

A menstruációs fájdalom megélését befolyásoló pszichológiai tényezők – a fájdalomkatasztrofizálás szerepe

Nyitrai Erika dr.¹ ■ Takács Szabolcs dr.²

¹Károli Gáspár Református Egyetem, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Budapest

²Károli Gáspár Református Egyetem, Általános Lélektani és Módszertani Tanszék, Budapest

Bevezetés: A menstruációs fájdalom kutatása az érintettek számának, a szenvedéssel töltött idő mértékének és a következményeknek az ismeretében hiányzik a szakirodalomból.

Célkitűzés: A fájdalomkatasztrofizálás szerepét vizsgáltuk a menstruációs fájdalom szubjektív mértékének, gyakoriságának, mindennapi tevékenységet korlátozó voltának megélésében.

Módszer: Vizsgálatunkban személyes tesztfelvétel során gyűjtöttünk adatokat mintegy 1000 már és még menstruáló, egészséges, túlnyomórészt felső- és középfokú végzettséggel rendelkező, túlnyomórészt nagyvárosban, többségében párkapcsolatban élő, saját megélése szerint kitűnő vagy jó egészségi állapotnak örvendő, többségében hormonális fogamzásgátló eszközzel nem élő, túlnyomórészt rendszeres menstruációs ciklussal rendelkező, 18 és 51 év közötti nőtől, 2016 és 2018 között. A menstruációs fájdalom mértékének, gyakoriságának és mindennapi tevékenységet befolyásoló voltának mérésére egy-egy nyitott kérdést, a fájdalomkatasztrofizálás mérésére a *Sullivan és mtsai* által kidolgozott Fájdalomkatasztrofizálási Kérdőívet használtuk.

Eredmények: Saját mintánkon azt találtuk, hogy minél inkább „hajlamos” a vizsgálati személy a fájdalomkatasztrofizálásra, annál erősebb menstruációs fájdalomról számol be, annál gyakrabban él meg menstruációs fájdalmat, és mondja azt, hogy a fájdalom korlátozza mindennapi tevékenységét.

Következtetés: Az eredmények rámutattak, hogy érdemes a menstruációs fájdalom mértékét befolyásoló tényezők közül a személyiségjellemzőket is vizsgálat tárgyává tenni, az eredmények beépíthetők a diagnosztikai és terápiás munkába.

Orv Hetil. 2023; 164(37): 1469–1475.

Kulcsszavak: menstruációs fájdalom, fájdalomkatasztrofizálás

Psychological factors influencing the experience of menstrual pain – the role of pain catastrophizing

Introduction: Research on menstrual pain is lacking in the literature in terms of the number of people affected, the amount of time spent suffering, and the consequences.

Objective: We examined the role of pain catastrophizing in experiencing the subjective extent and frequency of menstrual pain and its perception as a limitation to daily activities.

Method: In our study, during personal tests between 2015 and 2018, we collected data from around 1000 healthy women aged 18 to 51 years, predominantly with secondary and higher education, already and still menstruating, mostly living in a large city, mainly in a relationship, perceiving themselves to be in excellent or good health, predominantly not using hormonal contraceptives, mostly having a regular menstrual cycle. We used an open-ended question to measure the extent, frequency, and impact on daily activities of menstrual pain, and used the Pain Catastrophizing Questionnaire.

Results: In our own sample, we found that the more the subject “tends” to report pain catastrophizing, the stronger is the menstrual pain she reports, the more often she experiences menstrual pain and says that the pain limits her daily activities.

Conclusion: The results showed that it is worth examining the personality characteristics among the factors influencing the extent of menstrual pain; the results can be incorporated into diagnostic and therapeutic work.

Keywords: menstrual pain, pain catastrophizing

Nyitrai E, Takács Sz. [Psychological factors influencing the experience of menstrual pain – the role of pain catastrophizing]. Orv Hetil. 2023; 164(37): 1469–1475.

(Beérkezett: 2023. május 23.; elfogadva: 2023. június 26.)

A menstruációhoz minden emberi társadalomban sajátosságok hiedelmek és értékek társulnak [1, 2]. Bár ezeket a népi hiedelmeket és babonákat a nyugati társadalmakban mára már felváltotta a reproduktív fiziológia tudományos felfogása, a menstruációval mint természetes reprodukciós folyamattal kapcsolatos tabu és sztereotípiák továbbra is jelen van. Sokan tartják negatív eseménynek a menstruációt, és vélik úgy, hogy a premenstruáció és a menstruáció kellemetlen időszak a nők számára [3–6]. Mindeközben gyűlnek a kutatási eredmények arról is, hogy sok nő pozitívnak éli meg a menstruációs ciklushoz kapcsolódó változásokat, s ha megélik is negatív tapasztalatokat, azokat nem tartják betegségnek [7–9]. Mára a menstruációt az orvostudomány is kifejezetten pszichés elemekkel bíró élettani folyamatként tartja számon, a kutatók mégis kihagyják a kutatásokból a menstruáció, a normális menstruáció tárgyalását, és csak a diszfunkcionális állapotokkal – fájdalmas menstruációval – foglalkoznak [10–12].

A fájdalmas menstruáció

A szakirodalomban az elsődleges dysmenorrhoeát az alhasban érzett fájdalmas, görcsös szorításként írják le, amely közvetlenül a menstruáció előtt vagy a vérzés megjelenésével egyidejűleg jelentkezik [13, 14], és 1–3 napig tart [15, 16]. Az éles, időszakos, görcsös fájdalom három fokozatát különítik el: gyenge, ha nem befolyásolja a mindennapi tevékenységet; közepes, ha kicsit befolyásolja a mindennapi tevékenységet; és súlyos, ha megakadályozza a napi aktivitást [17]. A fájdalom kisugározhat a hátra és a combokra [18]. Mindezek mellett a fájdalmat gyakran kísérik olyan tünetek, mint émelygés, hányás, hasmenés, puffadás, fáradtság, álmatlanság és hangulatváltozások, melyek legkésőbb három napon belül elmúlnak [15]. Ez a fájdalom minden egyéb észrevehető makroszkopikus kismencedei patológia hiányában [15, 19] fordul elő. A menstruációs fájdalom az ovulációhoz köthető, ezért a reproduktív rendszer teljes érettségekor, az első menstruáció után 2–4 évvel jelenik meg azokban a hónapokban, amikor peteérés történik. Előfordulási gyakorisága a reproduktív korú nők körében 50–90% [13], serdülők között 40–50% [20, 21]. Az életkor előrehaladtával és szülés után csökken/eltűnik, a 40 éves korosztálynál gyakorlatilag már nincs jelen [22]. A leggyakrabban a 20–24 éveseket érinti [15, 20]. Ez a leggyakoribb kismencedei fájdalom [14].

A másodlagos dysmenorrhoea egy másik betegségből – például endometriosis, myomák, kismencedei gyulladásos betegségek, méhúri idegen test/spirál stb. – származtatható [18, 20]. A fájdalom időzítése és intenzitása folytonos vagy diffúz lehet, és nem kapcsolódik szükség-szerűen a menseszhez [15, 18]. Gyakran alakul ki több mint két évvel a menarche után. A leggyakrabban a 30–40 éves korosztályban fordul elő [20]. Más nőgyógyászati tünetek – például közti vagy túl erős vérzés – is kísé-

rhetik. A felnőtt nők 10%-a érintett. Ritkábban fordul elő serdülőknél [23].

A dysmenorrhoea előfordulása országonként nagy változatosságot mutat (20–90%) [22]. Mindkét diagnózishoz alapos klinikai interjú – a menarche ideje, a menstruációs ciklus hossza, a vérzéses napok száma, családi történet stb. – és fizikai vizsgálat kell.

A fájdalmas menstruáció rizikó- és befolyásoló tényezői

Számos vizsgálat foglalkozott a fájdalmas menstruáció rizikótényezőivel, mint a korai menarche, a gyermektelenség, családban elsőfokú nőrokon érintettsége, a dohányzás, az elhízás, a fizikai aktivitás, a stressz, negatív életesemények [24–31] hatásaival. Egyre több ismeretünk van a menstruációs fájdalom mértékét befolyásoló tényezőkről is. Erősebb menstruációs fájdalomról számoltak be a krónikus fájdalommal, a szabálytalan ciklussal, erős vérzéssel rendelkező nők, illetve azok, akik egyetértenek azzal, hogy a menstruáció gyengítő, és akik szerint megjósolható esemény [32–35]. Arról is olvashatunk, hogy bár a panaszok jelentősen rontják az életminőséget, a nők ritkán fordulnak vele orvoshoz, vagy ha elmennek is, ritkán beszélnek orvosuknak a tünetekről [36–38], nehézségeiket még egymással sem vagy csak krízishelyzetben osztják meg [34]. Ennek kapcsán érdekesek a menstruációs fájdalom mértékét befolyásoló tényezők közül a személyiségjellemzők, melyek közül vizsgálták már a neuroticizmust, a szorongásérzékenységet, a magasabb fájdalomküszöböt és a fájdalomkatasztrofizálás jelenségét [39–44]. Ez utóbbit tettük mi is vizsgálatunk tárgyává.

Fájdalomkatasztrofizálás és menstruációs fájdalom

A katasztrofizálás olyan eltúlzott „mentális szett”, amelyet a személy aktuális vagy anticipált fájdalom esetén aktivál és tart fenn. Három komponense a ruminatio (a fájdalommal kapcsolatos gondolatokra való fokozott figyelmi fókusz), a felnagyítás (a fájdalmas inger fenyegető voltának eltúlzása) és a tehetetlenség (a fájdalommal való megküzdésre vonatkozó tehetetlenség) [43].

A fájdalomkatasztrofizálás mértéke a kutatások szerint változik a ciklus alatt, a legnagyobb értékeket az első napon mutatta, azután csökkent [44–47]. Dysmenorrhoeás nőknél nagyobb csökkenést találtak a fájdalomkatasztrofizálás mértékében a 12. és a 20. napon a sine morbo csoporthoz képest. Emellett a korábban gyermeket szült nőknél a fájdalomkatasztrofizálás pontszámai kisebbek voltak a ciklus minden általuk vizsgált napján, mint azoknál a nőknél, akik még nem szültek [44]. A bemutatott kutatások többsége a fájdalmas menstruációra – diagnózis! – vonatkozott.

Walsh és mtsai egy átfogó tanulmányukban 17 és 36 év közötti (93 fő, menstruációs betegséggel nem rendelkező), rendszeres menstruációs ciklussal jellemezhető nőkkel töltették ki kérdőívcsomagjukat, és fájdalomnaplót vezetésekre kérték őket. A kutatási személyeket a medián mentén a nagyon és a kevésbé fájdalomkatasztrofizálók csoportjába osztották. Eredményeik szerint a fájdalomkatasztrofizálók nagyobb fájdalomintenzitásról számolnak be. A fájdalomkatasztrofizálók a menstruációs fájdalomintenzitástól függetlenül a menstruációs fájdalom erősebb zavaró hatásáról számoltak be feladataik és kötelességeik elvégzésében, több időt töltöttek ágyban vagy pihenéssel. A fokozottan és kevésbé fájdalomkatasztrofizálók csoportjai között az elmulasztott órák számát vagy a társas tevékenységek akadályozottságát illetően nem találtak különbséget [42].

Módszer

Saját kutatásunkban a fájdalomkatasztrofizálás szerepét vizsgáltuk a menstruációs fájdalom szubjektív mértékének, gyakoriságának, mindennapi tevékenységet korlátozó voltának megélésében. Azt feltételeztük, hogy minél inkább „hajlamosak” a vizsgálati személyek a fájdalomkatasztrofizálásra, annál erősebb menstruációs fájdalomról számolnak be, annál gyakrabban élnek meg menstruációs fájdalmat, és mondják azt, hogy a fájdalom korlátozza mindennapi tevékenységüket.

A tanulmány a Károli Gáspár Református Egyetem Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszéken folyó, „A menstruáció pszichés vonatkozásai” (a kutatási engedély száma: 333/2016/P és 333/2016/2/P) című, 2016 őszétől szisztematikusan zajló kutatómunka során gyűjtött adatokból készült.

Vizsgálatunkban személyes tesztfelvétel során gyűjtöttünk adatokat (több mint 900) már és még menstruáló, egészséges, túlnyomórészt felső- (50%) és középfokú (többnyire egyetemista, 36%), túlnyomórészt nagyvárosban (a minta 48%-a budapesti, 16%-a megyeszékhelyen élő), többségében párkapcsolatban élő (63%), saját megélése szerint kitűnő (25%) vagy jó (46%) egészségi állapotnak örvendő, többségében hormonális fogamzásgátló eszközzel nem élő (86%), túlnyomórészt rendszeres menstruációs ciklussal rendelkező (68% rendszeres, 20% nagyjából rendszeres), 18 és 51 év közötti (átlagéletkor 33,2 év; szórás = 11,53 év) nőtől, 2016 és 2018 között.

A szociodemográfiai adatok (lakóhely, végzettség, gyerekek száma) mellett rákérdeztünk az egészségi állapot szubjektív megélésére, krónikus betegség jelenlétére, a menarche idejére, a menstruációs ciklus szabályosságára, a hormonális fogamzásgátló (eszközök) használatára.

A menstruációs fájdalom mérésére nyitott kérdést használtunk: „Kérjük, jelölje be egy 1–10-ig tartó skálán, hogy mennyire fáj Önnek a menstruációja.” (1 = egyáltalán nem, 10 = elviselhetetlenül nagyon.)

A menstruációs fájdalom gyakoriságát feleletválasztós kérdéssel mértük: „Milyen gyakran jelentkezik Önél

fájdalom az egyes menstruációs alkalmakat tekintve?” Négy válaszlehetőséget adtunk meg: 1 = mindig, 2 = gyakran, 3 = ritkán, 4 = soha.

A menstruáció mindennapi tevékenységet befolyásoló voltát is feleletválasztós kérdéssel mértük: „Mennyire befolyásolja a menstruáció a mindennapi tevékenységeit?” A megadott válaszlehetőségek: 1 = erőteljesen, 2 = kissé, 3 = egyáltalán nem.

A fájdalomkatasztrofizálás mérésére a Sullivan és mtsai által kidolgozott Fájdalomkatasztrofizálási Kérdőívet (magyar változat: Kökönyei Gy. Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban, 2008) használtuk. A kérdőív három alskálája: Ruminatio, Felnagyítás és Tehetetlenség. A 13 tételre ötfokozatú skálán lehetett válaszolni (0 = egyáltalán nem jellemző, 1 = kismértékben jellemző, 2 = közepes mértékben jellemző, 3 = nagymértékben jellemző, 4 = teljes mértékben, mindig jellemző). A fájdalomkatasztrofizálás összpontszáma így 0–52 között lehet, ahol a nagyobb pontok fájdalomkatasztrofizálást jeleznek [45].

Vizsgálatainkat IBM SPSS 26.0[®] (IBM Corporation, Armonk, NY, USA), ROPstat[®] és JASP[®] programok segítségével végeztük. A leíró statisztikák után a Fájdalomkatasztrofizálási Kérdőívet JASP[®] programcsomagban megerősítő faktorelemzés alá vetettük, és ellenőriztük a 3 alfaktor meglétét. Vizsgáltuk azt is, hogy e faktorstruktúra a különböző mintavételek során azonos elrendeződést mutat-e (a MISFIT-mutatók minden változó esetében 0,2-es érték alatt maradtak). A faktorstruktúra megerősítése után a Cronbach-alfa-értékeket vizsgáltuk meg skálánként – minden esetben elérte/meghaladta a minimálisan elvárható 0,7-es értéket.

Ezután a fájdalomkatasztrofizálás és a menstruációs fájdalom szubjektív mértékének, gyakoriságának, mindennapi tevékenységet korlátozó voltának korrelációit vizsgáltuk. Az összehasonlítások és a korrelációk vizsgálata során nem a szignifikanciát vettük alapul, ugyanis a nagy minta miatt az összehasonlítások és a korrelációk szinte minden változópár esetében szignifikáns eltérést mutattak. A szignifikanciák mellett minden esetben hatásmértéket számítottunk – a korrelációk esetében így kizárólag a 0,3-as abszolút értéknél nagyobb korrelációkat tekintettük elfogadhatónak, szakmailag értelmezhetőnek, illetve két csoport összehasonlításakor a Cohen-féle hatásmértéket vettük alapul (szintén 0,3-as abszolút érték feletti értékek mellett döntve). A varianciaanalízis esetében éta-négyzet, ómega-négyzet és parciális éta-négyzetek (magyarozott varianciarányadok) vizsgálatát végeztük el a szignifikanciák mellett, minden esetben legalább 0,1-es (tehát legalább 10%-os) magyarázó erőt elvárva.

Eredmények

A Fájdalomkatasztrofizálási Kérdőív esetében a faktorstruktúrát (3 faktoros modell) megerősítő faktorelemzés segítségével ellenőriztük. A faktorstruktúrára vonatkozó

1. táblázat | A fájdalomkatasztrófizálásnak és a fájdalom szubjektív mértékének összefüggései

| | | | A fájdalom szubjektív mértéke | | | Összes |
|--------------------------|----------------|------------------|-------------------------------|---------|----------|--------|
| | | | Nincs | Közepes | Jelentős | |
| Fájdalomkatasztrófizálás | Alacsony szint | Elemszám | 155 | 311 | 78 | 544 |
| | | Reziduális érték | 2,9 | 1,7 | -5,2 | |
| | Közepes szint | Elemszám | 52 | 147 | 73 | 272 |
| | | Reziduális érték | -2,7 | -0,3 | 3,4 | |
| | Magas szint | Elemszám | 20 | 39 | 30 | 89 |
| | | Reziduális érték | -0,6 | -2,2 | 3,4 | |
| Összes | | | 227 | 497 | 181 | 905 |

statisztikai paraméterek (RMSEA = 0,1, SRMR = 0,049, GFI = 0,956, CFI = 0,915, TLI = 0,892) (a paraméterek jelentéseit lásd Kökönyi Gy. munkájában) mind azt mutatták, hogy a faktorstruktúra elfogadható módon az, amit a szerzők javasolnak. Ellenőriztük azt is, hogy a 3 év (2016 és 2018) felmérési adatai alapján kimutatható-e a tételek közül jelentősebb mértékben eltérő, de minden tétel MISFIT-értéke 0,2-es értéket nem meghaladó volt, tehát a mintánkénti elrendezés is stabilnak mutatkozott.

Ezek után ellenőriztük, hogy a kérdőív kérdései az alábbi struktúrába rendezve, skálánként megfelelő megbízhatósági mutatókkal rendelkeznek-e (Ruminatio: Cronbach-alfa = 0,868; Felnagyítás: Cronbach-alfa = 0,745; Tehetetlenség: Cronbach-alfa = 0,871).

A megerősítő faktorelemzés és a reliabilitás ellenőrzése után a faktorstruktúrát elfogadhatónak vettük, a 3 alfaktor egyenkénti vizsgálatát végeztük el a továbbiakban.

A fájdalom szubjektív mértéke esetében az átlagos érték 4,72 pont volt (szórás = 2,658). A megkérdezettek közül 227-en jelezték, hogy nincsenek fájdalmaik (1–2 pontot adók), 497-en közepes (3–7 pontot adók), míg 181-en jelentős fájdalmakat jeleztek (8–10 pontot adók). A kérdésre 19-en nem válaszoltak.

A fájdalom egyes menstruációs alkalmakkor való jelentkezése kapcsán 263 nő mondta, hogy mindig, 270, hogy gyakran, 318, hogy ritkán, és 70, hogy soha nincs fájdalma. A kérdésre 8-an nem nyilatkoztak.

Arra a kérdésre, hogy mennyire befolyásolja a menstruáció a mindennapi tevékenységüket, 202 nő válaszolta, hogy erőteljesen, 252 nő mondta, hogy kissé, illetve 112-en nyilatkoztak úgy, hogy egyáltalán nem. (A harmadik csoportnak nem tettük fel ezt a kérdést.)

A Fájdalomkatasztrófizálási Kérdőívben elért pontok átlagai a következőképpen alakultak: a Ruminatio esetében 2,5758 pont (szórás = 1,0697), a Felnagyítás esetében 1,4241 pont (szórás = 0,9746); a Tehetetlenség esetében 1,6384 pont (szórás = 0,9119). Az összpontszám esetében az átlagos érték ennek megfelelően 1,88 pont (szórás = 0,864) volt.

A fájdalomkatasztrófizálás és a szubjektív megélt fájdalom szignifikáns összefüggést mutatott ($\chi^2(4) = 32,598$, $p < 0,001$, Cramér $V = 0,134$), a kontingencia-együttható alapján azonban a korreláció erőssége nem

érte el a közepes szintet (0,3), tehát nem tudunk érdemi összefüggéseket kimutatni. További elemzés céljából a Fájdalomkatasztrófizálási Kérdőívben jelzett pontok (azok jelentése) alapján válaszadóinkat két csoportba soroltuk. Nem fájdalomkatasztrófizálóknak definiáltuk azokat, akik 0–2 pontot adtak a kérdőív válaszaiban, és fájdalomkatasztrófizálóknak definiáltuk azokat, akik 3–4 pontot adtak.

Ugyanígy a további elemzés céljából a fájdalom szubjektív mértéke mentén is csoportokat alakítottunk ki: azokat, akik 1–2 pontot adtak, a kis, akik 3–7 pontot, a közepes, akik 8–10 pontot, a nagy szubjektív fájdalomról beszámolók (röviden kis, közepes, nagy) csoportjába soroltuk. A fenti besorolások alapján a további elemzések során kapott eredmények az 1. táblázatban láthatók.

A fájdalomkatasztrófizálás és a fájdalom gyakorisága szignifikáns korrelációt mutatott ($\chi^2(2) = 13,448$, $p < 0,001$, Cramér $V = 0,121$), a kontingencia-együttható alapján azonban a korreláció erőssége itt sem érte el a közepes szintet (0,3), tehát nem tudunk érdemi összefüggéseket kimutatni. További elemzés céljából a fajda-

2. táblázat | A fájdalomkatasztrófizálásnak és a fájdalom gyakoriságának összefüggései

| | | | A fájdalom gyakorisága | | Összes |
|--------------------------|----------------|------------------|------------------------|------|--------|
| | | | Mindig/ gyakran | Soha | |
| Fájdalomkatasztrófizálás | Alacsony szint | Elemszám | 292 | 257 | 544 |
| | | Reziduális érték | -3,5 | 3,5 | |
| | Közepes szint | Elemszám | 182 | 92 | 272 |
| | | Reziduális érték | 3,4 | -3,4 | |
| | Magas szint | Elemszám | 54 | 35 | 89 |
| | | Reziduális érték | 0,6 | -0,6 | |
| Összes | | | 528 | 384 | 912 |

3. táblázat | A fájdalomkatasztrofizálásnak és a fájdalom mindennapi tevékenységet befolyásoló voltának összefüggései

| | | | A fájdalom mindennapi tevékenységet befolyásoló mértéke | | | Összes |
|--------------------------|----------------|------------------|---|-------|----------------|--------|
| | | | Erőteljesen | Kissé | Egyáltalán nem | |
| Fájdalomkatasztrofizálás | Alacsony szint | Elemszám | 96 | 170 | 65 | 331 |
| | | Reziduális érték | -4,1 | 4 | -0,1 | |
| | Közepes szint | Elemszám | 81 | 62 | 31 | 174 |
| | | Reziduális érték | -3,5 | -2,8 | -0,8 | |
| | Magas szint | Elemszám | 25 | 18 | 15 | 58 |
| | | Reziduális érték | 1,2 | -2,2 | 1,2 | |
| Összes | | | 202 | 250 | 111 | 563 |

lom gyakoriságára adott válasz alapján a mintát két csoportba soroltuk. Mindig/gyakran csoportba soroltuk azokat, akik 1–2 pontot adtak, illetve ritkán/soha csoportba azokat, akik 3–4 pontot adtak. A fenti besorolások alapján a további elemzések során kapott eredmények a 2. táblázatban láthatók.

A fájdalomkatasztrofizálás és a fájdalom mindennapi tevékenységet befolyásoló voltának mértéke szignifikáns, de gyenge korrelációt mutatott ($\chi^2(4) = 21,116$, $p < 0,001$, Cramér $V = 0,137$). A menstruáció mindennapi tevékenységeket befolyásoló volta alapján itt is csoportokat hoztunk létre – erőteljesen, kissé és egyáltalán nem – a válaszkategóriák mentén, és tovább vizsgáltuk a csoportokat. Az eredmények a 3. táblázatban láthatók.

Megbeszélés, következtetés

Az általunk megkérdezett nők 20%-a jelezte, hogy szubjektív megélése szerint jelentős, 47%-uk, hogy közepesen erős menstruációs fájdalmak vannak, és a mintából 24,4% jelezte, hogy nincsenek fájdalmak. Saját mintánkon azt találtuk, hogy a megkérdezett nők 28,3%-a él át mindig, 29%-a gyakran, vagyis összességében a megkérdezettek 57,3%-a él át menstruációs fájdalmat az egyes menstruációs alkalmakkor. Ha azokat is idesoroljuk, akik azt válaszolták, hogy ritkán (34%), akkor mintánkon a nők 91%-a tapasztal fájdalmat a menstruáció idején. A megkérdezetteknek csupán a 0,07%-a (!) válaszolta, hogy soha nincs menstruációs fájdalma. Adataink hasonlóak a korábbi kutatásokban találtakhoz [13, 15, 20, 21, 25, 38]. A fájdalom mindennapi tevékenységet korlátozó voltára vonatkozó kérdésre a megkérdezettek 38%-a válaszolta, hogy erőteljesen, 45%-a, hogy kissé befolyásolja a menstruáció a mindennapi tevékenységüket, és 20% válaszolta, hogy a menstruációja nincs ilyen hatással.

Eredményeink elgondolkodtatók annak fényében, hogy egyik megkérdezettünk sem diagnosztizált dysmenorrhoeás beteg, és a mintában szereplőknek csak a 16%-a válaszolta, hogy egészségi állapotát szubjektíve rossznak éli meg.

Annak érdekében, hogy jobban megértsük a menstruációs fájdalom pszichés vonatkozásait, a jelen tanulmányban a fájdalomkatasztrofizálás szerepét vettük górcső alá. Azt vizsgáltuk, hogy a fájdalomkatasztrofizálás együtt jár-e a menstruációs fájdalom szubjektív mértékével, gyakoriságával, mindennapi tevékenységet korlátozó voltával.

Korábbi kutatás szerint [42] a fájdalomkatasztrofizálók nagyobb intenzitású fájdalomról számolnak be, mint a kis pontszámot elérő csoportba tartozók. A menstruációs fájdalom intenzitásától függetlenül, a fájdalomkatasztrofizálók a menstruációs fájdalom erősebb zavaró hatásáról számoltak be feladataik és kötelességeik elvégzésében, mint a nem fájdalomkatasztrofizálók. A saját mintánkon kapott eredmények tükrében mi ebben kritikusabban és árnyaltabban fogalmazzunk. Ha csak az összefüggések szignifikanciaszintjeit nézzük, mi is korrelációt találtunk a fájdalomkatasztrofizálás és a szubjektíve megélt fájdalom között, a kontingencia-együttható alapján azonban nem elég erős az összefüggés magyarázó ereje. Saját mintánkon egy alcsoportban van érdemi magyarázó ereje ennek az összefüggésnek. Azt találtuk, hogy akik jelentős mértékű fájdalomról számolnak be, azoknál a katasztrofizálás mértéke is nagyobb volt, illetve a nagyobb fájdalomkatasztrofizálási értéket mutató vizsgálati alanyok jellemzően magasabb szintű fájdalomról számoltak be.

Hasonlóan, a fájdalomkatasztrofizálás és a fájdalom megélt gyakorisága is szignifikáns összefüggést mutatott, a kontingencia-együttható alapján azonban a korreláció erőssége itt sem érte el a közepes szintet, tehát itt sem tudtunk érdemi összefüggéseket kimutatni. Csoportokat képezve azonban azt találtuk, hogy azoknál a nőknél, akiknek a fájdalomkatasztrofizálási szintje alacsony, lényegesen kisebb arányban jelentkeznek gyakori rendszerességgel menstruációs fájdalmak, és viszont, tehát akik ritkábban tapasztalnak ilyen, a fájdalomkatasztrofizálási szintjük is alacsony szinten mozog.

Az általunk vizsgált mintán a fájdalomkatasztrofizálás és a fájdalom mindennapi tevékenységet befolyásoló voltának mértéke szignifikáns, de gyenge korrelációt mutató

tott. Tehát akik arról számoltak be, hogy alacsony szintű katasztrofizálással rendelkeznek, esetükben az „erőteljesen befolyásoló” válasz igen kis gyakorisággal jelenik meg válaszként, illetve a közepes szint esetében mutatható ki nagyobb arányú „erőteljes” válasz.

Fontos arra is kitérnünk, hogy az ok-okozati viszony a fájdalomkatasztrofizálás és a menstruációs fájdalom intenzitása, gyakorisága, korlátozó volta között tisztázatlan. Lehetséges, hogy a nagyobb mértékű fájdalomkatasztrofizálás nagyobb észlelt fájdalomintenzitáshoz vezet, de a fordítottja is igaz lehet: a nagyobb fájdalomintenzitás is vezethet nagyobb fájdalomkatasztrofizáláshoz.

Eredményeink felvetik annak fontosságát és jogosultságát is, hogy releváns ismeretekért érdemes a kutatást kiterjeszteni diagnosztizált dysmenorrhoeás személyekre.

Eredményeink rávilágítanak annak a kutatómódszer-tani kérdésnek a fontosságára is, hogy a magyarázó erőket is figyelembe vegyük az eredmények értelmezésekor.

Anyagi támogatás: A szerzők anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: Ny. E.: A kérdőívcsomag összeállítás, az adatgyűjtés lebonyolítása, az adatok rögzítése, ellenőrzése, elméleti összefoglaló, az eredmények megbeszélése. T. Sz.: Statisztikai feldolgozás, az eredmények értelmezése. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolatos érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a Károli Gáspár Református Egyetem Személyiséglélektan műhelymunka kurzus hallgatóinak az adatgyűjtésben nyújtott munkát.

Irodalom

- [1] Delaney J, Lupton MJ, Toth E. The curse. A cultural history of menstruation. University of Illinois Press, Champaign, IL, 1988.
- [2] Kovácsné Török Zs, Szeverényi P. Individual and social beliefs about menstruation. [Egyéni és társadalmi vélekedések a menstruációról.] *Lege Artis Med.* 2006; 16: 806–809. [Hungarian]
- [3] Brooks-Gunn, J, Ruble DN. The development of menstrual-related beliefs and behaviours during early adolescence. *Child Dev.* 1982; 53: 1567–1577.
- [4] Ericksen KP. Menstrual symptoms and menstrual beliefs. National and cross-national patterns. In: Ginsburg BE, Carter BF. (eds.) *Premenstrual syndrome.* Springer, Boston, MA, 1987; pp. 175–187.
- [5] Johnston-Robledo I, Stubbs ML. Positioning periods. Menstruation in social context: an introduction to a special issue. *Sex Roles* 2013; 68: 1–8.
- [6] Chrisler JC. The menstrual cycle in a biopsychosocial context. In: Denmark FL, Paludi M A. (eds.) *Psychology of women: a handbook of issues and theories,* Praeger, Westport, CT, 2008; pp. 400–439.
- [7] Chrisler JC, Johnston IK, Champagne NM, et al. Menstrual joy. The construct and its consequences. *Psychol Women Q.* 1994; 18: 375–387.
- [8] King M, Ussher JM. It's not all bad: Women's construction and lived experience of positive premenstrual change. *Fem Psychol.* 2013; 23: 399–417.
- [9] Nyitrai E, Takács Sz. A comparative study of menstrual attitudes in adult women and men. [Felnőtt nők és férfiak menstruációs attitűdjének összehasonlító vizsgálata.] *Psychol Hung Caroliensis* 2019; 7(1): 45–63. [Hungarian]
- [10] Szigeti FJ, Konkoly-Thege B, Lőrincz J. On the psychosocial aspects of female reproductive health. [A női reprodukció egészség pszichoszociális vetületeiről.] *Orvosképzés* 2014; 89: 406–414. [Hungarian]
- [11] Pápay N, Rigó A. Reproductive health psychology. [Reprodukció egészségpszichológia.] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015. [Hungarian]
- [12] C. Molnár E, Füredi J, Papp Z. (eds.) *Obstetrics and gynecology psychology and psychiatry.* [Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [13] Smith RP, Kaunitz AM, Barbieri RL, et al. Treatment of primary dysmenorrhea in adult women 2014. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/primary-dysmenorrhea-in-adult-women-clinical-features-and-diagnosis> [accessed: July 5, 2019].
- [14] Bernardi M, Lazzeri L, Perelli F, et al. Dysmenorrhea and related disorders. *F1000Res.* 2017; 6: 1645.
- [15] Iacovides S, Baker FC, Avidon I, et al. Women with dysmenorrhea are hypersensitive to experimental deep muscle pain across the menstrual cycle. *J Pain* 2013; 14: 1066–1076.
- [16] Maybin JA, Critchley HO. Menstrual physiology: implications for endometrial pathology and beyond. *Hum Reprod Update* 2015; 21: 748–761.
- [17] Latthe P, Latthe M, Say L, et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006; 6: 177.
- [18] Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *Br Med J.* 2006; 332: 1134–1138.
- [19] Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 428–441.
- [20] Mavrelou D, Saridogan E. Treatment options for primary and secondary dysmenorrhoea. *Prescriber* 2017; 28: 18–25.
- [21] Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhea. *Prim Care* 2009; 36: 19–32.
- [22] De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Biomed.* 2016; 87: 233–246.
- [23] Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhoea. *Am Fam Physician* 2014; 89: 341–346.
- [24] Holmlund, U. The experience of dysmenorrhoea and its relationship to personality variables. *Acta Psychiatr Scand.* 1990; 82: 182–187.
- [25] Burnett MA, Antao V, Black A, et al. Prevalence of primary dysmenorrhoea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; 27: 765–770.
- [26] Teperi J, Rimpelä M. Menstrual pain, health and behaviour in girls. *Soc Sci Med.* 1989; 29: 163–169.
- [27] Sundell G, Milsom, I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990; 97: 588–594.
- [28] Parazzini F, Tozzi L, Mezzopane R, et al. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhoea. *Epidemiology* 1994; 5: 469–472.
- [29] Yamamoto K, Okazaki A, Sakamoto Y, et al. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. *J Physiol Anthropol.* 2009; 28: 129–136.

- [30] László K, Gyórfy Zs, Salavecz Gy, et al. Workplace stressors and painful menstruation. In: Kopp M. (ed.) Hungarian state of mind 2008. [Munkahelyi stressztényezők és a fájdalmas menstruáció. In: Kopp M. (szerk.) A magyar lelkiállapot 2008.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008; pp. 328–334. [Hungarian]
- [31] Dukay-Szabó Sz, Gyórfy Zs, Ádám Sz, et al. To be a woman: every four weeks, for forty weeks, during, and after. In: Susánszky É, Szántó Zs. (eds.) Hungarian state of mind 2013. [Nőnek lenni: négyhetente, negyven hétig, közben, és azután. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) Magyar lelkiállapot 2013.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013; pp. 255–266. [Hungarian]
- [32] Payne LA, Rapkin AJ, Lung KC, et al. Pain catastrophizing predicts menstrual pain ratings in adolescent girls with chronic pain. *Pain Med.* 2016; 17: 16–24.
- [33] Brooks-Gunn J, Ruble DN. The menstrual attitude questionnaire. *Psychosom Med.* 1980; 42: 503–512.
- [34] O’Flynn, N. Menstrual symptoms: the importance of social factors in women’s experiences. *Br J Gen Pract.* 2006; 56: 950–957. Erratum: *Br J Gen Pract.* 2007; 57: 156.
- [35] Woods NF, Most A, Dery GK. Toward a construct of perimenstrual distress. *Res Nurs Health* 1982; 5: 123–136.
- [36] Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhea. *Primary Care* 2009; 36: 19–32.
- [37] Polat A, Celik H, Gurates B, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 279: 527–532.
- [38] Subasinghe AK, Hapoo L, Jayasinghe YL, et al. Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. *Aust Fam Physician* 2016; 45: 829–834.
- [39] Silberg JL, Martin NG, Heath AC. Genetic and environmental factors in primary dysmenorrhea and its relationship to anxiety, depression, and neuroticism. *Behav Genet.* 1987; 17: 363–383.
- [40] Sigmon ST, Fink CM, Rohan KJ, et al. Anxiety sensitivity and menstrual cycle reactivity: psychophysiological and self-report differences. *J Anxiety Disord.* 1996; 10: 393–410.
- [41] Hapidou EG, DeCatanaro D. Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience. *Pain* 1992; 48: 177–181.
- [42] Walsh TM, LeBlanc L, McGrath PJ. Menstrual pain intensity, coping, and disability: the role of pain catastrophizing. *Pain Med.* 2003; 4: 352–361.
- [43] Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52–64.
- [44] Palit S, Bartley E, Kerr K, et al. Association of pain catastrophizing with pain processing across the menstrual cycle in healthy women. *J Pain* 2013; 14: S56.
- [45] Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524–532.
- [46] Martin S, Bartley E, Rhudy J. Pain catastrophizing, pain sensitivity, and the menstrual cycle. *J Pain* 2010; 11: S58.
- [47] Cosic A, Ferhatovic L, Banozic A, et al. Pain catastrophizing changes during the menstrual cycle. *Psychol Health Med.* 2013; 18: 735–741.

(Nyitrai Erika dr.,
Budapest, Bécsi út 321., 1032
e-mail: nyitrai.erika@kre.hu)

„*Quam miserum est, ubi te captant, qui defenderent!*”
(Mély szörnyű, ha azok foglya leszel, kiknek védelmezniük kellene.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)