenciális szorongásának intenzitását. A mérőeszköz kidolgozása van Bruggen és társai (2017) munkájának a gyümölcse.

Mivel magyar adaptációja korábban nem született, így én fordítottam le. A Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőív-nél ismertetett irányelveknek megfelelően jártam el ebben az esetben is.

Az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív összesen három faktorból és huszonkét tételből áll. Az első faktor az *általános értelemben vett egzisztenciális szorongás*, mely tizenhárom itemből tevődik össze (pl.: 12. „*Aggódok amiatt, hogy nem azt az életet élem, amit élhetnék.*”); a második faktor a *halálszorongás*, mely hét tételből tevődik össze (pl.: 21. „*Aggódom amiatt, hogy a halálom pillanatában el kell engednem mindent, amim jelenleg van*”); és a harmadik faktor az *elkerülés*, mely négy itemből tevődik össze (pl.: 7. „*Megpróbálom elfelejteni, hogy minden választásomnak következményei vannak.*”)

A válaszadó egytől ötig terjedő Likert-skálán tudja értékelni, hogy milyen mértékben ért egyet a különböző állításokkal: 1 = „*Egyáltalán nem jellemző rám*”; 5 = „*Teljes mértékben jellemző rám*”.

Ez a teszt sem bír fordított tételekkel. A végeredményt úgy kapjuk, hogy itemenként összeadjuk a Likert-skálán bejelölt értékeket. Az összpontszám minél magasabb, annál nagyobb mértékű egzisztenciális szorongást tételezhetünk fel a vizsgálati személyről.

Az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív kifejezetten Yalom egzisztenciális szorongáskonceptiójára épül; kiegészítve azt egy ötödik komponenssel, mely az identitás. Mind az öt végső félelemhez tartoznak itemek: a halálszorongáshoz a 4., 5., 10., 14., 15. és 20. tételek (pl.: 15. „*Megpróbálom távol tartani magamtól a gondolatot, hogy az életem véges*”); az élet értelmességéhez az 1., 6., 11., 16. és 21. tételek (pl.: 16. „*Megrémít, hogy azok a dolgok, melyek valaha fontosak voltak a számomra, visszatekintve jelentéktelennek tűnnek*”); a szabad

választás lehetőségéből fakadó büntudathoz a 2., 7., 12. és 17. tételek (pl.: 2. „*Megrémülök, amikor szembesülök azzal, hogy az élet milyen sok választási lehetőséget kínál*”); az elmagányosodáshoz a 3., 9., 13. és 19. tételek (pl. 19. „*Van egy olyan nyugtalanító érzésem, hogy szakadék van köztem és a többi ember között*”); míg az identitáshoz a 8., 18. és 22. tételek (pl.: 8. „*Szorongással tölt el, hogy elveszítem a kapcsolatot önmagammal*”).

Az eredeti kérdőív a klinikai (Cronbach-alfa = 0,91) és az átlagpopuláción végzett vizsgálatban (Cronbach-alfa = 0,92); valamint jelen munkámban is megbízhatónak mutatkozott (lásd 4. Táblázat).

	Cronbach-alfa
ECQ	0,969
Általános értelemben vett egzisztenciális szorongás	0,952
Halálszorongás	0,928
Elkerülés	0,838

4. Táblázat:

Az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív Cronbach-alfa mutatói jelen kutatásban

SAJÁT KÉRDÉSEK

A vizsgálati személyt először demográfiai adatok megadására kérem; úgy, mint az életkora, lakóhelyének típusa, legmagasabb iskolai végzettsége, foglalkoztatottsági státusza és családi állapota. Majd a kitöltőnek egytől ötig terjedő skálán kell értékelnie saját anyagi helyzetét (1 = „*Nagyon nehezen tudok megélni*”, 5 = „*Nagyon jól élek, szinte bármit megengedhetek magamnak*”); és partnerével való viszonyát, amennyiben házas, vagy párkapcsolatban él (1 = „*Kifejezetten rossz a kapcsolatunk*”, 5 = „*Kifejezetten jó a kapcsolatunk*”). Megérdeklődöm, hogy a vizsgálati személynek van-e gyermeke, és egy háztartásban él-e vele. Ezután az életmódra vonatkozó kérdések következnek, melyből kiderül, hogy az adott személy dohányzik-e, fogyaszt-e rendszeresen alkoholt, végez-e rendszeresen testmozgást, és aktív-e szexuálisan. Végezetül megkérdezem a kitöltőtől, hogy rendszeres-e a menstruációja. Amennyiben nemleges választ ad; meg kell adnia számmal, hogy hány hónapja, illetve hány éve volt az utolsó vérzése.

ELJÁRÁS

Kényelmi mintavétel történt, úgynevezett hólabda-módszerrel. A vizsgálat a digitális térben zajlott. A tesztbattériát a Qualtrics nevű programcsomag segítségével hoztam létre. A kérdőívcsomag internetes webcímét, melyen keresztül ki lehet tölteni, a Facebook nevű

közösségi portálon kezdem el terjeszteni 2022. november 16-án; majd 2022. December 28-án zártam le az adatfelvételt.

A tesztbatteria a tájékoztató és beleegyező nyilatkozattal veszi kezdetét, ezt követik a saját kérdések, a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőív, a 25-itemes Connor-Davidson Reziliencia Skála és az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív. Kérdések kihagyására nincs lehetőség. A kitöltő csak abban az esetben tud továbblépni a soron következő blokkra a „Tovább” gomb lenyomásával, ha az aktuális oldalon már minden kérdést megválaszolt.

Az adatelemzést a JASP és a Microsoft Excel nevű programok segítségével végeztem el.

ETIKAI SZEMPONTOK

Munkámban a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexében leírtak és a kutatásetikai irányelveknek megfelelően jártam el. Elsősorban a téma érzékenységeből adódóan döntöttem úgy, hogy etikai engedélyt kérek a vizsgálat számára, melyet az intézmény etikai bizottsága 2022. november 15-én állított ki, a következő iktatószámmal: 2022_43.

A tájékoztató és beleegyező nyilatkozatban a vizsgálati személy minden információt megkap a kutatás céljáról. A kitöltőnek nyilatkoznia kell arról, hogy a kutatásban önkéntes alapon vesz részt, tudomásul vette a feltételeket, illetve elmúlt tizennyolc éves; ezzel biztosítva, hogy kiskorúak ne vehessenek részt a kutatásban. Az eljárás bármikor megszakítható, anonim módon megy végbe és nem kérünk olyan adatokat, melyek alapján bárki beazonosítható lenne.

EREDMÉNYEK

LEÍRÓ STATISZTIKA

A vizsgálat célcsoportjában 4 főnek az általános iskola nyolc osztálya, 9 főnek a szakmunkásképző, míg 29 főnek a szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségi a legmagasabb iskolai végzettsége. 72 fő rendelkezik főiskolai, 241 fő egyetemi diplomával, valamint 32 fő doktori fokozattal.

A negyven és hatvan év közötti nők közül 34-en munkanélküliek, 343 főnek van gyermeke, 217 fő egy háztartásban is él vele, 221 fő aktív szexuálisan, 51 fő dohányzik, 19 fő fogyaszt rendszeresen alkoholt, 146 fő végez rendszeresen testmozgást, 148 főnek rendszeres a menstruációja, és 43 fő kapott hormonpótlást.

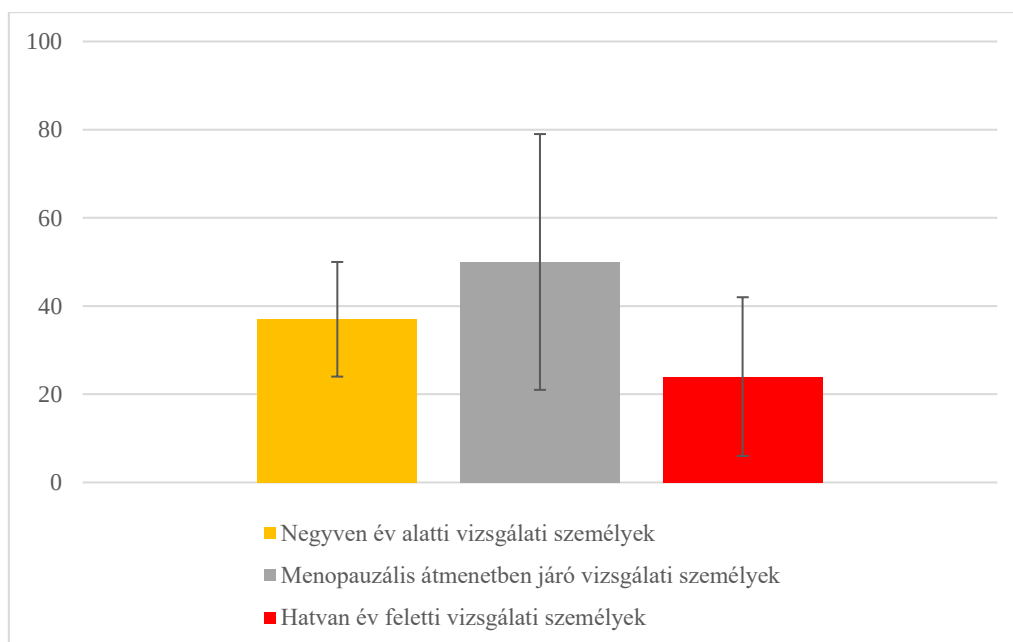
HIPOTÉZISTESZTELÉS

- I. Hipotézis:** *A menopauzális átmenetben járó nők intenzívebb egzisztenciális szorongásról számolnak be, mint a reprodukív életszakaszban járók.*

A Shapiro-Wilk teszt szignifikáns eltérést mutatott a normális eloszlástól mind a célcsoport ($W(387)=0,874$ $p<0,001$), mind az első számú kontrollcsoport egzisztenciális szorongás pontszámai esetében ($W(376)=0,927$ $p<0,001$). Így Mann-Whitney tesztet végeztem, mely szignifikáns, közepes erősségű különbséget mutatott a változókorú ($Mdn=50$) és a reprodukív életszakaszban járó nők ($Mdn=37$) egzisztenciális szorongás pontszámai között $U=761$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,324$. Tehát a változókorú nők intenzívebb egzisztenciális szorongásról számoltak be, mint a reprodukív életszakaszban lévők. Így hipotézisem igazolást nyert.

A tesztbattériát – bár meglehetősen csekély számban – kitöltötték hatvanadik életévüket betöltött magánszemélyek is ($n=40$). Az adatelemzés során felvetődött bennem, hogy az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív kitöltése során elért pontszámaikat összevessem a célcsoport eredményeivel. A másodlagos kontrollcsoport eredményei szignifikánsan eltérnek a normális eloszlástól ($W(40)=0,472$ $p<0,00$) a negyven és hatvan év közötti hölgyek adataihoz hasonlóan. Ezért a Mann Whitney-teszt mellett döntöttem, mely a célcsoport ($Mdn=50$) és a második kontrollcsoport ($Mdn=24$) egzisztenciális szorongása között szignifikáns, jelentős mértékű különbséget mutatott ki $U=425$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,685$. Tehát a menopauzális életszakaszban járó hölgyek hajlamosabbak az egzisztenciális szorongásra, mint a folyamatot már korábban megélők.

Az első hipotézisem és a kérdésfeltevéselem ellenőrzése során alkalmazott Mann Whitney-próbák eredményeit az 1. Diagram szemlélteti.



1. Diagram:

A három korcsoport eredményei az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőívben

II. Hipotézis: *Minél hátrányosabb egy nőnek a menopauza-specifikus életminősége, és minél kevésbé reziliens, annál intenzívebb egzisztenciális szorongásról számol be.*

Mivel a Shapiro-Wilk teszt alapján a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben ($W(387)=0,902$ $p<0,001$), a Reziliencia Skálán ($W(387)=0,896$ $p<0,001$) és az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőívben ($W(387)=0,874$ $p<0,001$) produkált eredmények szignifikánsan eltérnek a normális eloszlástól, ezért Spearman-féle korrelációval hasonlítottam össze a három konstruktumot. A reziliencia és a menopauza-specifikus életminőség között szignifikáns, negatív irányú, erős kapcsolat $r_s=-0,698$ $p<0,001$ (two-tailed); a reziliencia és az egzisztenciális szorongás között szignifikáns, negatív irányú, erős kapcsolat $r_s=-0,736$ $p<0,001$ (two-tailed); míg a menopauza-specifikus életminőség és az egzisztenciális szorongás között szignifikáns, pozitív irányú, erős kapcsolat áll fenn $r_s=0,745$ $p<0,001$ (two-tailed). Tehát minél kevésbé reziliens egy nő, és minél rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, annál erőteljesebb egzisztenciális szorongást tapasztal. Hipotézisem az eredmények tükrében beigazolódott.

III. Hipotézis: *Minél korábban köszönt be a menopauza egy nő életében, és minél kevésbé reziliens, annál magasabb egzisztenciális szorongásról számol be.*

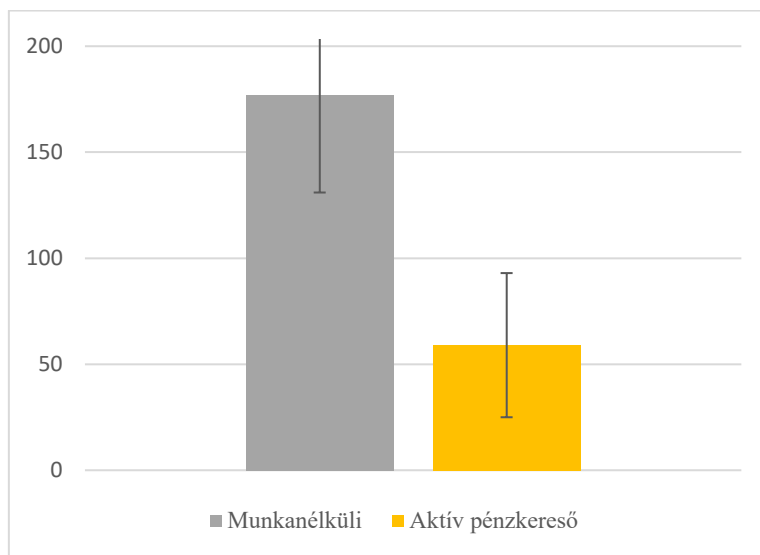
Az egzisztenciális szorongáshoz és a rezilienciához hasonlóan az utolsó menstruáció időpontját jelölő életkori adatok is szignifikánsan eltérnek a normális eloszlástól ($W(387)=0,975$ $p<0,001$), ezért Spearman-korrelációt futtattam le a változók között. Az utolsó menstruáció időpontjához köthető életkor szignifikáns, negatív irányú, közepes erősségű összefüggésben áll a menopauza-specifikus életminőséggel $r_s=-0,497$ $p<0,001$ (two-tailed) és az egzisztenciális szorongással egyaránt $r_s=-0,517$ $p<0,001$ (two-tailed). Ennek alapján kijelenthetjük, hogy minél kevésbé reziliens egy nő, és minél korábbi életkorban tapasztalja meg a menopauzát, annál inkább hajlamos az egzisztenciális szorongásra. A hipotézis teljesült.

IV. Hipotézis: *Minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik egy nő, annál kedvezőbben fogja megélni változókort.*

A menopauza-specifikus életminőséggel egyetemben az iskolázottság mértékének esetében sem teljesül a normális eloszlás feltétele ($W(387)=0,892$ $p<0,001$), ezért hipotézisemet Spearman-féle korrelációval ellenőriztem. A menopauza-specifikus életminőség és az iskolázottság mértéke között szignifikáns, negatív irányú, közepes erősségű korreláció mutatható ki $r_s=-0,526$ $p<0,001$ (two-tailed). Ez alapján elmondhatjuk, hogy a magasabb iskolai végzettség jobb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt. A hipotézis beigazolódott.

V. Hipotézis: *A munkanélküli nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az aktív foglalkoztatottsági státusszal bíróknak.*

Sem az aktív kereső foglalkozást folytató ($W(353)=0,968$ $p<0,001$), sem a munkanélküli hölgyek adatai esetén nem mutatható ki a normális eloszlás ($W(34)=0,628$ $p<0,001$). Mann-Whitney próbát hajtottam végre, mely feltárta, hogy a gazdaságilag aktív ($Mdn=59$) és a munkanélküli nők ($Mdn=176,5$) menopauza-specifikus életminősége között szignifikáns, jelentős mértékű különbség áll fenn $U=385$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,828$. Tehát az aktív foglalkoztatottsági státusszal rendelkező hölgyek kedvezőbben élik meg a változókort, mint a munkanélküliek (lásd 2. Diagram). Hipotézisem beigazolódott.



2. Diagram:

A munkanélküli és az aktív pénzkereső foglalkozást folytató vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

VI. Hipotézis: *Minél hátrányosabb egy nőnek az anyagi helyzete, annál negatívabban fogja megélni a klimaktériumot.*

A menopauza-specifikus életminőséghez hasonlóan a szubjektív anyagi helyzetet felmérő skála értékei is szignifikánsan eltérnek a normális eloszlástól ($W(387)=0,823$ $p<0,001$). Spearman-korrelációt használtam, amely szignifikáns, negatív irányú, közepes erősségű kapcsolatot mutatott ki az anyagi jólét mértéke és a menopauza-specifikus életminőség között $r_s=-0,591$ $p<0,001$ (two-tailed). Az eredmény arra utal, hogy a hátrányosabb anyagi helyzet kedvezőtlenebb menopauza-specifikus életminőséget von maga után. A hipotézis teljesült.

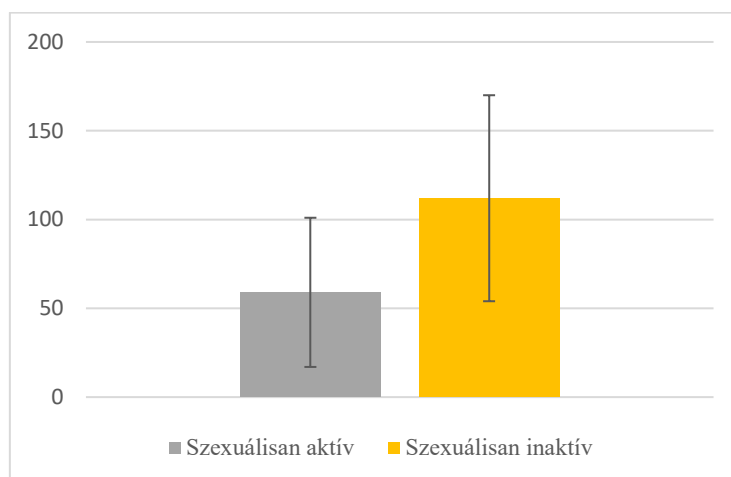
VII. Hipotézis: *Minél elégedettebb egy nő a párkapcsolatával, annál jobban fogja megélni a menopauzát.*

A párkapcsolati elégedettség esetén szintén nem teljesül a normális eloszlás ($W(311)=0,790$ $p<0,001$), ezért hipotézisemet Spearman-korrelációval vizsgáltam. A menopauza-specifikus életminőség és a párkapcsolati elégedettség között szignifikáns, negatív irányú, erős korreláció

áll fenn $r_s = -0,628$ $p < 0,001$ (two-tailed). Ez arra utal, hogy a magasabb párkapcsolati elégedettség kedvezőbb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt. Hipotézisem igazolást nyert.

VIII. Hipotézis: *A szexuálisan inaktív hölgyeknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az aktív nemi életet folytatóknak.*

A Shapiro-Wilk teszt eredményei alapján az aktív nemi életet folytató ($W(221) = 0,907$ $p < 0,001$) és szexuálisan inaktív nők ($W(156) = 0,888$ $p < 0,001$) menopauza-specifikus életminősége egyaránt szignifikáns eltérést mutatott a normális eloszlástól. Így Mann-Whitney próbát futtattam le, mely a szexuálisan aktív ($Mdn = 59$) és inaktív ($Mdn = 112$) hölgyek életminősége között szignifikáns, közepes erősségű különbséget jelzett $U = 385$ $p < 0,001$ (one-tailed), $r_B = 0,454$. Ennek fényében az aktív nemi életet folytató nők jobb életminőséget tudhatnak a magukénak (lásd 3. Diagram). A hipotézis így igazolást nyert.

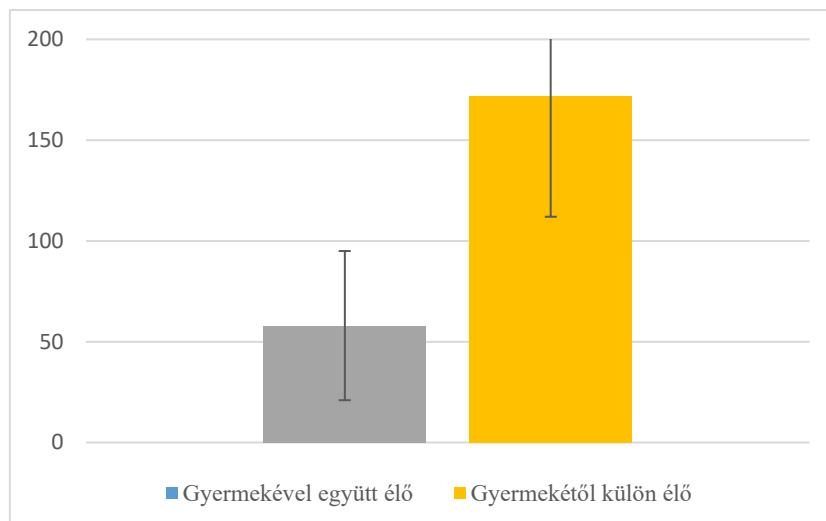


3. Diagram

A szexuálisan aktív és inaktív vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

IX. Hipotézis: *A gyermekükkel együtt élő nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége, mint azoknak a hölgyeknek, akiknek a gyermekei már kirepültek a családi fészekből.*

A gyermekükkel egy háztartásban ($W(217) = 0,957$ $p < 0,001$), illetve a tőlük külön élő hölgyek ($W(126) = 0,799$ $p < 0,001$) menopauza-specifikus életminőség pontszámai szignifikánsan eltértek a normális eloszlástól. A Mann-Whitney próba rávilágított, hogy a gyermeküktől külön ($Mdn = 172$), illetve velük együtt lakó nőknek ($Mdn = 58$) a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben produkált eredményei között szignifikáns, jelentős mértékű különbség van $U = 341$ $p < 0,002$ (one-tailed), $r_B = 0,579$. Tehát azok a nők, akiknek a gyermekei már kirepültek a családi fészekből, rosszabbul élik meg a klimaktériumot (lásd 4. Diagram). Hipotézisem beigazolódt.

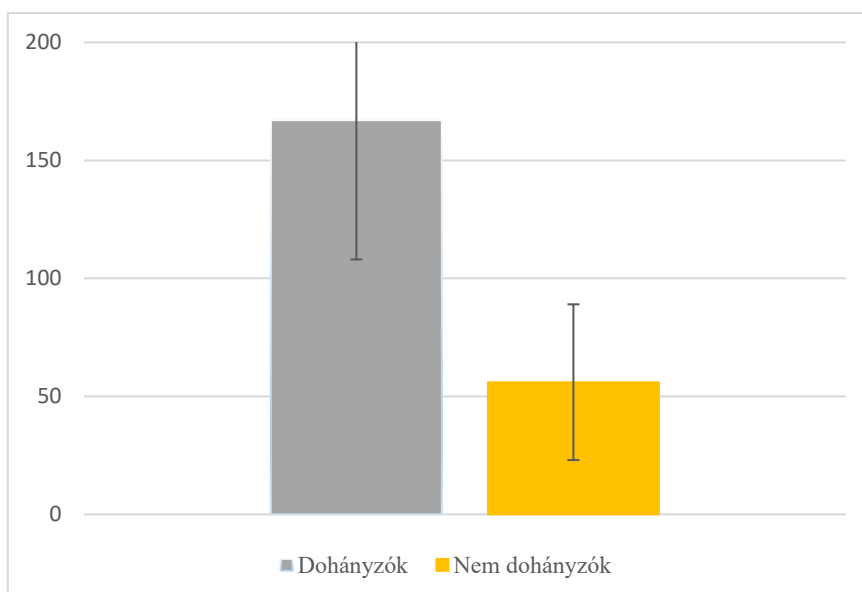


4. Diagram:

A gyermekükkel együtt, illetve tőlük külön élő vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

X. Hipotézis: *A dohányzó nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint a nem dohányzóknak.*

A dohányzók ($W(51)=0,844$ $p<0,001$) és a nem dohányzók ($W(336)=0,969$ $p<0,001$) menopauza-specifikus életminőség értékeire nem teljesül a normális eloszlás. A Mann-Whitney teszt eredményeképpen a dohányzók ($Mdn=157$) és a nem dohányzók ($Mdn=56,5$) menopauza-specifikus életminősége között szignifikáns, nagy különbség van $U=375$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,605$. Ennek fényében a dohányzó nők rosszabb életminőséget tapasztalnak a klimaktériumban (lásd 5. Diagram). A hipotézis teljesült.

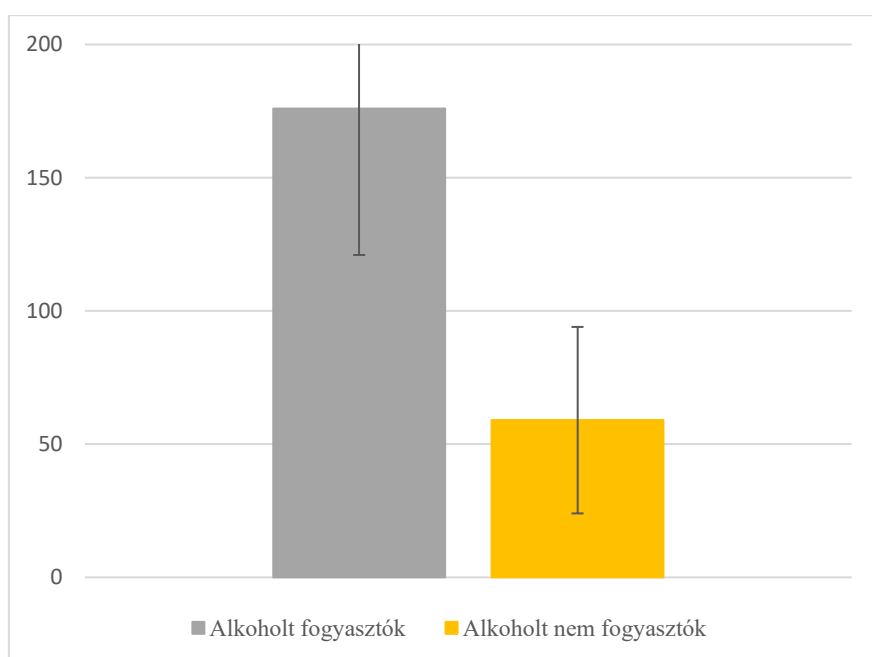


5. Diagram:

A dohányzó és nem dohányzó vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

XI. Hipotézis: *A rendszeresen alkoholt fogyasztó nőknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége, mint az alkoholt nem fogyasztóknak.*

A rendszeresen alkoholt fogyasztók ($W(19)=0,657$ $p<0,001$) és nem fogyasztók ($W(36)8=0,972$ $p<0,001$) menopauza-specifikus életminőség adatai nem mutatnak normális eloszlást, ezért Man-Whitney tesztet választottam. Az alkoholt fogyasztó ($Mdn=175,5$) és nem fogyasztó ($Mdn=59$) nők életminősége között szignifikáns, nagy különbség áll fenn $U=385$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,725$. Vagyis a dohányzó nőknek rosszabb a változókori életminősége (lásd 6. Diagram). Hipotézisem beigazolódt.

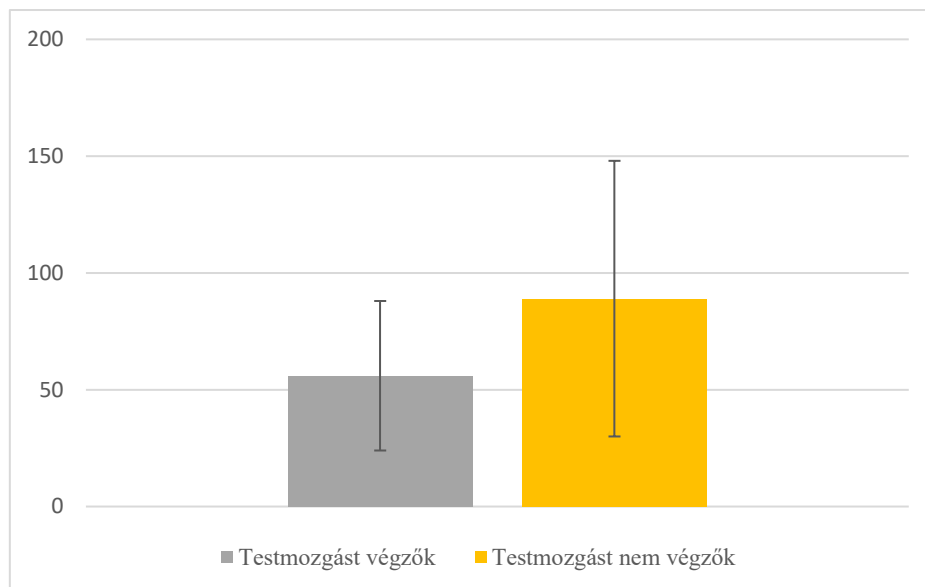


6. Diagram:

Az alkoholt rendszeresen fogyasztó és nem fogyasztó vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

XII. Hipotézis: *A rendszeresen testmozgást végző nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége, mint akik nem végeznek fizikai aktivitást.*

Nem mutatható ki a normális eloszlás sem a testmozgást rendszeresen végző ($W(146)=0,961$ $p<0,001$), sem a testmozgást nem végző hölgyek menopauza-specifikus életminőség adatai esetében ($W(241)=0,897$ $p<0,001$). Mann-Whitney próbát hajtottam végre, mely a testmozgást végzők ($Mdn=56$) és nem végzők ($Mdn=89$) életminősége között szignifikáns, közepes mértékű különbséget állapított meg $U=385$ $p<0,001$ (one-tailed), $r_B=0,402$. Tehát a fizikai aktivitás jobb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt (lásd 7. Diagram). Hipotézisem igazolást nyert.

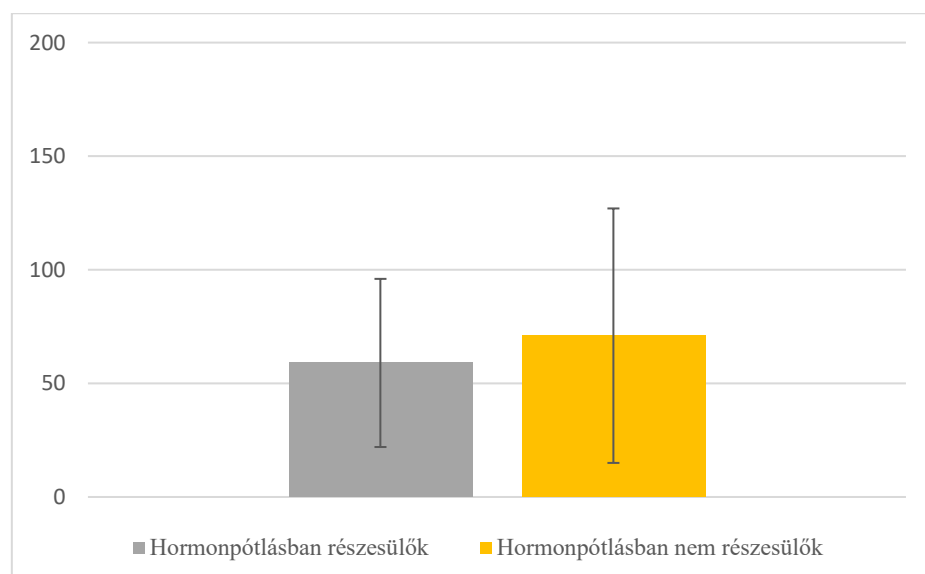


7. Diagram:

A rendszeresen testmozgást végző, és a testmozgást nem végző vizsgálati személyek eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben

XIII. Hipotézis: *A hormonpótlást igénybe vevő nőknek pozitívabb a menopauza alatti életminősége, mint a hormonkezelésben nem részesülőknek.*

A hormonpótlást igénybe vevők menopauza-specifikus életminősége normális eloszlást követ ($W(43)=0,967$ $p=0,257$), ám a hormonkezeléssel nem élő nők adatai szignifikánsan eltérnek attól ($W(344)=0,897$ $p<0,001$). Ezért hipotézisemet Mann-Whitney tesztel ellenőriztem, mely a hormonterápiában részesülők ($Mdn=59$) és nem részesülők ($Mdn=71$) menopauza-specifikus életminősége között szignifikáns, ám kis mértékű különbséget jelzett $U=385$ $p=0,004$ (one-tailed), $r_B=0,25$. Tehát azoknak a nőknek, akik hormonpótlást kapnak, pozitívabb az életminősége (lásd 8. Diagram). Hipotézisem teljesült.



8. Diagram:

*A hormonpótlásban részesülő és nem részesülő vizsgálati személyek
eredményei a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívben*

DISZKUSSZIÓ

Jelen dolgozat elsődleges célja a menopauza-specifikus életminőség vizsgálta volt az egzisztenciális szorongás vonatkozásában. Összesen tizenhárom hipotézis és egy kérdésfeltevés fogalmazódott meg bennem a kutatás során, melyeket a következőkben külön-külön tárgyalok az eredmények fényében.

AZ ELSŐ HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Első hipotézisem, miszerint a változókori hölgyek hajlamosabbak az egzisztenciális szorongásra fiatalabb nőtársaiknál, igazolást nyert. Eredményem egybecseng Yalom (2017) meglátásával, miszerint az Erikson (1966), Jung (1954, 1955) és Levinson (199) által életközépi válságként hivatkozott időszak - mely egybeesik a menopauzális átmenettel - az egzisztenciális szorongás szempontjából jóval kritikusabb, mint a korábbi évek (Khurram, 2017).

Ide tartozik Russac és munkatársai (2007) eredménye, miszerint a halálfélelem nőknél változókori fokozott intenzitást nyer a korábbi évekhez képest. A halálhoz való viszony pedig az egzisztenciális kétségbeesés legfontosabb alkotóeleme, mivel a múlandóság felismerése a másik három végső probléma elsődleges forrása.

Habár az egzisztenciális válság önmagában nem tekinthető mentális problémának, akár kóros méreteket is ölthet, és számos pszichopatológia kialakulásának forrásául szolgálhat (Yalom, 2017). Ennek értelmében eredményem összeegyeztethető Hogervorst és munkatársainak (2022) megállapításával, miszerint a klimaktériumban megugrik a különböző mentális problémák kialakulásának esélye. Ebben szerepet játszhat az is, hogy az egzisztenciális szorongás a reprodukív életszakaszhoz viszonyítva fokozott erőre kap.

A két korcsoport közötti csupán közepes erősségű különbséget sikerült kimutatni az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőívben produkált eredményeiket illetően. Ennek valószínűleg az lehet az oka, hogy számos olyan fejlődési krízis van, mely tizennyolc és negyven év közé datálható: kirepülés a családi fészekből, a felsőfokú tanulmányok megkezdése, elhelyezkedés a munkaerőpiacon, a családalapítás, esetleg a szülők elvesztése. Mindezek szintén generálhatnak komolyabb egzisztenciális kétségbeesést. Azonban Yalom (2017) ezeket a kríziseket kevésbé kritikusnak ítéli meg, mint az életközépi válságot. Eredményem igazodik az ő állásfoglalásához.

TOVÁBBI KÉRDÉSFELTEVÉSEM MEGVITATÁSA

A számítások számomra meglepő választ adtak az adatelemzés során felvetődött kérdéseimre: a hatvanadik életévüket betöltött magánszemélyek alacsonyabb egzisztenciális szorongásról tettek tanúbizonyságot, mint a menopauzális átmenetben járók. Sőt mi több, a három csoport közül ők mutatták a legalacsonyabb értékeket az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőív kitöltése során. Ezek az eredmények várakozásaimmal ellentétesek voltak. Yalom (2017) szerint időskorban rendkívül gyakori az egzisztenciális kétségbeesés. Egészségi állapotuk romlásával és az elmúlás közeledtével szembesülve az emberekből gyakran újra előtörnek a korábban meg nem valósított ambíciók. Azonban ekkor már sem erejük, sem idejük nincsen arra, hogy megvalósíthassák őket. Így létezésüket értelmetlennek látják.

Az eriksoni modell (2019) fényében viszont ez a helyzet csupán abban az esetben áll fenn, ha az előző fejlődési szakasz nem volt eléggé produktív. Úgy tűnik, hogy jelen mintában korábbi éveikben kellően generatív személyek képviseltették magukat.

Magyarázatul szolgálhatnak még Frankl (2005) beállítódási értékei, melyek birtokában az idősokban nem szül feloldhatatlan feszültséget előrehaladott koruk és az esetleges egészségügyi problémák, hanem képesek méltósággal elviselni helyzetüket.

Fontosnak tartom kihangsúlyozni, hogy a mintában csupán csekély létszámban vettek részt hatvan év feletti személyek. Ennek okán a kérdésfeltevéseimre válaszul kapott eredményt sem áll módomban általánosítani.

A MÁSODIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Második feltételezésem ugyancsak bebizonyosodott, melynek értelmében a kedvezőtlenebb menopauza-specifikus életminőség és az alacsonyabb reziliencia erőteljesebb egzisztenciális szorongással jár együtt. Míg első predikciónál csupán közepes mértékű különbséget sikerült igazolni, addig a jelen hipotézisem gerincét alkotó három pszichológiai konstruktum között erős korreláció áll fenn. Ez arra enged engem következtetni, hogy önmagában a menopauza nem jár egyértelműen egzisztenciális kétségbeeséssel, hanem a folyamat során tapasztalt életminőség fogja meghatározni azt.

Korábbi empirikus eredmények már rávilágítottak, hogy a kontroll érzete és az élet feltételezett értelmessége jobb menopauza-specifikus életminőséggel (Barbee és Timmerman, 2015; Jafary és mtsai., 2011; McAndrew és mtsai., 2009; Smith-DiJulio és mtsai., 2008; Reece és Harkless, 2006), míg az elmagányosodás rosszabb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt (Bingol és mtsai., 2019; Fernández-Alonso és mtsai., 2012; Ozcan és mtsai., 2022). Így eredményemre tekinthetünk az általuk levont következtetések igazoló megerősítéseként és összegzéseként, mivel utóbb említett pszichológiai konstruktumok az egzisztenciális szorongás alapelemei.

A menopauza-specifikus életminőség romlása szintén nem magyarázza teljes mértékben a változókori pszichés zavarok kialakulását. Ha egy nő kellő mértékben reziliens, életkörülményei hiába változnak negatívan módon változókorban, képes lesz megőrizni lelki egyensúlyát (Süss és Ehlert, 2019). Az eredményem fényében úgy tűnik, megállapításuk az egzisztenciális szorongásra vonatkoztatva is helytállónak bizonyult.

A HARMADIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Harmadik hipotézisem empirikusan igazolódott, tehát minél korábban köszönt be egy nő életében a menopauza, és minél kevésbé reziliens, annál nagyobb egzisztenciális szorongásról számol be. Korábbi vizsgálatok már igazolták, hogy menopauza praecox esetén a nők rosszabbul élik meg a klimaktériumot (Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015; Som és Ray, 2012; Woods, 2010). Valószínűnek tartom, hogy az egzisztenciális kétségbeesést az okozhatja az esetükben, hogy a folyamat hirtelen beállta miatt nem áll módjukban felkészülni arra, hogy adekvát módon megküzdjenek a kihívásokkal.

A NEGYEDIK, AZ ÖTÖDIK ÉS A HATODIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Soron következő három predikcióm szintén teljesült, melynek értelmében a magasabb iskolai végzettség és az előnyösebb anyagi helyzet kedvezőbb; míg a munkanélküliség rosszabb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt. Eredményeim megfelelnek a témában publikált szakirodalom megállapításainak (Alizadeh és mtsai., 2015; Bal és Sahin, 2011; Fallahzadeh, 2010; Giannouli és mtsai., 2012; Larroy és mtsai., 2020; Lee és mtsai., 2010, Whiteley és mtsai., 2013).

A HETEDIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Hetedik feltételezésem, mely szerint minél elégedettebb egy nő a párkapcsolatával, annál pozitívabban éli meg a változókort, szintén bizonyítást nyert. Több tanulmány is kimutatta már ugyanezt az összefüggést (Chang és mtsai., 2019; Caico, 2013; Fielder és Kurpius, 2005; Roesch és mtsai., 2021). Azonban komoly módszertani különbségek húzódnak a hivatkozott tanulmányok és jelen munkám között. Az említett kutatók a párkapcsolati elégedettséget velem ellentétben komplex, validált kérdőívekkel mérték fel. Tehát ebben a kérdésben nálam jóval megbízhatóbban jártak el. Ezért az általam kapott eredményt nem szabad általánosítani, viszont alapjául szolgálhat további vizsgálatoknak. Magyar nyelven rendelkezésre áll több párkapcsolati elégedettséget számszerűsíteni hivatott mérőeszköz is, melyeket egy későbbi kutatásban érdemes lenne korreláltatni a Menopauza-Specifikus Életminőség Kérdőívvel.

A NYOLCADIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

A statisztikai próbák igazolták nyolcadik predikciómat, tehát a szexuálisan inaktív hölgyeknek rosszabb a menopauza-specifikus életminősége. A nemi vágy csökkenése, a kellemetlen

fiziológiai tünetek és a testük megváltozása miatt érzett szégyen együttesen járulhatnak hozzá ahhoz, hogy a klimaktériumban sok nő felhagy az aktív szexuális tevékenységekkel (Ornat és munkatársai, 2013; Scavello és mtsai., 2019)

A KILENCEDIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

Nyolcadik hipotézisem beigazolódott, tehát a gyermeküktől külön élő nők rosszabb menopauza-specifikus életminőségről számoltak be. Ezáltal valószínűsíthető, hogy a Jacobson-féle krízismátrix (1979) elmélet szellemében a menopauzális átmenet és az üresfészek szindróma egyidejűleg jelentkezve felerősíthetik egymást.

Az eredményemmel azonban érdemes óvatosan bánni. DeVries (2008) és munkatársai vizsgálatában például a gyermekeik leválását aktuálisan megélő nők kifejezetten pozitív érzelmekről és felszabadultságérzetről számoltak be. Tehát a folyamatot nem mindig kíséri veszteségélmény.

Az édesanyák gyermekük eltávozása kapcsán táplált érzelmeit nagyban meghatározhatja az is, hogy mennyi idő telt el a változás óta. Ha a leválás frissen történt, nyilvánvalóan a hiányérzet is erőteljesebb. Egy következő kutatásban érdemes lenne ennek függvényében vizsgálni ezt a kérdést.

A TIZEDIK, A TIZENEGYEDIK, A TIZENKETTEDIK ÉS A TIZENHARMADIK HIPOTÉZIS MEGVITATÁSA

A statisztikai elemzések alátámasztották utolsó négy, a vizsgálati személyek életmódjára vonatkozó hipotéziseimet. Tehát a dohányzó és alkoholt fogyasztó nőknek rosszabb; míg a rendszeresen testmozgást végző és hormonterápiában részesülő nőknek jobb a menopauza-specifikus életminősége. Magyar mintán is helytállónak bizonyultak azok a következtetések, melyeket a nemzetközi szakirodalom vont le korábban az életmódbeli tényezők és a menopauza-specifikus életminőség kapcsolatának vizsgálata során (Anderson és mtsai., 2020; Ceylan és Özerdoğan, 2015; Jenabi és mtsai., 2015; Hadji és mtsai., 2018; Pinkerton és mtsai., 2014; Stojanovska és mtsai., 2014; Utian és Woods; 2013.)

KORLÁTOK

Jelen tanulmánynak is megvannak a maga limitációi. Bár a közösségi portálokon próbáltam minél szélesebb rétegekhez eljuttatni a kérdőívsomagot, nem sikerült a céljaimnak megfelelő heterogén mintavételt produkálni, így a hátrányosabb szocioökonómia státusszal rendelkező csoportok alulreprezentáltak a vizsgálatban.

A másik probléma, hogy egy viszonylag alacsony elemszámú mintával dolgoztam. A klimax a legtöbb nőgyógyászati problémával egyetemben még ma is tabutémának számít, és kevés

nőben mutatkozik hajlandóság arra, hogyha csak anonim módon is, de megosszon arról információkat, miként éli meg a folyamatot. Ez alapjául szolgálhat a tesztbatteria kitöltése során fellépő szociális kíváncsisági hatásnak. Így felvetődik a kérdés, hogy mennyire tekinthetjük megbízhatónak a felvett adatokat.

A mérőeszközök közül csupán a reziliencia skála rendelkezik magyar adaptációval. A Menopauza-Specifikus Életminőséget és az Egzisztenciális Aggodalmak Kérdőívet három társammal együtt én fordítottam le. Habár mindkét kérdőív Cronbach-alfa mutatói megbízhatónak bizonyultak, fenntartásokkal kell kezelni az általuk szerzett eredményeket, mivel magyar mintán még egyik eszköz sem került validálásra.

Mivel keresztmetszeti kutatást végeztem, nem áll módomban konkrét ok-okozati összefüggéseket megállapítani a menopauza-specifikus életminőség és a többi vizsgált változó kapcsolatát illetően.

Úgy vélem, hogy egy soron következő vizsgálat – mely szem előtt tartja és korrigálja a fentebb ismertetett hiányosságokat – képes lenne arra, hogy akár messzemenőleg is konklúzióval szolgáljon a témával kapcsolatos tudományos kommunikáció számára.

KITEKINTÉS

Az általam ismertetett eredményeknek a későbbiekben vélhetően terápiás haszna lesz. Az Egyesült Államokban már két alkalommal is született olyan kezdeményezés - először Keystone jóvoltából 2014-ben, majd Khurram 2017-ben – melynek során csoportterápiás helyzetben alkalmazták a Yalom (2017) által leírt alapelveket menopauzális átmenetben járó nők támogatása céljából. Habár ekkor még nem álltak a szolgálatukra empirikus eredmények a változókorú hölgyek egzisztenciális szorongását illetően. Munkám bizonyítja, hogy az egzisztenciális pszichoterápia megfontolandó a változókorú nők esetében.

A menopauza-specifikus életminőség és az egzisztenciális szorongás további vizsgálatánál előnyös lenne kvalitatív módszereket alkalmazni. Félig strukturált pszichológia interjú segítségével pontosabb képet kaphatnánk arról, hogy milyen lehet megélni szubjektíven a klimaktériumot; továbbá milyen jellegzetességei vannak a folyamatot kísérő egzisztenciális szorongásnak.

Izgalmasnak ígérkezne jelen vizsgálatot a mesterséges úton történő menopauza vonatkozásában is elvégezni. Ezáltal képet kaphatnánk, hogy milyen pszichés sajátosságok jellemzik a természetes módon, illetve orvosi beavatkozás hatására bekövetkező folyamatot.

Felvetődött még számomra az andropauza, a férfi klimax vizsgálatának lehetősége a jelen munkámban alkalmazott szempontrendszer mentén.

ÖSSZEGZÉS

Dolgozatomban elsődlegesen a menopauza pszichológiai aspektusára szándékoztam fókuszálni. Nyugat-Európában, az Egyesült Államokban, de még a Távol-, sőt a Közel-Keleten is előszeretettel foglalkoznak a témával. Magyarországon viszont kevés ilyen jellegű tudományos munka látott napvilágot. Ennek okán megvizsgáltam magyar mintán azokat az összefüggéseket, melyek már több alkalommal is bizonyosságot nyertek a nemzetközi szakirodalomban. A statisztikai elemzések megerősítették, hogy a kedvezőbb anyagi helyzet, a magasabb iskolai végzettség, a párkapcsolattal való elégedettség, a testmozgás és a hormonterápia kedvezőbb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt. Ellenben a munkanélküli, dohányzó, rendszeresen alkoholt fogyasztó vagy szexuálisan inaktív nők rosszabbul élik meg a folyamatot.

A Jacobson-féle krízismátrix modellt alapul véve az üresfészek-szindróma szempontjából is megvizsgáltam a menopauza-specifikus életminőséget. Az eredmények értelmében a gyermekek kirepülése rosszabb menopauza-specifikus életminőséggel jár együtt.

A másik új aspektus, melyből korábban még nem vizsgálták a témát, az egzisztenciális szorongás. A számítások alátámasztották, hogy a menopauzális átmenetben járó nők erőteljesebb egzisztenciális szorongást élnek meg, mint a reprodukív életszakaszban lévő társaik, vagy az idősebb korosztály képviselői. Továbbá a menopauza-specifikus életminőség romlása, a korai menopauza és az alacsonyabb reziliencia intenzívebb egzisztenciális szorongással jár együtt. Reményeim szerint az általam ismertetett eredmények utat nyitnak a reprodukív egészségpszichológia és az egzisztenciális szorongás esetleges jövőbeli integrációjához. Munkám során számos olyan kérdés vetődött fel, melyek megválaszolásához és messzemenő következtetések levonásához további vizsgálatok szükségesek a témában.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aghvami, S. T., Bagheri, F., és Abadi, A. S.** (2013). The study and comparison of life quality identity crisis and value systems among usual and menopause women. *Advances in environmental biology*, 7(11), 3362-3370.
- Alizadeh, M., Sayyah-Melli, M., Ebrahimi, H., Shishavan, M. K., és Rahmani, F.** (2015). Social determinants and reproductive factors of the menopausal symptoms among women in Tabriz-Iran. *Social Determinants of Health*, 1(1), 2-8.
- Anderson, D. J., Chung, H.-F., Seib, C. A., Dobson, A. J., Kuh, D., Brunner, E. J., Crawford, S. L., Avis, N. E., Gold, E. B., Greendale, G. A., Mitchell, E. S., Woods, N. F., Yoshizawa, T., és Mishra, G. D.** (2020). Obesity, smoking, and risk of vasomotor menopausal symptoms: a pooled analysis of eight cohort studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(5), 478-495.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., és Thurston, R. C.** (2015). Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Internal Medicine*, 73(2), 139-149.
- Bal, M. D., és Sahin, N. H.** (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12), 1309–1316.
- Barbee, K. G., és Timmerman, G. M.** (2015). Emotional eating, nonpurge binge eating, and self-efficacy in healthy perimenopausal women. *Journal of Holistic Nursing*, 33(4), 298-307.
- Belső, N., és Rihmer, Z.** (2000) Depresszió a változókorban. *HIPPOCRATES*, 2(5), 300-303.
- Bingol, F. B., Bal, M. D., Esencan, T. Y., Abbasoglu, D. E., és Aslan, B.** (2019). The Effects of Loneliness on Menopausal Symptoms. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 9(3), 265-270.
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M. T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., és Onatra, W.** (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, 18(7), 778–785.
- Bremer, E., Jallo, N., Rodgers, B., Kinser, P., és Dautovich, N.** (2019). Anxiety in Menopause: A Distinctly Different Syndrome? *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 374–378.
- Caico, C.** (2013). Do perimenopausal and menopausal symptoms affect the marital relationship?. *Journal of Research in Nursing*, 18(3), 204-215.

- Ceylan, B., és Özerdoğan, N.** (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 12(1), 43–49.
- Chang, S. R., Yang, C. F., és Chen, K. H.** (2019). Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas*, 126, 45-50.
- Connor, K. M., és Davidson, J. R. T.** (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G., és Guidetti, G.** (2019). The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC women's health*, 19(1), 1-12.
- de Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., és Lawlor, D. A.** (2018). Experiencing menopause in the UK: the interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of Women & Aging*, 30(6), 520-540.
- DeVries, H. M., Kerrick, S., és Oetinger, M.** (2007). Satisfaction and regrets of midlife parents: A qualitative analysis. *Journal of Adult Development*, 14(1), 6-15.
- Erikson, E. H.** (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Erikson, E. H.** (2019). *A teljes életciklus*. Budapest: Animula Kiadó.
- Fallahzadeh, H.** (2010). Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Quality of Life Research*, 19(6), 813–819.
- Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., Chedraui, P., és Pérez-López, F. R.** (2012). Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. *Maturitas*, 72(1), 88–92.
- Fielder, K. V., és Kurpius, S. E. R.** (2005). Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys. *Psicologia*, 19(1-2), 87-106.
- Fletcher, A. E., Hunt, B. M., és Bulpitt, C. J.** (1987). Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *Journal of chronic diseases*, 40(6), 557-566.
- Frankl V. E.** (2005). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel Kiadó.
- Giannouli, P., Zervas, I., Armeni, E., Koundi, K., Spyropoulou, A., Alexandrou, A., Kazani, A., Areti, A., Creatsa, M., és Lambrinouadaki, I.** (2012). Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*, 71(2), 154–161.
- Glas, G.** (2001). *Angst—beleving, structuur, macht*. Amsterdam: Boom.

- Glas, G.** (2003). Anxiety: Animal reactions and the embodiment of meaning. In: B. Fulford, K. Morris, J. Z. Sadler, és G. Stanghellini (szerk.), *Nature and narrative—An introduction to the new philosophy of psychiatry* (231-249). Oxford: Oxford University Press.
- Glas, G.** (2013). Anxiety and Phobias. In: K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini, és T. Thornton (Szerk.), *Oxford Handbooks Online*. (551-573) Oxford: Oxford University Press.
- Hadji, P., Ryan, K. A., Yu, C. R., Mirkin, S., és Komm, B. S.** (2016). CE/BZA effects on bone and quality of life in European postmenopausal women: a pooled analysis. *Climacteric*, 19(5), 482-487.
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., és Menzies, R.** (2021). Existential Approaches and Cognitive Behavior Therapy: Challenges and Potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1). 209-234.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G., és Dunn, E.** (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 161–175.
- Hogervorst, E., Craig, J., és O'Donnell, E.** (2022). Cognition and mental health in menopause: A review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 69-84.
- Hunter, M. S., és Edozien, L. C.** (2017). Special Issue on biopsychosocial perspectives on the menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3), 159-160.
- Hunter, M. S. és Smith, M.** (2017) Biopsychosocial perspectives on the menopause. In: **Edozien, L. C. és O'Brien, P. M. S.** (Szerk.) *Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology* (160-168). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jacobson, G. F.** (1979). Crisis-oriented therapy. *Psychiatric Clinics*, 2(1), 39-54.
- Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., és Delavar, A.** (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & mental health*, 15(5), 630-637.
- Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S. M. M., és Roshanaei, G.** (2015). Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 30(3), 151–156.
- Jung, C. G.** (1954). The development of personality. In H. Read, M. Fordham, és G. Adler (Szerk.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 17). New York: Bollingen Foundation Inc.
- Jung, C. G.** (1955). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace and Company.

- Keystone, C.** (2014). *An existential support group for women experiencing the menopausal transition*. Saint Mary's College of California.
- Khurram, U.** (2017). *Existential and Spiritual Support Group for Women of Color in Midlife Transition*. Doktori disszertáció. Saint Mary's College of California.
- Kiss, E. Cs., Vajda, D., Káplár, M., Csókási, K., Hargitai, R., és Nagy, L.** (2015). A 25-ítemes Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) magyar adaptációja. *Mentálhigiéne És Pszichoszomatika*, 16(1), 93–113.
- Larroy, C., Marin Martin, C., Lopez-Picado, A., és Fernandez Arias, I.** (2020). The impact of perimenopausal symptomatology, sociodemographic status and knowledge of menopause on women's quality of life. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(4), 1061-1068.
- László, Á., és Jakab, A.** (2021). *Menopauzális medicina*. Budapest: Oriold és Társai.
- Lee, M. S., Kim, J. H., Park, M. S., Yang, J., Ko, Y. H., Ko, S. D., és Joe, S. H.** (2010). Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *Journal of Korean medical science*, 25(5), 758-765.
- Levinson, D. J.** (1996). *The seasons of a woman's life*. New York: Ballantine Books
- May, R.** (1950). *The meaning of anxiety*. New York: W.W. Norton.
- McAndrew, L. M., Napolitano, M. A., Albrecht, A., Farrell, N. C., Marcus, B. H., és Whiteley, J. A.** (2009). When, why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. *Maturitas*, 64(2), 119-125.
- Ornat, L., Martínez-Dearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., és Pérez-López, F. R.** (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75(3), 261–269.
- Ozcan, H., Savci, H., Canik, M., Ayan, M., és Bas, C. F.** (2022). Comparison of the relationship between menopausal symptoms and loneliness and anger. *Perspectives in Psychiatric Care*. 58(4) 1900-1906.
- Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., és Villaseca, P.** (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13(5), 419-428.
- Pinkerton, J. V., Pan, K., Abraham, L., Racketa, J., Ryan, K. A., Chines, A. A., és Mirkin, S.** (2014). Sleep parameters and health-related quality of life with bazedoxifene/conjugated estrogens: a randomized trial. *Menopause*, 21(3), 252-259.
- Raup, J. és Myers, J. E.** (1989). The empty nest syndrome: Myth or reality? *Journal of Counseling and Development*, 68(2) 180-183

- Reece, S. M., és Harkless, G. E.** (2006). Perimenopausal health self-efficacy among Hispanic Caribbean and non-Hispanic white women. *Health care for women international*, 27(3), 223-237.
- Roesch, A. K., Warren, A., és Hill, E.** (2021). The relationship between menopause and marital satisfaction in adult women. *Journal of Graduate Education Research*, 2(1), 47-60.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., és Spottswood, D.** (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies*, 31(6), 549-561.
- Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., és Vignozzi, L.** (2019). Sexual Health in Menopause. *Medicina*, 55(9), 559-577.
- Smith-DiJulio, K., Woods, N. F., és Mitchell, E. S.** (2008). Well-being during the menopausal transition and early postmenopause: a within-stage analysis. *Women's Health Issues*, 18(4), 310-318.
- Soares, C. N.** (2017). Depression and Menopause. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 239–254.
- Som, N., és Ray, S.** (2012). Menopause-specific quality of life of urban women in West Bengal, India. *Menopause International*, 18(3), 99-105.
- Stojanovska, L., Apostolopoulos, V., Polman, R., és Borkoles, E.** (2014). To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas*, 77(4), 318–323.
- Süss, H., és Ehlert, U.** (2019). Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*, 131, 48–56.
- Szita B.** (2012) A menopauza egészségpszichológiája. In: Urbán, R., Demetrovics, Zs., és Rigó A. (Szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása* (125-150). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Szita, B.** (2015) A menopauza biológiai és pszichoszociális jellemzői. In: Pápay, N. és Rigó, A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (133-157). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Tillich, P.** (1952). *The courage to be*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Utian, W. H.** (1999). The International Menopause menopause-related terminology definitions. *Climacteric*, 2(4), 284-286.
- Utian, W. H., és Woods, N. F.** (2013). Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause*, 20(10), 1098–1105.
- van Bruggen, V., ten Klooster, P., Westerhof, G., Vos, J., de Kleine, E., Bohlmeijer, E., és Glas, G.** (2017). The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1692–1703.

- van Bruggen, V., Vos, J., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., és Glas, G.** (2014). Systematic Review of Existential Anxiety Instruments. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 173–201.
- Whiteley, J., DiBonaventura, M. D., Wagner, J. S., Alvir, J., és Shah, S.** (2013). The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. *Journal of women's health*, 22(11), 983-990.
- Woods, N. F.** (2010). Menopause, symptoms, and quality of life: time for a theoretical framework. *Menopause*, 17(5), 892-893.
- Yalom, I. D.** (2017) *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Park Könyvkiadó.