

MENOPAUZATÜNETEK ÉS IDENTITÁSFEJLŐDÉS ÖSSZEFÜGGÉSEI A MENOPAUZA IDŐSZAKA SORÁN



CSONKA Benigna
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
csenkabenigna@gmail.com

KENGYEL Judit Gabriella
ELTE PPK Pszichológia Intézet
kengyel.gabriella@ppk.elte.hu

SZABÓ Beáta
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
szabo.beata@btk.ppke.hu

BERÁN Eszter
PPKE BTK Pszichológiai Intézet
beran.eszter@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A menopauza minden középkorú nőt érint, és tünetei gyakran jelentős fizikai és pszichés megterhelést okoznak a mindennapokban. Ezek a hatások esetenként olyan mértékűek, hogy befolyásolják az identitás több aspektusát is, amelyek a középkorú életszakaszban eleve fokozott kihívásoknak vannak kitéve. A tünetek intenzitása hozzájárulhat az identitáskrízis kialakulásához, amelynek megoldása a generativitás – a következő generáció jólétéért végzett tevékenységek – és az önfejlesztés irányába terelheti a nőket. Vizsgálatunk célja a menopauza tüneteinek erőssége, valamint az identitásváltozás különféle aspektusai közötti összefüggések feltárása.

Módszer: A kutatásban 45–55 év közötti magyar nők vettek részt. Online kérdőívet osztottunk meg tematikus menopauza csoportokban, melynek részei a következők voltak: Menopauza Értékelési Skála (MRS), Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ), Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS), Loyola Generativitás Skála (LGS). A hipotézisek tesztelésére korrelációs és mediációs elemzést alkalmaztunk.

Eredmények: Elemzéseink alapján az erős menopauza tünetek pozitív összefüggést mutatnak az identitáskrizis növekedésével. Továbbá, az erős menopauza tünetek indirekt módon – az identitáskrizis növelésén keresztül – hatnak: csökkentik mind a generativitásra, mind pedig az identitásfejlődésre való hajlandóságot. Azonban önmagában a menopauza tünetek nem mutattak összefüggést sem a generatív, sem pedig az identitásfejlődési motivációval.

Következtetések: A mintában szereplő nők többsége legalább enyhe menopauzális tüneteket tapasztalt, amelyek sok esetben identitásválsággal jártak együtt. Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a menopauza időszakában jelentkező fizikai és mentális problémák hosszú távon is befolyásolhatják a nők életminőségét, ezért a szakemberek számára kiemelt fontosságú a megfelelő testi és lelki támogatás biztosítása.

Kulcsszavak: menopauza tünetek, identitás, identitáskrizis, generativitás, identitásfejlődés

BEVEZETÉS

A menopauza globális jelenség, amely ma a világon minden, a középkorúságot (45–59 év) elérő nőt érint. Ez a folyamat természetes, a nők életében – jellemzően 45–55 éves kor között – bekövetkező, hormonháztartás megváltozásával járó biológiai-pszichológiai változás, amely a reprodukív évek végét is jelzi (Barth et al., 2015; WHO, 2024; Thurston et al., 2025). A menopauza esetenként bizonyos műtéti vagy orvosi beavatkozások (pl. petefészkek eltávolítása, sugárkezelés vagy kemoterápia) következményeként jelentkezik (WHO, 2024).

Menopauzának definíció szerint az utolsó menstruációs ciklust nevezzük, amelyet utólagosan, 12 menstruáció mentes hónap alapján állapítanak meg (Barth et al., 2015). Természetes menopauzális folyamat esetén általában nem hirtelen bekövetkező változásról beszélhetünk, hanem különböző szakaszokat is megkülönböztethetünk. Bár jellemző, hogy az alább felsorolt szakaszokra egységesen menopauzaként hivatkoznak, az egyes szakaszok, olykor egymástól jól elhatárolható, különböző biológiai és pszichés jellemzőkkel járnak:

1. *perimenopauza/klimaktérium:* Általában a menopauzát megelőző 3–5 évben lép fel. Ebben az időszakban jellemző a ciklus rendszertelenné válása, valamint számos tünet megjelenése (pl. hőhullámok, éjszakai izzadás, alvási nehézségek, erős szívdobogás érzése). Ugyanakkor a női szervezet a perimenopauza időszakában továbbra is termékeny.
2. *menopauza:* A fent említett definíció szerint menopauzának a menopauzális folyamatban az utolsó menstruációs ciklust követő 1 évet jelöljük. Ebben az időszakban a petefészkek működése visszaesik, valamint a peteérés véglegesen leáll, tehát a petefészkek leállítják a megtermékenyítésre szánt petesejtek kibocsátását, amely jelentős ösztrogénszint-csökkenést eredményez (Barth et al., 2015; WHO, 2024). Erre az időszakra egyes kutatók perimenopauzaként is hivatkoznak (Jakab, 2001).
3. *posztmenopauza:* A menopauzát követő időszak, amely során a hormonális változások által okozott tünetek még néhány évig fennállhatnak (Baker & Benayoun, 2023).

Jól látható, hogy a menopauza jellemzően hosszú, évekig tartó folyamat, amelynek egyes szakaszait, valamint egészét tekintve is változatos tünetek kísérik.

A menopauza tünetei

A menopauzális tünetek mind megjelenésükben, mind súlyosságukban egyénenként jelentősen eltérőek lehetnek. Vannak, akik sok és erős, a mindennapi életüket befolyásoló tünetet tapasztalnak, míg mások számára szinte észrevétlenül történik meg az átmenet (WHO, 2024). Megkülönböztethetünk testi, pszichés és kognitív tüneteket is, amelyeket a következőkben fejtünk ki.

Testi tünetek

1. Az ösztrogénszint csökkenése következtében gyengülnek a medencefenék támasztó izmok, amelyek vizelettartási és ürítési problémákat okozhatnak, csak úgy ahogy bőr- és hajszárazságot is.
4. Ugyancsak az ösztrogén-fogyatkozásnak köszönhetően csökken a bőr és a csontok kollagén tartalma, mely ráncosodást és csonttritkulást okoz.
5. A kollagén termelés hanyatlásának eredményeként gyakori tünet a hüvelyszárazság is, amelyből fakadóan gyakoribbá válhatnak a szexuális kellemetlenségek.
6. Az ösztrogén-szint csökkenésével megváltozik a hüvelyflóra, amely hüvelyi és húgyúti fertőzéseket okozhat (Patakfalvi, 2024).
7. Testsúlygyarapodás, felkúszó zsír.
8. Mellfájdalom, mellek extra érzékenysége.
9. Hőhullámok, éjszakai izzadás – a nők kb. 80%-a tapasztal vazomotoros tüneteket. A hőhullámok átlagosan 4–5 évig tartanak, de a nők majdnem ¼-nél

akár még hosszabb ideig is eltarthatnak (Panay et al., 2021; Santoro et al., 2021).

10. Alvási nehézségek, álmatlanság, kimerültség – a korábbi kutatások alapján úgy tűnik, hogy ebben az életkorban az alvás REM-szakasza rövidül, minek következtében az alvás ideje csökken. Az álmatlanság pedig hatással van az idegrendszer működésére, és a hosszú ideig fennálló insomnia kognitív zavarokkal, nehézségekkel járhat, amelyek magyarázhatják a nők érzékenységi, mentális és fizikai képességeinek menopauza alatt tapasztalt csökkenését (Parand avar et al., 2014). A középkorú nők mintegy 74%-a panaszkodik alvási nehézségekre, míg 26%-uk súlyos alváshiánytól szenved (Panay et al., 2021)
11. Az ösztrogénszint jelentős csökkenése a szív- és érrendszeri betegségek rizikóját növeli (Rempert & dr. Blázovics, 2017).
12. Továbbra is lehetségesek a szexuális úton terjedő fertőzések, pl. a HIV fertőzés védekezés nélküli, szexuális együttlét során (WHO, 2024).

Pszichés/kognitív tünetek

1. A neuroendokrin rendszer megváltozásának következményeként *hangulatváltozások, szorongás, önbizalom- és libidócsökkenés* is kialakulhat (Jakab, 2001).
2. *Depresszió*: egyes vizsgálatok szerint összefüggés található a depresszió és a menopauza megjelenésének időpontja között: minél korábban csökken az ösztrogénszint a szervezetben, annál nagyobb mértékben nő a depresszió kialakulásának kockázata (Rempert & dr. Blázovics, 2017). A depresszió előfordulása menopauzában gyakori, a nők közel 45%-át érinti (Sathiyaseelan et al., 2024).

3. Az ösztrogén és a progeszteron neuroprotektív anyagok, amelyek befolyásolják az idegsejtek közötti szinaptikus kapcsolatokat. Ezek szintjének megváltozásával *kognitív visszaesés* jelentkezhet, amely *feledékenységet* vagy *gyengülő koncentrációképességet* idézhet elő (Ramli et al., 2023).

További lelki tényezők

1. A menopauzális tünetek megjelenése egyben azt is jelenti, hogy a nők *termékenysége* megszűnik, mely folyamat a terméketlenséggel való szembenézést is indukálhatja.
2. A terméketlenség, valamint a testi tünetek következtében kialakulhat a nőieség, illetve a szexuális vonzerő elvesztésének a megélése.
3. A középkorúság idején költöznek el otthonról a gyerekek (üres-fészek szindróma), valamint – ahogy már korábban említettük – ebben az időszakban gyakori, hogy a szexuális libidó is csökken. Mindezek a változások a házasságra, házastárssal való kapcsolatra irányítják a figyelmet, amely sokszor nem várt kimeneteleket, pl. válás eredményez (Patakfalvi, 2024).

Mindezen tünetek alapján világosan kirajzolódik, hogy a változókör meglehetősen sok kihívást jelent a nők számára. Bár nem minden esetben javasolt, létezik néhány kezelési forma, amelyet az érintettek igénybe tudnak venni a mindennapokat is megnehezítő tünetek esetén, ilyen lehet a hormonpótlás vagy a pszichoterápia igénybevétele.

Identitáskrizis és identitásváltozás a menopauza időszakában – konceptuális modell

A menopauza időszakában jelentkező fizikai és pszichológiai tünetek nem csupán biológiai változásokat jeleznek, hanem az énkép és az identitás strukturális átalakulását is kiválthatják (De Salis et al., 2018; Opayemi, 2025). A szakirodalom alapján a fent felsorolt tünetek – például hőhullámok, alvászavarok, testsúlyváltozás vagy hangulati ingadozások – identitáskrizist indukáló stresszorokként értelmezhetőek, amelyek megkérdőjelezhetik a nőiséghez, testhez és társas szerepekhez kapcsolódó korábbi önmeghatározásokat (Hunter & Rendall, 2007; Utian, 2005).

Ebben a keretben a menopauza egy normatív életszakaszhoz kötődő krízisként fogható fel, amely az identitás átmeneti destabilizációjával járhat. Az empirikus eredmények azt mutatják, hogy egyes nők a testi változások következtében az identitásvesztés élményéről számolnak be, különösen akkor, ha a nőiséget elsősorban a termékenységgel és a fizikai megjelenéssel azonosították (Hunter & Rendall, 2007). Ugyanakkor mások ugyanebben a folyamatban identitásuk újjászerveződését élhetik meg, amely során a nőiség jelentése átalakul, és a hangsúly a bölcsességre, önellfogadásra és önazonosságra helyeződik át (Hvas & Gannik, 2008).

A modell központi eleme tehát az, hogy a menopauzális tünetek hatása az érintett nők életére nem feltétlenül direkt módon, hanem az identitásfeldolgozási folyamaton (pl. identitásfejlesztés, identitáskrizis) keresztül érvényesülhet. Ezek a folyamatok magukban foglalják:

- a testkép és énkép újraértékelését (Perz & Ussher, 2008),
- a nőiség kulturális jelentéseinek újradefiniálását (Hvas & Gannik, 2008),
- valamint a személyes élettörténet narratív újrászervezését.

Ez utóbbi különösen fontos, mivel a narratív pszichológiai megközelítés szerint az identitás az élettörténet konstrukcióján keresztül szerveződik. Dan P. McAdams elmélete alapján az egyének életük fordulópontjait – így a menopauzát is – jelentéssel ruházzák fel, és ezek integrálása kulcsszerpet játszik az identitás stabilizálásában (McAdams, 2005). Az identitás változása során bekövetkezik az élettörténet újraértelmezése. Thomassen és munkatársai (2017) egy kvalitatív kutatás során azt vizsgálták, hogy a nők hogyan konstruálják újra az identitásukat ebben az időszakban. Sok nő egy olyan élettörténeti fejezetként utalt a menopauza időszakára, ami fontos introspekcióna készítette őket, és történeteik újraserkesztéséhez vezetett. A vizsgálati személyek a menopauzát egy átmeneti időszakként definiálták, ahol a reziliencia, önfogadás, és személyes növekedés témáit hangsúlyozták.

A kimenetek szempontjából a modell két fő adaptációs irányt különít el:

1. Negatív kimenetek (maladaptív út)

Amennyiben az identitáskrizis feldolgozása nem sikeres:

- tartós identitás bizonytalanság alakulhat ki,
- romolhat az önértékelés és a testkép,
- fokozódhat az izoláció és a pszichés distressz.

Ezt erősíthetik a negatív társas visszajelzések, a partneri meg nem értés vagy a munkahelyi diszkrimináció (Arnot et al., 2021; Hess et al., 2012; Sathiyasselan et al., 2024).

2. Pozitív kimenetek (adaptív út)

Sikeres feldolgozás esetén azonban a menopauza fejlődési lehetőséggé válhat:

- megnövekedett önfogadás és reziliencia (Thomassen et al., 2017),
- a nőiség újradefiniálása a belső értékek mentén,
- stabilabb és autonómabb identitás,
- a generativitás és bölcsesség hangsúlyának erősödése (Erikson, 1959).

Ez összhangban áll Erik Erikson identitásfejlődés fejlődésméleti modelljével, amely szerint a középső felnőttkor központi feladata a generativitás, azaz a következő generáció támogatása és egy jelentésteli örökség létrehozása (Erikson, 1963/1982). A menopauza ebben az értelemben olyan átmeneti periódusként értelmezhető, amely elősegítheti a fejlődési feladat újrászervezését és elmélyítését.

A konceptuális modell fontos moderáló tényezőket is feltételez. A társas környezet – különösen a partneri és családi támogatás – jelentősen befolyásolja, hogy az egyén melyik adaptációs út felé mozdul el. A támogató kapcsolatok elősegítik az élmények pozitív újraértelmezését és az identitás integrációját, míg a meg nem értés vagy stigmatizáció az identitáskrizis elmélyüléséhez vezethet (Li et al., 2000; Hess et al., 2012). Hasonlóképpen, a munkahelyi környezet is kulcsszerpet játszik: a validáló, rugalmas közeg erősítheti a kompetenciaérzést és az énkontinuitást, míg a diszkrimináció az identitás sérülését fokozhatja.

A modellben további kulcsmechanizmusként jelenik meg a kognitív-érzelmi újrakerezetés. A kutatások szerint azok a nők, akik a menopauzával járó változásokat természetes, nem stigmatizáló módon értelmezik, kevésbé élik meg ezeket identitásukat fenyegető

tényezőként, és nagyobb valószínűséggel jutnak el egy integráltabb, reziliensebb énképhez (Perz & Ussher, 2008). Ez a folyamat szorosan kapcsolódik az önellfogadás és az önegyüttértzés mechanizmusaihoz is, amelyek védőfaktorként működhetnek.

Összességében a bemutatott konceptuális modell szerint a menopauza identitásalakító fordulópontot jelent az érintett nők életében, amelyben:

- a tünetek, mint kiváltó tényezők jelennek meg,
- az identitáskrízis mediáló folyamatként működik,
- míg a társas és pszichológiai erőforrások (pl. támogatás, újrakeretezés) moderálják a folyamat kimenetét.

Ennek eredményeként a menopauza kimenete kétirányú lehet: vezethet sérülékenyebb identitáshoz és csökkent jólléthez, de ugyanakkor elősegítheti egy érettebb, autonómabb és jelentéstelibb identitás kialakulását is. A generativitás növekedése és az identitás fejlesztésére irányuló magatartás például ilyen pozitív kimenetként képzelhető el.

Jelen kutatás

Jelen kutatás azt vizsgálja, hogy a menopauza biológiai és pszichés tünetei, azok erőssége, milyen összefüggést mutat az identitáskrízissel, valamint az identitásváltozással a menopauza időszakában, és mennyire indukálja vagy motiválja azokat.

Elsőként azt feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb hajlandóságot mutatnak a középkorú nők a generativitásra. Az erős menopauza tünetek gyakran identitásválsághoz vezetnek, amely arra ösztönözheti a nőket, hogy új célok felé forduljanak, amely generatív tevékenységekben is megjelenhet

(Newton & Stewart, 2010; Pasquale, 2022; Srivastava, 2024).

Másodszor feltételeztük, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál intenzívebb identitáskrízist élnek át. A súlyos menopauza tünetek fizikai és pszichés megterhelést jelentenek, amelyek hatással lehetnek jelenlegi szerepeikre, testképükre, kapcsolataikra is, így idézve elő az identitáskrízist (Rubinstein & Foster, 2013; Parand avar et al., 2014; Panay et al., 2021).

Harmadszor arra voltunk kíváncsiak, hogy a menopauzában lévő nőket hogyan motiválják tüneteik az identitásváltozásra. Feltételeztük, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak, annál jellemzőbb rájuk az identitásuk fejlesztésére irányuló magatartás. A menopauza időszakát sok nő válságként éli meg, amely gyakran az identitás újraértelmezését követeli, legyen szó az életcélok vagy a jövőbeni tervek újragondolásáról, így motiválva a középkorú nőket az identitásuk fejlesztésére (Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

Továbbá feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb identitáskrízist él meg a nő, amely nagyobb generativitást eredményez. A menopauza tünetei következtében gyakran kialakuló identitáskrízis közvetlen hatással lehet a nők generativitására, mivel a krízis gyakorta új életcélokhoz és a következő generáció felé forduláshoz vezet (Perrig-Chiello et al., 2008; Nosek et al., 2012; Pasquale, 2022).

Végül azt is feltételeztük, hogy minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb identitáskrízist él meg a nő, amely nagyobb identitásfejlődési motivációt eredményez (Perrig-Chiello et al., 2008; Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

Az adatok felvétele online kérdőívcsomag kitöltésével zajlott 2024. november 28. – 2025. március 13. között.

A kérdőívet kényelmi mintavétellel és hálóba módszerrel, online terjesztettük. A perimenopauza, menopauza és posztmenopauza szakaszában lévő női kitöltőket a közösségi média felületein található, Facebookon fellelhető tematizált menopauza csoportokban, illetve chat szobákban, az első szerző által készített, szöveget és képet is tartalmazó posztok megosztásával kerestük meg. Ezen túlmenően a kutatásról szóló felhívást a csoportokhoz tartozó privát üzenetben is megosztottuk, ahogy néhány, a korosztályi feltételeket teljesítő nőt privát üzenetben is megkerestünk, akik aztán tovább osztották a kérdőívet saját ismeretségi körükben. A kérdéssort egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozat előzte meg, ahol információt adtunk a vizsgálat céljáról, az adatok kezeléséről, kiemelve az anonimitást és azt, hogy visszajelzést ezen vizsgálat keretében nem tudunk adni. A résztvevők önkéntes alapon vettek részt a vizsgálatban, a kitöltés feltétele a 18. életév betöltése volt, melyről a vizsgálati személyek önbevallásos alapon nyilatkoztak. A mintába történő beválogatás feltételei a következők voltak: 45 és 55 év közötti női kitöltők kerültek bele a vizsgált csoportba. Kizárási kritérium: 45 év alatti és 55 év feletti életkor, ill. nemi alapon történt (csak női kitöltőket kerestünk).

A kutatásban 644 fő ($N = 644$) fő vett részt. Azonban a teljes kérdőívet végül 348 fő ($N = 348$) töltötte ki. A vizsgálatban szabott feltételeknek – életkor (45–55 év), valamint a vizsgálati személyek neme – 22

résztvevő nem felelt meg, így ők kizárásra kerültek. A „nem” megjelölésénél 2 fő az „Egyéb” kategóriát választotta. Mivel nem részleteztük a kutatásunk elején, hogy az „Egyéb” kategóriába milyen gondot sorolunk, valamint ez a két adatpont érdemben nem befolyásolja az eredményeket, továbbá az önmagukat nem a biológiai nem szerint meghatározó egyének populációját alacsony számuk miatt nem tudtuk relevánsan vizsgálni, így a 2 résztvevő kizárásra került.

A statisztikai elemzésbe végül 326 fő ($N = 326$) adata került be. A résztvevők átlagéletkora 50,4 év volt ($SD = 2,83$ év; $min = 45$ év; $max = 55$ év).

A kitöltők 23%-a a fővárosban, 23%-a megyei jogú városban, 34%-a városban, míg 20%-a községben él.

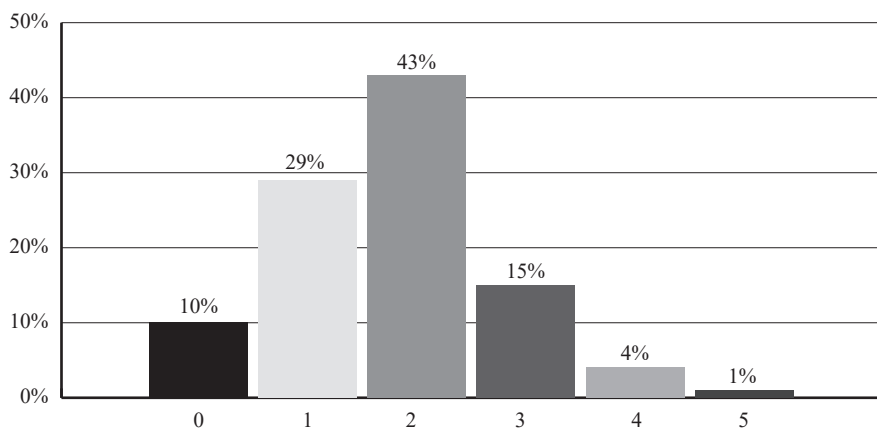
Anyagi helyzetüket tekintve a válaszadók 3%-a (11 fő) nyilatkozta, hogy nem jön ki a havi jövedelméből, 21% (68 fő) éppen kijön a havi jövedelméből, 37% (120 fő) kényelmesen kijön a havi jövedelméből, de félretenni nem tud belőle, míg 39%-uk (127 fő) nemcsak hogy kényelmesen ki tud jönni a havi jövedelméből, de félre is tud tenni belőle.

A kitöltők 6%-a jelenleg egyedülálló, 9%-a elvált, 1%-a özvegy. Kapcsolatban 83%-uk él (63% házasságban, 10% párkapcsolatban, 10% pedig élettársi kapcsolatban), míg 1%-uk nem nyilatkozott jelenlegi kapcsolati státuszáról.

A résztvevők 10%-nak nincs, míg 90%-nak van legalább egy gyermeke. A gyermekek számának megoszlását az 1. ábra mutatja be.

A kitöltők 92%-a (299 fő) rendelkezik, míg 8%-uk (27 fő) nem rendelkezik jelenleg munkahellyel.

Végezetül a megkérdezettek 10%-a (31 fő) kap jelenleg hormonterápiás kezelést a menopauzális panaszaira, míg 90%-uk (295 fő) nem részesül hormonterápiában.



1. ábra. A mintában szereplő résztvevők gyermekei szerinti eloszlása

Vizsgálati eszközök

Demográfiai kérdőív

A demográfiai kérdőívben a kitöltő nemére, életkorára, legmagasabb iskolai végzettségére, lakhelyének típusára, anyagi helyzetére, párkapcsolati státuszára, gyermekeinek számára kérdeztünk rá. Továbbá kérdés volt az is, hogy rendelkezik-e munkahellyel, valamint jelenleg hormonterápiában részesül-e.

Menopauza Értékelési Skála

(Menopause Rating Scale – MRS)

Hauser és munkatársai (1994) által fejlesztett *Menopause Rating Scale (MRS) (11 tétel)* kérdőív, melynek segítségével a menopauzális átmenet tüneteinek súlyosságát (mennyire jellemző az adott tünet a kitöltő egyénre) és azok hatását mérjük (például „Hőhullámok, izzadás”, „Ingerlékenység (idegesség, belső feszültség, agresszivitás)”). Három alskálából áll, amelyek a teljes variancia 59%-áért voltak felelősek az eredeti kutatásban. Ezek: pszichológiai, szomato-vegetatív és uro-genitális alskálák. A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (0 = nincs,

1 = enyhe, 2 = mérsékelt, 3 = súlyos, 4 = nagyon súlyos). A skálát először angol nyelvre fordították le az eredeti németről (Schneider et al., 2002), majd további nyelvekre is (brazil, francia, indonéz, olasz, spanyol, svéd, szerb és török) (Heinemann et al., 2004). Heinemann és munkatársai (2004) egy nagy mintás ($N = 9907$), kilenc országra kiterjedő kutatást végeztek az MRS-sel. Céljuk a skála általános megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata volt, és az eredmények azt mutatták, hogy ezek megfelelően alakultak a vizsgált országokban. A mérőeszközt a menopauza-kutatói projekt keretében fordítottuk magyarra (Lukács, 2024) a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen. Az *Alkalmazott Pszichológia* című lap jelen, Menopauza különszámában jelentetjük meg a *Tünetek és az életminőség mérése a menopauza időszakában. A Menopause Rating Scale (MRS) és a Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) adaptációja magyar mintán* című cikkünket, amelyben megvizsgáljuk a magyar változat megbízhatóságát, és érvényességének néhány aspektusát. Ebben a vizsgálatunkban

($N = 557$) reprodukáltuk a kérdőív eredeti faktor szerkezetét, és a Cronbach-alfa-értékek a következőképpen alakultak: Az MRS Cronbach- $\alpha = 0,82$, szomatikus alskála: $0,61$, pszichológiai alskála: $0,82$, valamint az urogenitális alskála: $0,63$.

Jelen vizsgálatunkban az MRS alskálák Cronbach- α -értékei a következők szerint alakultak: a legalacsonyabb az Urogenitális alskála volt (tételszám = 3), $\alpha = 0,56$, ezt követte a Szomatikus alskála (tételszám = 4), Cronbach- α -értéke $0,62$, a Pszichológiai alskála (tételszám = 4) Cronbach- $\alpha = 0,84$, míg az MRS-skála összpontszámának Cronbach- α -értéke $0,82$ volt. Az urogenitális alskála alacsony tételszáma valószínűleg hozzájárult az alacsonyabb Cronbach-alfa-értékhez ezen az alskálán. A hipotézisek tesztelésénél ez nem okozott problémát, hiszen a teljes skála összpontszámával számoltunk minden esetben.

Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ)

Az eredeti, 12 tételes kérdőívet Petrov és munkatársai (2022) dolgozták ki, melynek segítségével a felnőttkorban bekövetkező fejlődési krízis epizódokat mérjük az elmúlt 6 hónap tükrében (pl. „Többször kérdőjeleztem meg magamat és az életemet, mint általában.”, „Az életem stabilnak és kiszámíthatónak tűnik.”). Az angol kérdőívet Horváth és Szabó (2024) fordította magyarra kutatásunk keretében.

A 12 tételes kérdőívnek 3 alskálája van: *elhatárolódás és stressz, fordulópont és átmenet* (a kapcsolatok és szerepek radikális vagy nem folytonos változását méri), *átláthatóság hiánya és kontrollvesztés*. Az *elhatárolódás és stressz* dimenzió elméleti háttere szerint a fejlődési krízisnek gyakori velejárója, hogy a környezetből érkező elvárások túlterhelik az egyént, amelyre már nem tud a korábban hatékonynak bizonyuló

megküzdési módokkal reagálni. Ha sikerül új, adaptívabb megküzdési módokat találnia, amely támogatja a krízisen való átjutását, akkor az viselkedésmintáinak megváltozásával fog együtt járni, amely hatással lesz személyes kapcsolataira is. Az *átláthatóság és kontrollvesztés* dimenzió hátterében pedig az áll, hogy a krízisepizódok során erősen negatív érzelmeket élünk át, amelyek a jövővel kapcsolatos bizonytalanságot, szorongást és a kontrollvesztés érzetét kelthetik. Ezek az intenzív és negatív érzelmek depressziót, szorongást, frusztrációt vagy annak érzetét okozhatják, hogy az egyén nem tud megbirkózni a krízissel (Petrov et al., 2022).

A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Semleges; 4 = Egyetértek; 5 = Teljes mértékben egyetértek). A skála első 4 tétele az elhatárolódás és stressz, az 5–8. tétel az átláthatóság hiánya és kontrollvesztés, a 9–12. tételek pedig a fordulópont és átmenet alskálákhoz kapcsolódnak. Az 5, 6, 7, 8-as tételek fordított tételek, amelyeket az adattisztítás során ennek megfelelően kódoltunk.

Petrov és munkatársai (2022) először egy feltárási faktorelemzést végeztek (EFA), melynek eredményeként előzetesen 3-faktoros és 6-faktoros modell feltételezhető. Azonban a 6-faktoros struktúra alacsony faktor töltési értékei miatt ($p < 0,50$), ezt a faktorstruktúrát elvetették. Az EFA eredményeként az eredetileg 42 tételes kérdőívet 12 tételre csökkentették, amely 3 faktorba tagozódik, amelyben a dimenziók: *elhatárolódás és stressz, fordulópont és átmenet és átláthatóság hiánya és kontrollvesztés* volt. Ezt a 3 dimenziós, 12 tételes verziót használtuk mi is. Az eredeti kutatás alskáláinak Cronbach- α -értékeiről annyit tudunk, hogy mindegyik magas volt, a legalacsonyabb

$\alpha = 0,85$. Jelen kutatás Cronbach- α -értékei az alábbiak szerint alakultak: DCQ – skála esetében $\alpha = 0,87$, Elhatárolódás és stressz alskála esetében $\alpha = 0,86$, Átláthatóság hiánya és kontrollvesztés alskála esetében $\alpha = 0,85$, míg a Fordulópont és átmenet alskála esetében $\alpha = 0,85$ volt.

Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS)

Az eredeti kérdőívet Luyckx és munkatársai (2008) hozták létre. A 25 tételes kérdőív segítségével a ruminatív (folytatólagos) explorációt, elköteleződést, valamint a jövővel kapcsolatos terveket mérjük (pl. „Eldöntöttem, hogy merre tartsak az életben.”, „A jövőbeli terveimnek köszönhetően biztos vagyok magamban.”).

A magyar nyelvre történő fordítást és validálást Rivnyák és munkatársai (2022) végezték. Az eredeti kérdőív 4 alskálát (széleskörű exploráció, mély exploráció, elköteleződés és azonosulás az elköteleződéssel) tartalmaz. Rivnyák és munkatársai (2022) 4, 5 és 6 alskálát tartalmazó változatára is konfirmációs faktorelemzést (CFA) végeztek, melynek eredményeképpen magyar mintán az 5 alskálát alkalmazó változat illeszkedése a legjobb ($\chi^2(260) = 956,30$, $p < 0,001$, CFI = 0,93, TLI = 0,92, RMSEA = 0,06). Ennek megfelelően a kutatásban az 5 dimenziós kérdőívet használtuk, amely az exploráció 3 típusát vizsgálja. Ezek a következők: *széleskörű exploráció* (az egyén identitásával kapcsolatban végzett kereső, feltáró tevékenységet mér), *mély exploráció* (azt méri, hogy az egyén céljainak és értékeinek mekkora mértékben felel meg az a választás, amely mellett elköteleződött), *ruminatív exploráció* (azt méri, hogy fennáll-e maladaptív folyamat, miszerint az egyén nem képes elköteleződni egyetlen lehetőség mellett sem,

ezért folyamatos rágódás jellemzi). További alskálák még az *elköteleződés* (azt méri, hogy az egyénnek vannak-e határozott döntései az identitásával és életével kapcsolatban), illetve *azonosulás az elköteleződéssel* (az egyén döntéseivel kapcsolatos érzelmeit méri). A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Nem tudom eldönteni; 4 = Egyetértek; 5 = Teljesen egyetértek). Jelen kutatás skála és alskála Cronbach- α -értékei az alábbiak szerint alakultak: a DIDS – skála esetében $\alpha = 0,76$, az Elköteleződés alskála esetében $\alpha = 0,94$, a Széleskörű exploráció alskála esetében $\alpha = 0,89$, a Ruminatív explorációs alskála esetében $\alpha = 0,93$, az Elköteleződéssel való azonosulás alskála esetében $\alpha = 0,93$, míg a Mély exploráció alskála esetében az $\alpha = 0,72$ értékű volt.

Loyola Generativitás Skála (LGS)

Az eredeti, 20 tételes kérdőívet McAdams és De St. Aubin (1992) készítette, melynek segítségével a generativitásra vonatkozó ambíciók egyéni különbségeit, valamint a fiatalabb generáció(k) jóléte iránti elköteleződést mérhetjük. A kérdőívet Ilea és munkatársai (2022) fordították és validálták magyar nyelvre, felnőtt mintára. Magyar nyelven a 18 tételes kérdőív érhető el (pl. „Igyekszem átadni a tudásomat, amelyet a tapasztalataimon keresztül szereztem.”, „Mások azt mondanák, hogy a hozzájárulásom a társadalomhoz példátlan.”). A válaszadás négyfokú Likert-skálán történik (0 = Az állítás sosem igaz Önre.; 1 = Az állítás néha vagy ritkán igaz Önre.; 2 = Az állítás gyakran igaz Önre.; 3 = Az állítás nagyon gyakran vagy majdnem mindig igaz Önre).

Ilea és munkatársai (2022) feltáró faktorelemzést (EFA) végeztek (KMO = 0,91; Bartlett-teszt: $\chi^2(190) = 2765,09$, $p < 0,01$),

melynek eredménye szerint egy faktor jelenléte feltételezhető. Mivel az eredeti kérdőív két állítása (9. és 11. tétel) nem érte el a meghatározott küszöbértéket, ezért Ilea és munkatársai (2022) ezeket kivették a kérdőívből. A 18 tételes kérdőíven megerősítő faktorelemzést (CFA) végeztek a kutatók, melynek eredményeképpen a 18 tételt tartalmazó kérdőív illeszkedése jobb volt a magyar mintára ($\Delta\chi^2 = 73,49$; $\Delta df = 5$; $p < 0,001$), ezért ezt a változatot alkalmaztuk. A skála Cronbach- α -értéke jelen kutatásban 0,73 volt.

Eljárás

A kutatást a PPKE Pszichológiai Kutatásügyi Bizottsága engedélyezte (az etikai engedély iktatószáma 2024_51).

A vizsgálathoz használt kérdőívsomagot online, közösségi média felületen (Facebook) osztottuk meg a kitöltőkkel Qualtrics link formájában. A résztvevőknek a kérdőív elején végig kellett olvasniuk a tájékoztatót, majd a kitöltést akkor kezdhette meg a kitöltő, ha nyilatkozott arról, hogy 18. életévét már betöltötte, a jelen vizsgálatban önkéntes alapon vesz részt, valamint elismeri, hogy a vizsgálat céljáról és a részvételi feltételekről tájékoztatást kapott. Továbbá értesítettük őket arról is, hogy a vizsgálat keretein belül nem áll módunkban személyes visszajelzést adni, mivel a kérdőív nem tartalmazott a személyek beazonosításra alkalmas adatot. A kérdőív indításával, valamint a beleegyező nyilatkozat elolvasásával jelezhették részvételi hajlandóságukat. Az informált beleegyező nyilatkozatot a demográfiai kérdőív követte, majd a Menopauza Értékelési Skála (Menopause Rating Scale – MRS), a Loyola Generativitás Skála (LGS), a Nemi Szerepek Preferencia Kérdőív (ebben a kutatásban nem használtuk), a Fejlődési

Krízis Kérdőív (DCQ), az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) és végezetül az Életkerék feladatot kellett kitölteniük (ebben a kutatásban nem használtuk).

Statisztikai számítások

Az adatok feldolgozásához és a statisztikai próbák elvégzéséhez a JASP Team (2025) JASP (0.19.3) szoftvert használtuk. Ahogy a *Résztvevők alfejezet*nél jeleztük, a kérdőívet 644 fő kezdte el kitölteni, azonban a végleges mintába 326 fő adata került. Ezután elvégeztük a Tukey-féle outlier labeling rule (Tukey, 1977) alapján az outlier szűrést, amely eredményeként több skálán is outlier értékeket találtunk. Ezután tovább haladva a módosított outlier labeling rule szűréssel (ahol alsó határ: $Q1 - (Q3 - Q1) * 2,2$, míg a felső: $Q3 + (Q3 - Q1) * 2,2$) (Hoaglin és Iglewicz, 1987) továbbra is maradt néhány outlier érték, így rajtuk winzorizálást (Field, 2005) alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A vizsgálatban használt kérdőívek skáláinak, alsóskáláinak leíró statisztikája az 1. táblázatban található. A Menopauza Értékelési Skála (MRS) 11 tételes, 5-fokú Likert-skálán (ahol 0 = nincs, 4 = nagyon súlyos) értékeljük. A legkevesebb elérhető pontszám 0 pont, míg a legmagasabb elérhető pontszám 44 pont. Amennyiben az összpontszám 0–7 közé esik, a tünetek „enyhének” mondhatóak, ha a skálán elért összpontszám 8 és 15 pont, akkor a tünetek „mértékelt”, valamint ha az összpontszám 16 vagy több, akkor „súlyos” menopauza tünetekről beszélhetünk (Csetvei et al., 2024).

A Fejlődési Krízis Kérdőív (DCQ) 12 tételes, szintén 5-fokú Likert-skálán (ahol 1 = egyáltalán nem értek egyet; 5 = teljesen mértékben egyetértek) értékeljük. A legkevesebb elérhető pontszám 12 pont, míg a legmagasabb elérhető pontszám 60 pont.

Az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) 25 tételes, 5-fokú Likert-skálán (ahol 1 = Egyáltalán nem értek egyet; 5 = Teljesen

egyetértek) értékeljük. A legkevesebb elérhető pont: 25 pont, a legmagasabb: 125 pont.

A Loyola Generativitás Skála (LGS) 18 tételes, értékelése 4-fokú Likert-típusú skálán történik (ahol 0 = Az állítás sosem igaz Önre.; 3 = Az állítás nagyon gyakran vagy majdnem mindig igaz Önre). A legkevesebb elérhető pont: 0 pont, a legmagasabb: 54 pont.

1. táblázat. Az alkalmazott skálák és alskálák leíró statisztikája

Skála/alskála	Tételszám	Átlag	Szórás	Min.	Max.
MRS – összpontszám	11	14,21	6,87	0	31
MRS – pszichológiai	4	5,49	3,28	0	14
MRS – szomato-vegetatív	4	5,25	2,79	0	16
MRS – urogenitális	3	3,48	2,43	0	11
DCQ – összpontszám	12	34,45	8,46	15	59
DCQ – elhatárolódás és stressz	4	10,23	4,16	4	20
DCQ – fordulópont és átmenet	4	13,83	3,48	4	20
DCQ – átláthatóság hiánya és kontrollvesztés	4	10,39	3,43	4	20
DIDS - összpontszám	25	81,92	9,47	56	111
DIDS – elköteleződés alskála	5	18,66	4,22	5	25
DIDS – széleskörű exploráció alskála	5	18,77	3,90	5	25
DIDS – ruminatív explorációs alskála	5	12,37	5,25	5	25
DIDS – elköteleződéssel való azonosulás alskála	5	17,88	4,20	5	25
DIDS – mély exploráció alskála	5	14,11	3,84	5	25
LGS – összpontszám	18	23,13	5,95	7	42

A Menopauza Értékelési Skála eredményei

A perimenopauzában, menopauzában és posztmenopauzában élő nők menopauza tüneteinek mintán való megoszlását a 2. táblázat foglalja össze.

Az Menopauza Értékelési Skála összpontszáma alapján 3 fő nagy csoportot (enyhe, mérsékelt és súlyos tüneteket meg tapasztaló nők) különböztethetünk meg, melynek mintán való megoszlását a 2. ábra mutatja be.

Az egyedülálló nők (ide tartoznak az özvegy és elvált személyek is) ($N = 52$) 21%-a enyhe, 46%-a mérsékelt, míg 33%-uk súlyos menopauza tünetektől szenvednek. A kapcsolatban élő nők (közéjük soroltuk az élettársi kapcsolatban, házasságban, párkapcsolatban élő egyéneket) ($N = 274$) 19%-a enyhe, 41%-a mérsékelt, míg 40%-a súlyos tüneteket tapasztal. Az egyedülálló és kapcsolatban élő nők menopauzális tünetpontszámait közötte különbséget

Mann–Whitney-próbával vizsgáltuk, melynek eredményeként nem találtunk szignifikáns különbség ($U = 6849$, $p = 0,659$). Az egyedülálló nők átlagosan magasabb összpontszámot ($M = 16,97$; $Md = 17$) értek el a Menopauza Értékelési Skálán, mint a kapcsolatban élő nők ($M = 13,92$; $Md = 14$).

A fővárosban élő nők ($N = 74$) 23%-a enyhe, 38%-a mérsékelt, míg 39%-uk súlyos tüneteket tapasztalnak. A vidéken élő nők ($N = 252$) 18%-a enyhe, 43%-uk mérsékelt, míg 39%-uk súlyos menopauza tüneteket él át. A fővárosban és vidéken élő nők között nincs szignifikáns különbség az MRS-összpontszámukat tekintve ($p = 0,659$).

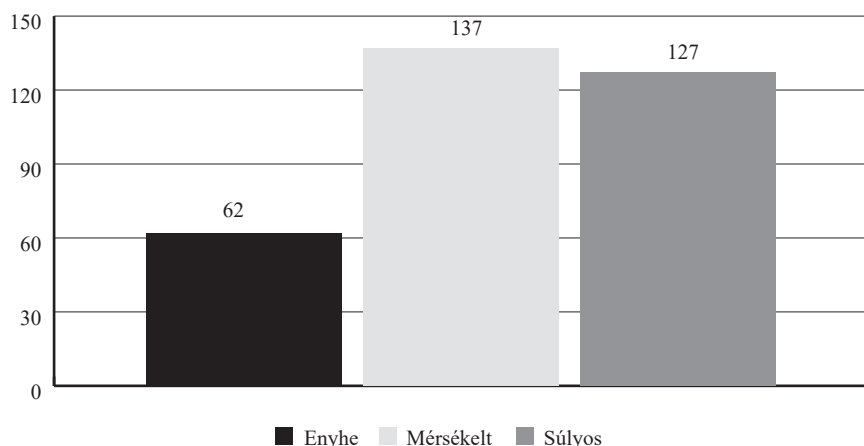
A min. egy gyermekkel rendelkező nők ($N = 295$) 19%-nak enyhe, 43%-nak mérsékelt, míg 38%-nak súlyos menopauza tünetei vannak. A gyermektelen nőknek ($N = 31$) 19%-a tapasztal enyhe, 29%-a mérsékelt és 52%-a súlyos tüneteket.

A gyermekes és gyermektelen nők menopauzális tünetpontszámai közötti különbséget Mann–Whitney-próbával vizsgáltuk. Eredményünk szerint nem volt szignifikáns különbség ($U = 5541$, $p = 0,052$).

Az anyagi helyzet és a menopauza tünetek közötti összefüggést is megvizsgáltuk. Mivel a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98$, $p < 0,001$), ezért Kruskal–Wallis-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeként szignifikáns kapcsolatot találtunk, vagyis szignifikáns különbség van a menopauza tünetek mértékében a különböző jövedelmi kategóriák között ($H(3) = 14,72$, $p = 0,002$). A csoportok közötti, páronkénti összehasonlítások elvégzésére Dunn-féle post-hoc tesztet alkalmazva Bonferroni-korrekciónal azt az eredményt kaptuk, hogy azok a személyek, akik kényelmesen kijönnek és félre is tudnak tenni a havi jövedelmükből szignifikánsan kevesebb menopauza tünetről

2. táblázat. A menopauza tünetek mintán való megoszlása az MRS kérdőív eredményei alapján

Tünetek	Nincs		Enyhe		Mérsékelt		Súlyos		Nagyon Súlyos	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Hőhullámok, izzadás	89	27,3%	95	29,1%	107	32,8%	31	9,5%	4	1,2%
Szívpanaszok	132	40,5%	112	34,4%	70	21,5%	9	2,8%	3	0,9%
Alvásproblémák	51	15,6%	90	27,6%	111	34,0%	64	19,6%	10	3,1%
Depresszív hangulat	83	25,5%	97	29,8%	114	35,0%	30	9,2%	2	0,6%
Ingerlékenység	66	20,2%	105	32,2%	106	32,5%	46	14,1%	3	0,9%
Szorongás	91	27,9%	98	30,1%	92	28,2%	41	12,6%	4	1,2%
Fizikai és szellemi kimerültség	57	17,5%	115	35,3%	103	31,6%	47	14,4%	4	1,2%
Szexuális problémák	83	25,5%	88	27,0%	76	23,3%	61	18,7%	18	5,5%
Hólyagproblémák	133	40,8%	93	28,5%	76	23,3%	22	6,7%	2	0,6%
Hüvelyszárazság	153	46,9%	75	23,0%	58	17,8%	32	9,8%	8	2,5%
Ízületi és izompanaszok	81	24,8%	97	29,8%	95	29,1%	41	12,6%	12	3,7%



2. ábra. A menopauza tünetek összpontszám szerinti megoszlása

számoltak be, mint azok, akiknek éppen elég a havi jövedelme ($W = 141,04$, $p = 0,002$) ($Md_{félterak} = 12$, $Md_{éppen\ elég} = 15$). A többi csoport között nem jelent meg szignifikáns különbség.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a menopauza tünetek tekintetében van-e eltérés azok között, akik jelenleg hormonterápiát kapnak és akik nem. Mivel a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98$, $p < 0,001$), ezért Mann–Whitney-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeként szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a két változó között ($U = 3182$, $p = 0,005$). Tehát szignifikáns különbség van a hormonterápiában részesülő és nem részesülő résztvevők között abban, hogy milyen mértékű menopauza tüneteket tapasztalnak. A hormonterápiát kapó vizsgálati személyek erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak, mint hormonkezelést nem kapó társaik ($Md_{kap\ hormon} = 17,42$, $Md_{nincs\ hormon} = 13,88$).

Hipotézisek tesztelése

H1. Minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb hajlandóságot mutatnak a középkorú nők a generativitásra (Newton & Stewart, 2010; Pasquale, 2022; Srivastava, 2024).

Az első hipotézis teszteléséhez korrelációs próbát alkalmaztunk. Mindkét változó skála típusú, azonban a Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva elmondható, hogy nem teljesül a normalitás: ($W_{MRS}(326) = 0,98$, $p < 0,001$) ($W_{LGS}(326) = 0,99$, $p = 0,037$), ezért Spearman-féle korrelációt végeztünk. Az eredmény alapján nincs szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek és a generativitás között ($r_s(324) = -0,07$, $p = 0,198$).

H2. Minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál nagyobb identitáskrizist élnek át (Rubinstein & Foster, 2013; Parandavar et al., 2014; Panay et al., 2021).

A második hipotézis teszteléséhez szintén korrelációs próbát végeztünk. A Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva, a Fejlődési Krízis Skála (DCQ) normál eloszlású ($W_{DCQ}(326) = 0,99, p = 0,257$), viszont ahogy azt már az első hipotézisnél láttuk, a Menopauza Értékelési Skála nem normál eloszlású ($W_{MRS}(326) = 0,98, p < 0,001$), ezért ismét Spearman-féle rangkorrelációs próbát alkalmaztunk, mely alapján közepes erősségű, pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat ($r_s(324) = 0,47, p < 0,001$) figyelhető meg a menopauza tünetek és a fejlődési krízis között. Vagyis minél erősebbek az egyén menopauza tünetei, annál nagyobb fejlődési krízist él meg.

H3. Minél erősebb menopauza tüneteket tapasztal a személy, annál jellemzőbb rá az identitás fejlesztésére irányuló magatartás (Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

A harmadik hipotézis teszteléséhez is korrelációs elemzést használtunk. A Shapiro–Wilk-tesztet lefuttatva, az Identitásfejlődési Dimenziók Skála (DIDS) nem normál eloszlású ($W_{DIDS}(326) = 0,99, p = 0,002$), ahogy a Menopauza Értékelési Skála sem ($W_{MRS}(326) = 0,98, p < 0,001$), továbbá, mivel a DIDS skálán néhány értéket winzorizálni kellett, így nem-paraméteres próbák alkalmazása szükséges, ezért ismét a Spearman-féle korrelációt használtunk. A korrelációs tesztet lefuttatva nincs szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek erőssége és az identitásfejlődési hajlandóság között ($r_s(324) = -0,02; p = 0,680$).

Bár a korrelációs elemzés során nem találtunk a menopauza tünetek és az identitásfejlődési dimenziók között együttjárást, meg akartuk vizsgálni, hogy a menopauza tünetek súlyossága befolyásolja-e

az identitásfejlődési motivációt: nagyobb identitásfejlődést mutatnak-e a súlyos menopauza tüneteket megélő nők, mint akiknek enyhébbek vagy mérsékelték a tüneteik? Ezt Kruskal–Wallis-próbával teszteltük, miután a mintát 3 csoportba (Enyhe, Mérsékelt, Súlyos) soroltuk a menopauza tünetek alapján. A Kruskal–Wallis-teszt eredménye nem szignifikáns ($H(2) = 0,89, p = 0,642$), így nincs eltérés az identitásfejlődést illetően a menopauza tünetek súlyossága alapján megkülönböztetett csoportokban.

H4. A menopauza tünetek intenzitása az identitáskrízis megélésének mértékén keresztül fejti ki a hatását a generativitásra (Perig-Chiello et al., 2008; Nosek et al., 2012; Pasquale, 2022).

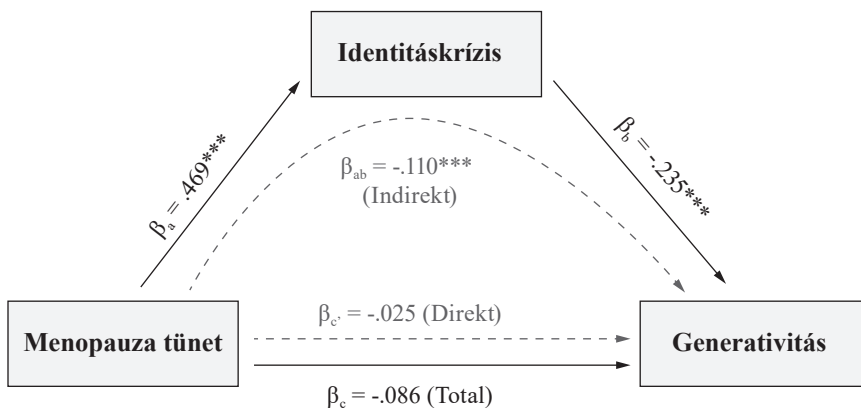
A negyedik hipotézis tesztelésére mediációs elemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk, hogy a menopauza tünetek generativitásra gyakorolt hatása (miszerint növelik annak mértékét) az identitáskrízis növekedésén keresztül megvalósul-e. A prediktor változónk a tünetek intenzitása, a mediátor változónk az identitáskrízis mértéke, míg a kimeneti változónk a generativitás mértéke volt. A menopauza tünetek teljes hatása a generativitásra nem szignifikáns, nem mutatható ki hatás: $F(1,324) = 2,39, p = 0,123, R^2 = 0,01, \beta_{total} = -0,09$. A menopauza tünetek és az identitáskrízis együttes hatása a generativitásra nem szignifikáns, mivel a menopauza tünetek generativitásra való direkt hatása nem szignifikáns, még ha az identitáskrízis generativitásra gyakorolt hatása szignifikáns is: $F(2,323) = 8,56, p < 0,001, R^2 = 0,05; \beta_{identitáskrízis} = -0,24, t(325) = -3,82, p < 0,001; \beta_{direkt} = 0,03, t(325) = 0,40, p = 0,690$. A menopauza tünetek az identitáskrízisen keresztül megvalósuló indirekt hatása szignifikáns: $\beta_{indirekt} = -0,11, LLCI = -0,17, ULCI = -0,05$.

A mediációs elemzéssel a menopauza tünetek, identitáskrízis és generativitás összefüggésrendszerén egy teljes mediációt igazoltunk, ahol az indirekt útvonal szignifikáns, azonban direkt hatás nem kimutatható. A menopauza tünetek teljes egészében indirekten, az identitáskrízis erősödésén keresztül csökkentik a generativitást. Így

a negyedik hipotézis részben megerősítést kapott. Bár a menopauza tünetek erőssége valóban növeli az identitáskrízist, azonban a megélt identitáskrízis erőssége nem növeli, hanem éppen ellenkezőleg, csökkenti a generativitást. A mediációs elemzés eredményeit a 3. táblázat és a 3. ábra szemlélteti.

3. táblázat. A negyedik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	Útvonal	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Menopauza tünet	Generativitás	c (teljes hatás)	-0,086	0,055	-1,548	0,123	-0,195	0,023
Menopauza tünet	Identitáskrízis	a	0,469	0,087	9,567	<0,001	0,663	1,006
Identitáskrízis	Generativitás	b	-0,235	0,035	-3,824	<0,001	-0,200	-0,064
Menopauza tünet		c' (direkt hatás)	0,025	0,061	0,399	0,690	-0,096	0,145
Menopauza tünet (Identitáskrízisen át)	Generativitás	ab (indirekt hatás)	-0,110	0,031	-	<0,001	-0,171	-0,050



3. ábra. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül gyakorolt hatása a generativitásra

H5. A menopauza tünetek intenzitása az identitáskrízis megélésének mértékén keresztül fejtí ki a hatását az identitásfejlődésre (Perrig-Chiello et al., 2008; Sergeant & Rizq, 2017; Johnston-Ataata et al., 2020).

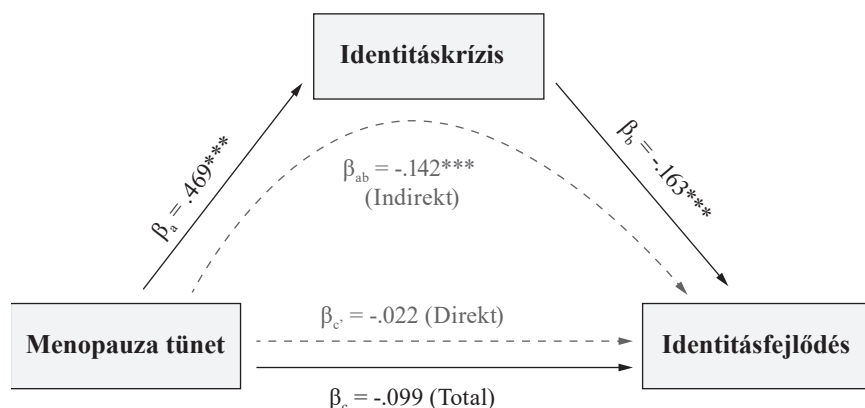
Az ötödik hipotézis tesztelésére szintén mediációs elemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk, hogy a menopauza tünetek identitásfejlődésre gyakorolt hatása (miszerint növelik annak mértékét) az identitáskrízis növekedésén keresztül valósul-e meg. A prediktor változónk a tünetek intenzitása, a mediátor változónk az identitáskrízis mértéke, míg a kimeneti változónk az identitásfejlődés mértéke volt. A menopauza tünetek teljes hatása az identitásfejlődésre nem szignifikáns, nem mutatható ki hatás: $F(1,324) = 3,20$, $p = 0,074$, $R^2 = 0,01$, $\beta_{total} = -0,10$. A menopauza tünetek és az identitáskrízis együttes hatása az identitásfejlődésre nem szignifikáns, mivel a menopauza tünetek identitásfejlődésre való direkt hatása nem szignifikáns, még ha az

identitáskrízis identitásfejlődésre gyakorolt hatása szignifikáns is: $F(2,323) = 5,80$, $p = 0,007$, $R^2 = 0,03$; $\beta_{identitáskrízis} = -0,16$, $t(325) = -2,63$, $p = 0,009$; $\beta_{direkt} = -0,02$, $t(325) = -0,36$, $p = 0,718$. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül megvalósuló indirekt hatása az identitásfejlődésre szignifikáns: $\beta_{indirekt} = -0,14$, LLCI = -0,25, ULCI = -0,03.

A mediációs elemzéssel a menopauza tünetek, identitáskrízis és identitásfejlődés összefüggésrendszerén *teljes mediációt* igazoltunk, ahol az indirekt útvonal szignifikáns, azonban direkt hatás nem kimutatható. A menopauza tünetek teljes egészében indirekten, az identitáskrízis erősödésén keresztül csökkentik az identitásfejlődést. Így ez a hipotézis is csak részben igazolódott be, mert bár a menopauza tünetek erőssége valóban növeli az identitáskrízist, azonban a megélt identitáskrízis erőssége megint csak csökkenti az identitásfejlődést. A mediációs elemzés eredményeit a 4. táblázat és a 4. ábra szemlélteti.

4. táblázat. Az ötödik hipotézis mediációs elemzésének eredményei

X	Y	Útvonal	β	SE (B)	t	p	LLCI	ULCI
Menopauza tünet	Identitásfejlődés	c (teljes hatás)	-0,099	0,103	-1,790	0,074	-0,386	0,018
Menopauza tünet	Identitáskrízis	a	0,469	0,087	9,567	<0,001	0,663	1,006
Identitáskrízis	Identitásfejlődés	b	-0,163	0,065	-2,627	0,009	-0,298	-0,043
Menopauza tünet		c' (direkt hatás)	-0,022	0,115	-0,362	0,718	-0,268	0,185
Menopauza tünet (Identitáskrízisen át)	Identitásfejlődés	ab (indirekt hatás)	-0,142	0,056	-	0,011	-0,252	-0,033



4. ábra. A menopauza tünetek identitáskrízisen keresztül gyakorolt hatása az identitásfejlődésre

DISZKUSSZIÓ

A mintában szereplő nők többsége együtt él valamilyen menopauza tünett, így az eredmények megvitatását a *második hipotézissel* kezdjük. Az volt a feltételezésünk, hogy minél erősebb menopauza tüneteket tapasztalnak a nők, annál erősebb lehet az átélt identitáskrízis. Ezt a hipotézist tesztelve, közepes erősségű, pozitív irányú, szignifikáns kapcsolat feltételezhető a két változó között, vagyis minél erősebbek a menopauza tünetek, annál nagyobb fejlődési krízist fog megélni az egyén. Így következtethetünk arra, hogy a menopauza tüneteknek valóban identitáskrízist alakító és erősítő hatásuk van. A középkorúság ideje normatív fejlődési szakasz, amely gyakran számtalan, az élet több területét is érintő változást hoz magával (McFadden & Rawson Swan, 2012). Ezek a változások mind fizikailag, mind pszichésen megterhelőek: a gyerekek elköltöztetésével változik a családszerkezet, a középkorúakra a szendvicsgeneráció képviselőjeként újabb gondozási feladatok hárulnak, hiszen immáron már szüleiket kell támogatni,

ellátni, továbbá számos menopauza tünettől is hosszú időn keresztül együtt kell élniük. Éppen ezek azok a kihívások, amelyek az identitásra is hatással vannak és gyakran a fent említett változások és tünetek az addigi identitást megkérdőjelező krízist generálnak (Pasquale, 2022). A menopauza tünetek - legyenek szomatikus vagy pszichológiai jellegűek, jelentős kellemetlenséget és fájdalmat okozhatnak. Önmagában ezek a szimptómák olyan kihívások elé állítják a középkorú nők mindennapjait, amelyek gyakran megoldhatatlanok vagy hosszú időt vesz igénybe a hozzájuk való alkalmazkodás. Mindez hatással lehet az identitás különböző aspektusaira is. A tünetek befolyásolják, hogy miként tudnak teljesíteni a munkahelyükön, amely szakmai identitásuk megkérdőjelezéséhez vezethet (Huo et al., 2022). Az ösztrogén-szint csökkenése elindít olyan testi folyamatokat is, amelyek következtében megváltozik a nők fizikai megjelenése, mindez a középkorúságra kialakított viszonylag stabil testképet állíthatja kihívások elé (Sergeant & Rizq, 2017; Lycke & Brorsson, 2023). A testkép általában romló megítéléséhez járulnak hozzá

a menopauza tünetek nemi szervekre gyakorolt negatív következményei is, pl. a hüvely-szárazság, amelytől a mintában szereplő nők mintegy 53%-a küzd, vagy a szexuális problémák, amelyekkel a vizsgálati csoport 75%-a küzd enyhébb vagy súlyosabb mértékben. Következésképp, a szexuális teljesítmény és ennek következményeként a saját fizikai vonzerőről alkotott kép is jelentősen változhat, sérülhet (Johnston-Ataata et al., 2020). Sokan hangulatváltozásaik miatt nem ismernek rá önmagukra, amely szintén befolyásolja énképüket (Nosek et al., 2012; Parand avar et al., 2014). Továbbá, a családi és más személyes kapcsolatokat is jelentősen befolyásolhatják az erős menopauza tünetek, mivel sokan azt tapasztalják családtagjaiktól, hogy értetlenül, türelmetlenül állnak megváltozó személyiségükhöz, testükhöz (Perrig-Chiello et al., 2008; Parand avar et al., 2014; Sathiyaseelan et al., 2024). A szakirodalomban fellelhető kutatások tehát leírják, hogy a középkorúság időszaka és az abban jellemzően meg tapasztalt menopauza tünetek hányféle aspektusból jelentenek kihívást a nők identitása számára, amely gyakran krízisként jelentkezik. Más szakmákkal közös szakmai feladatnak tekinthető a pszichológusok számára, hogy a változókori krízis megtámogatására egyre több figyelem forduljon, hogy a középkorú nők minél inkább minőségi életet tudjanak élni.

Visszatérve *első hipotézisünkre*, ez alapján azt teszteltük, hogy az erős menopauza tünetek nagyobb generativitásra motiválják-e a nőket. Az eredmények azt mutatják, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a két változó között, vagyis a mintában szereplő középkorú nők esetében a menopauza tünetek nem erősítik a generatív hajlandóságot. Ez az eredmény némileg ellentmond más kutatások következtetéseinek. Több tanulmány is arról ír, hogy

a középkorúság idejét jellemző testi-lelki kihívásokkal való megküzdést segítheti, amennyiben az egyén figyelmét mások fejlődésére összpontosítja. A generatív tevékenységek jelenthetik a korábbi bekezdésekben már leírt identitáskrízisen való sikeres túlélést (Versey & Newton, 2013; Pasquale, 2022). Ezt a tendenciát írják le más kutatók is, akik arra jutottak, hogy a középkorúság idején – amit ők 43 és 62 éves korra tesznek – nő a generativitásra való hajlandóság és a generativitás, mint egyénre jellemző cselekvés lehet az identitás fontos alkotóeleme is (Newton & Stewart, 2010). Ismeretes az is, hogy a generativitás és az identitás szorosan összekapcsolódó fogalmak, azonban eltérő problémákra reagálnak (Huo et al., 2022). Adódik tehát a kérdés, hogy miért nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az erősödő menopauza tünetek és a növekvő generatív hajlandóság között. Elképzelhető, hogy a menopauza tüneteket a jelenben éppen átélő nők – legyenek akár a klimakterium, menopauza vagy posztmenopauza szakaszában – szimptomái annyira megterhelőek a középkorúság egyéb pszichoszociális kihívásai mellett, hogy esetükben az identitás iránt érzett aggodalom magasabb, mint az utánuk következő generáció felé fordulás igénye. Lehetséges, hogy amíg a menopauza tünetek a mindennapi működést áthatják – akár fizikai fájdalmat vagy mentális nehézségeket okozva – addig egyszerűen nem marad további erőforrásuk, kapacitásuk a mások jóllétére irányuló tevékenységek művelésére. Annak ellenére, hogy már Erikson megfogalmazta, hogy a középkorúság idején jelentkező identitásválságnak adaptív megoldása lehet a generativitás, mégis ennek a mintának az eredménye szerint nem a menopauza időszaka az, amelyre a generativitás jellemző (McAdams et al., 1993).

A generativitás ugyanakkor komplex fogalom, amely egyes modellek szerint 7 alkotóelemből áll, amelyek mind kognitív vagy aktív erőfeszítést igényelnek. Néhányat megemlítve például a meggyőződés azt illetően, hogy az emberiség a következő generáció tevékenysége mentén fejlődőképes, elköteleződés a következő generációt segítő, konkrét célok mellett és aztán a célok aktív megvalósítása (= generatív cselekvés) (Huo et al., 2022). Feltételezésünk szerint, amíg a nők hétköznapijai a menopauza tünetek fáradtságával áthatottak, addig kevesebb energiájuk marad a mások felé forduló cselekedetek végzésére. Érdeemes lenne tehát megvizsgálni, hogy – elfogadva azt, hogy a generativitás a középkorúság valóban kiemelkedően fontos feladata – a posztmenopauzában lévő, magyar nők esetén nagyobb generatív hajlandóságot találunk-e, mint a még intenzív tüneteket tapasztaló (tehát a menopauza időszakában lévő) társaiknál. Befolyásolják-e a generatív hajlandóságot az életkörülmények: ha nem kell gondoskodni a gyerekekről vagy a szülőkről, ha jó anyagi helyzetnek örvendhetnek, vagy ha jó a partnerkapcsolatuk az növeli-e a generativitásra való hajlandóságot (Newton & Stewart, 2010; Versey & Newton, 2013; Moieni et al., 2021). Továbbá eredményeink értelmezésekor figyelembe kell vennünk a kutatás mintavételi korlátait is, hiszen a kényelmi mintavétel és online önkéntes toborzás következtében kitöltőinket az önszelekció jellemezte, ami esetleg azzal a következménnyel járhatott, hogy inkább olyanok töltötték ki a kérdőívet, akik az identitásválságra nem találtak még előremutató megoldást, és nem jutottak el a generativitás növekedéséig.

Harmadik hipotézisünk alapján azt vizsgáltuk, hogy a menopauza tünetek erőssége növeli-e az identitás fejlesztésére irányuló

motivációt. Az eredmények azt mutatják, hogy ez a hipotézis nem teljesült. Ez az eredmény ismét ellentmond a szakirodalomban fellelhető más eredményeknek, amelyek azt írják le, hogy ebben az életkorban még kifejezetten jellemző a nőkre is, hogy karrierjüket építik, fejlesztik önmagukat (Newton & Stewart, 2010). A 40 éves kortól nagyjából 60 éves korig tartó időszakban a nők identitása fejlődésben van és az identitás különböző aspektusaira vonatkozó kérdések csak a középkor vége felé kezdenek el csökkenni (Newton & Stewart, 2010; Huo et al., 2022).

Kérdésként adódik, hogy vajon miért nem jelenik meg az identitás fejlesztésére való motiváció a mintán? A menopauza tünetek intenzitásából fakadó erőforrás- és energiahianyának köszönhető vagy korábban is kisebb mértékű lehetett az identitás alkotóelemeinek feltérképezése, megkérdőjelezése, bizonyos identitás-témák mentén való elköteleződés? A stagnálást vagy az identitás fejlesztése iránti érdeklődés hiányát a társadalomban domináns, középkorú nőkről alkotott véleménye és az az alapján meghatározott énkép eredményezi? Ha az orvos-biológiai modell (amelyen a mai modern orvosi gyakorlat is alapul) szemüvegén keresztül tekintünk rá ezekre a kérdésekre, elképzelhető, hogy a menopauza által okozott hiányokra erősítünk rá a középkorú nők esetében, akik így nem az előttük álló időszak lehetőségeit látják, hanem pusztán mentális és fizikai képességeik devalválódásával kerülnek szembe, azokat internalizálják. Természetesen ezek további vizsgáldást igényelnek, hogy a megfigyelt jelenséget – miszerint az identitásfejlődésre vonatkozó gondolkodás és attitűd nem jellemző az általunk vizsgált mintában – jobban megérthessük. Az előzőleg említett, a minta jellegéből fakadó korlátok figyelembevétele ezen eredményünk értelmezésénél is óvatosságra int.

Negyedik hipotézisünkben a menopauza tünetek okozta növekvő identitáskrizisen keresztül megvalósuló generativitásra kifejtett hatását vizsgáltuk és azt feltételeztük, hogy az erősebb menopauza tünetek növelik az identitáskrizist, amely a generatív motivációt is növelni fogja. E hipotézis tesztelésére mediációs elemzést végeztünk, melynek eredményeként teljes mediációt kaptunk, vagyis az indirekt útvonal volt szignifikáns, míg a direkt útvonalon nem volt kimutatható hatás. Az indirekt útvonal szignifikanciája azt jelenti, hogy a menopauza tünetek kizárólag az identitáskrizis erősítésén keresztül hatnak a generativitásra, önmagukban nem. Hipotézisünk részlegesen teljesült, mivel a menopauza tünetek mértékének növekedése valóban nagyobb identitáskrizist okoz, azonban a generativitás az identitáskrizis növekvő mértéke mellett – a feltételezett emelkedés helyett – csökken. Tehát amennyiben a középkorú nő erős menopauza tüneteket tapasztal, az növeli az identitásával kapcsolatban megélt krízist és csökkenti a generatív hajlandóságot. Ez az eredmény azért is érdekes, mert az első hipotézisünk alapján nem volt kimutatható szignifikáns kapcsolat a menopauza tünetek és a generativitás között, viszont így, hogy az identitáskrizist is hozzáadtuk az összefüggésrendszerhez, látható, hogy a menopauza tünetek az identitás válságán keresztül befolyásolják a generatív motivációt, megerősítve konceptuális modellünk érvényességét.

Az már a korábbi hipotézisekből is egyértelműnek látszik, hogy a változókor időszaka jelentős megterheléssel jár együtt, ami negatívan befolyásolhatja a női önazonosságot, énképet (Pasquale, 2022). A személyes identitásnak ebben az időszakban számtalan kihívás próbáját kell kiállnia, illetve azokon túlnőve, a középkorú nő sokszor

rákényszerül arra, hogy újradefiniálja azt. Ennek következtében identitásuk gyakran megkérdőjeleződik ebben az átmeneti szakaszban, hiszen egyszerre, több fronton is támadás alatt áll. Ezek például a menopauzális átmenetben lezajló hormonális változások (az ösztrogén-szint jelentős csökkenése, ami a fizikai testen is jól látható nyomokat hagy; az öregedésnek tulajdonított jegyek, mint az őszülő haj, ráncosodó bőr, hízékonnyabbá váló testalkat) mind láthatóvá válnak a női testen, amely az új testtel való megbarátkozás következtében kialakuló érzelmi nehézségekkel is együtt jár (Rubinstein & Foster, 2013; Sergeant & Rizq, 2017; Lycke & Brorsson, 2023). A hangulatingadozások, az átmenetileg csökkenő kognitív teljesítmény (feledékenység, memóriazavar), a kialvatlanság miatti fáradékonyság gyakran befolyásolja a munkahelyi teljesítményt is. Erre ráerősít az is, hogy a modern munkahelyeken hangsúlyosan előtérbe helyezik a fiatal munkavállalókat, amely mind kihat a középkorú nő szakmai identitására (Nosek et al., 2012; Rubinstein & Foster, 2013; Parand avar et al., 2014; Panay et al., 2021; Ramli et al., 2023). Más fontos identitás-aspektusok, amelyek az átmenetben – a fokozódó testi, kognitív és pszichés tünetek által – érintettek lehetnek, a nemi identitás, vagy nőiesség kérdése, illetve a szűkebb és tágabb szociális térben (család, illetve barátok) betöltött szerepeik. A menopauzában lévő nők házastársi, illetve anyai szerepeikben gyakran kevésbé kompetensnek élik meg magukat, ugyanakkor a házastársi kapcsolatban megélt elégtelenség növelheti menopauzás tüneteiket (Onder & Batigun, 2016; Sathiyaseelan et al., 2024).

A hipotézis második fele viszont nem igazolódott, mivel az identitáskrizis megoldásaként nem a generativitást választják

a mintában szereplő nők, szemben más kutatásban leírtakkal (Pasquale, 2022), aminek értelmezésében mindenképpen figyelembe kell vennünk mintánk specifikus jellemzőit, és a mintavételi módszert, ami kényelmi mintavétel volt. Igaz, hogy a mások jól-léte érdekében végzett tevékenységek nem egyetlen, kizárólagos megoldását jelenthetik az identitáskrízis feloldásának, de egy potenciális útja lehet a válságon való túllendülésnek. Korábbi tanulmányok következtetése alapján érdemes lehet a közeljövőben a menopauza tünetek, identitáskrízis és generativitás kapcsolattrendszerét tovább vizsgálni olyan szempontok mentén, mint-hogy az elsődlegesen családfenntartó szerepeket ellátó középkorú nők identitásválságának inkább megoldása-e a generativitás, mint a karrierépítő társaiknak. Érdemes lehet azt is megvizsgálni egy reprezentatívabb magyar mintán, hogy amennyiben a generativitás további kutatási eredmények alapján sem számottevő tényező a középkorúság idején jelentkező identitásválság megoldására, akkor mi lehet az, amely a magyar, középkorú nőket segíti a változókori krízisen való továbblendülésen? Feltételezhetjük, hogy a támogató baráti vagy családi kapcsolatok, a szakmai sikerek vagy a fizikai és lelki egészséget támogató tevékenységeknek lehet itt szerepe (Arnot et al., 2021).

Végezetül *ötödik hipotézisünkben* azt vizsgáltuk, hogy a menopauza tünetek az identitáskrízisen keresztül növelik-e az identitás fejlesztésére vonatkozó aspirációt. A hipotézis tesztelésére ismét mediációs elemzést végeztünk, amelynek eredménye ismét teljes mediációt adott. A vizsgált összefüggésrendszerben ismét az indirekt útvonal volt szignifikáns, míg a direkt útvonalon nem volt kimutatható hatás. Mindez azt

jelenti, hogy az erősebb menopauza tünetek a növekvő identitáskrízisen keresztül fejtik ki hatásukat az identitásfejlődésre, mégpedig csökkentik azt. A menopauza tünetek identitáskrízisre gyakorolt hatásáról már szó esett, így elmondható, hogy a menopauza tünetek növelik az identitáskrízis kialakulásának valószínűségét, mivel az identitás meglehetősen sok eleme érintett a menopauzális átmenetben. Azt, hogy az identitás-fejlesztés felé fordulnak a középkorú, menopauzát átélő nők, korábbi kutatási eredmények megerősítik, amennyiben arról írnak, hogy szerepeik átrendeződése miatt a nőknek ismét kialakul az igénye arra, hogy többet foglalkozzanak magukkal, reflektáljanak élethelyzetükre vagy akár újragondolják identitásuk meghatározó vetületeit (Perrig-Chiello et al., 2008). Azon túl, hogy saját, intrinzik motivációjuk nő meg önmaguk újradefiniálására, számos külső tényező is erre sarkallja őket: gyakran munkahelyen betöltött státuszuk maximumát érik el a középkorúság ideje alatt, amely után fokozatosan a szakmai szerep csökkenése következik (Helson & Soto, 2005; Sathiyaseelan et al., 2024). Sokszor a partnerkapcsolati szerepükben történő változások is arra készítetik őket, hogy saját magukat is fejlesszék - partnerükkel egyetemben -, hogy a gyerekek kirepülése után újra megtalálják önmagukat és egymást is a kapcsolatban (Sathiyaseelan et al., 2024).

Megemlíthető azonban az is, hogy ezek oda-vissza ható tényezők, például ha egy nő menopauza tüneteivel értetlen és érzéketlen a közvetlen környezete, elsősorban a partnere, az okozhatja a menopauza tünetekkel kapcsolatos negatív attitűdöt, amely értelemszerűen inkább az identitáskrízis növeléséhez és kevésbé az egyéni fejlődés felé vezet (Parand avar et al., 2014). Eredményeinket

megerősítő korábbi kutatási eredmény az is, hogy az 50-es éveik elején járó nők már kevésbé nyitottak saját fejlesztésükre (Helson & Soto, 2005). Azt gondoljuk, hogy további vizsgálódások segíthetnek jobban eligazodni abban, hogy az identitásfejlődési motivációt milyen – jelenleg még rejtett – tényezők segíthetik: érdemes lehet különválasztani a menopauza tüneteket az eredeti csoportosítás mentén. Kérdésként merül fel, hogy a szomatikus tünetek vagy a pszichés tünetek miként hatnak az identitáskrízis jelenségére, melyek azok a tünetcsoportok, amelyek a krízist erősítik, és melyek azok, amelyek inkább az identitásfejlődés irányába hatnak? Továbbá, elgondolkodtató az is, hogy vajon vannak-e olyan megküzdési mechanizmusok, amelyeket az identitáskrízisben alkalmazva végül növekvő identitásfejlődést eredményeznek? Érdemes lehet azt is megvizsgálni, hogy a középkorúságot több életkori csoportra bontva, van-e különbség az identitásfejlődési motivációt tekintve a 40-es és 50-es éveikben járó, menopauzát átélő nők között.

Összességében eredményeink megerősítik, hogy a menopauza tünetek identitáskrízishez vezethetnek. Ebből egyértelműen következtethetünk arra, hogy a menopauza időszaka - bármelyik szakaszában is tartson az illető - kifejezetten megterhelő, a középkorú nők addigi hétköznapijait alapjaiban megrengető folyamat. Jelen kutatás megerősítette a menopauza tünetek és az identitáskrízis között található összefüggést, valamint felvetette és részben megválaszolta azt a kérdést, hogy vajon az identitáskrízisre megoldásként szolgálhatnak-e a fiatalabb generációért (generativitás) vagy a nők önmagukért (identitásfejlődés) tett erőfeszítései. Eredményeink alapján a mintában szereplő nők esetében erre nemleges választ tudunk adni,

de további kutatások szükségesek ennek részletesebb feltárására és esetleges intervenciók lehetőségei kidolgozására, amelyek segítségével adekvátan, igényeik szerint támogathatjuk a perimenopauzában, menopauzában és posztmenopauzában élő nőket.

A menopauzáról való jelenlegi ismereteink alapján, interdiszciplináris szakmai csapat - orvos, pszichológus, dietetikus, edző, gyógytornász - együttműködése szükséges ahhoz, hogy a nők menopauzális átmenetét megfelelően támogatni tudjuk, és lehetőleg megelőzzük a menopauza tünetek okozta pszichés és testi kimerülést, az arra épülő mentális betegségek kialakulását. Hozzátehetjük, hogy alapvető feladata lenne az egészségügyben dolgozóknak, elsősorban a nőgyógyászoknak a középkorúságot elérő nők megfelelő tájékoztatása, hogy mire számíthatnak a menopauza ideje alatt, valamint informálni kellene őket a védőfaktorokról, esetleges kezelési terápiaikról. Ehhez járulhatnak hozzá a pszichológusok is a témában elindított pszichoedukációval, amellyel a menopauzális átmenetben élő nők és közvetlen környezetük támogatása válik lehetővé a menopauzális folyamat normalizálásával, a tünetekről való tájékoztatással vagy akár menopauza csoportok („peer support group”) létrehozásával szakember bevonásával, ahol a menopauzális folyamatot átélő nők személyesen találkozhatnak és megoszthatják megéléseiket, illetve szembesülhetnek azzal, hogy nem egyedül kell megbirkózniuk a menopauzális átmenet változásaival. A korábbi kutatások eredményei alapján számottevő a menopauzával kapcsolatos tapasztalatok megélésében, hogy milyen életterük van az azt megtapasztaló nőknek, kik veszik őket körül, és hogy a közvetlen környezetük mennyire tud érzékenyen állni tüneteikhez.

Korlátok

A kutatás online adatfelvétellel készült, kérdőíves formában, tehát mindazok a megkötések érvényesek az eredmények értelmezésekor, amik erre a módszerre alkalmazhatóak. A kényelmi mintavétel és önszelekció miatt a kérdőívre adott válaszokat befolyásolhatta a kitöltők azon esetleges motivációja, hogy a menopauzával kapcsolatos negatív tapasztalataikat megosszák, és fennállhat az a lehetőség, hogy éppen azok töltötték ki a kérdőívet, akiknek még nem sikerült pozitív megoldást találni a menopauzális átmenet identitásválságára. Továbbá érdemes lett volna megkülönböztetni azt,

hogy a kitöltők éppen a menopauza mely szakaszában vannak. A szétválasztás hiánya így kevésbé tette lehetővé mélyreható összefüggések leírását. A kutatás korlátja lehet még az is, hogy a Fejlődési Krízis Kérdőív a kutatás során került lefordításra magyar nyelvre, így annak validálása még nem történt meg. Érdemes lett volna a menopauzális átmenetben élő nők néhány megküzdési stratégiájára is rákérdezni, amely valószínűsíthetően további relációk felfedezését segíthette volna, s mindez hozzájárulhatott volna ahhoz, hogy az eredmények között néhány, a magyar mintán fellelhető, a menopauza tünetek intenzitását ellensúlyozó védőfaktor is tanulmányozni tudjunk.

SUMMARY

MENOPAUSE SYMPTOM INTENSITY AND IDENTITY DEVELOPMENT DURING MENOPAUSE

Background and Aims: Middle aged women are affected by menopause globally. The great variety of menopause symptoms experienced during this period often results in a substantial physiological and psychological strain for daily living. At times, symptoms could be intense and grave so that they may provoke a transformation of various aspects of identity, which is under substantial challenge during midlife anyway. These processes may lead to a crisis of identity in women at this time period. As a solution for the crisis women may turn towards generative activities (activities concerning the well-being of the next generation), or their motivation for self-development may increase. The aim of our study was the examination of the relationship between menopause symptom severity and various aspects of identity transformation in middle aged women.

Methods: In the study, we examined Hungarian women aged 45–55. We have distributed an online questionnaire in menopause themed social-media groups, which consisted of the following: Demographic questions, Hungarian version of the Menopause Rating Scale (MRS), the Developmental Crisis Questionnaire (DCQ), the Dimensions of Identity Development Scale (DIDS), and the Loyola Generativity Scale (LGS). In order to test our hypotheses we used correlation tests and mediation analysis.

Results: Based on our analysis strong menopause symptoms show a positive relationship with increased identity crisis. Furthermore, strong menopause symptoms affect generativity and motivation for identity development indirectly, through the increase of identity crisis in an unexpected way: they decrease generativity and motivation for identity development. However, menopause symptoms in themselves do not show a significant relationship neither with generativity, nor with motivation for identity development.

Discussion: Women in our sample show at least mild menopause symptoms and hence many of them experience an identity crisis. This result in itself is a call for professionals involved in physically or mentally caring for women in menopause, since health issues during the menopause transition may influence women's quality of life after the menopause.

Keywords: menopause symptoms, identity, identity crisis, generativity, identity development

IRODALOM

- Arnot, M., Emmott, E. H., & Mace, R. (2021): The relationship between social support, stressful events, and menopause symptoms. *PLOS ONE*, 16(1). e0245444. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245444>
- Baker, C., & Benayoun, B. A. (2023): Menopause is more than just loss of fertility. *Public Policy & Aging Report*, 33(4). 113–119. <https://doi.org/10.1093/ppar/prad023>
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015): Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 9(37). 1–20. <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00037>
- Csetvei, A., Püspök, N., Gombárovity, E., Karácsony, I., & Pakai, A. (2024): Változókori élő nők életminőségének, a depresszió és a stressz mértékének vizsgálata. *Nővér*, 37(5). 21–29. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0022>
- De Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & 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. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>
- Erikson, E. (1959): Theory of identity development. In E. Erikson (Ed.), *Identity and the life cycle* (pp. 50–77). International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1963): *Childhood and society* (Vol. 2, p. 1964). Norton.
- Erikson, E. H. (1984): Reflections on the last stage—and the first. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 39(1). 155–165. <https://doi.org/10.1080/00797308.1984.11823424>
- Field, A. (2005): *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., & Schneider, H. P. G. (1994): Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralblatt für Gynäkologie*, 116(1). 16–23.
- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. PG, Strelow, F., Heinemann, L. AJ, & Minh Thai, D. (2004): The Menopause Rating (MRS) scale: A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(45). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>

- Helson, R., & Soto, C. J. (2005): Up and down in middle age: Monotonic and nonmonotonic changes in roles, status and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2). 194–204. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.194>
- Hess, R., Thurston, R. C., Hays, R. D., Chang, C.-C. H., Dillon, S. N., Ness, R. B., Bryce, C. L., Kapoor, W. N., & Matthews, K. A. (2012): The impact of menopause on health-related quality of life: Results from the STRIDE longitudinal study. *Quality of Life Research*, 21(3). 535–544. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9959-7>
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987): Fine-Tuning Some Resistant Rules for Outlier Labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400). 1147–1149. <https://doi.org/10.2307/2289392>
- Horváth, L. F., & Szabó, B. (2024): *Development Crisis Questionnaire magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007): Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2). 261–274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>
- Huo, H., Qi, H., & Newton, N. J. (2022): Examining identity and generativity among middle-aged female activists in two cultural contexts. *Journal of Adult Development*, 29(4), 318–327. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09407-6>
- Hvas, L., & Gannik, D. E. (2008): Discourses on menopause – Part I: Menopause described in texts addressed to Danish women 1996–2004. *Health (London)*, 12(2). 157–175. <https://doi.org/10.1177/1363459307086842>
- Ilea, I., Jenei, D., & Vincze, O. (2022): A Loyola Generativitás Skála (LGS-18) magyar nyelvű adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(2). 163–181. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00012>
- Jakab, A. Jr. (2001): Menopausa. In A. Lövegy (Ed.), *A klinikai endokrinológia és anyagcsere-betegségek kézikönyve* (pp. 511–522). Medicina Kiadó.
- JASP Team (2026). JASP (Version 0.96.0) [Computer software].
- Johnston-Ataata, K., Flore, J., Kokanovic, R., Hickey, M., Teede, H., Boyle, J. A., & Vincent, A. (2020): „My relationships have changed because I’ve changed”: Biographical disruption, personal relationships and the formation of an early menopausal subjectivity. *Sociology of Health & Illness*, 42(7). 1516–1531. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13143>
- Li, L., Wu, J., Pu, D., Zhao, Y., Wan, C., Sun, L., ... & Zhang, M. (2012): Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in Chinese women. *Maturitas*, 73(4). 354–360. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.008>
- Lukács, L. (2024): *Menopauza Rating Scale magyar fordítás* [Nem publikált kézirat].
- Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008): Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42(1). 58–82. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.004>
- Lycke, A., & Brorsson, A. (2023): Swedish women’s experience of menopausal transition: A focus group study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 35. 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100807>

- McAdams, D. P. (2005): Studying lives in time: A narrative approach. *Advances in Life Course Research*, 10(1). 237–258. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(05\)10009-4](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(05)10009-4)
- McAdams, D. P., & De St. Aubin, E. (1992): A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6). 1003–1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- McAdams, D. P., De St. Aubin, E., & Logan, R. L. (1993): Generativity among young, mid-life, and older adults. *Psychology and Aging*, 8(2). 221–230. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.221>
- McFadden, J. R., & Rawson Swan, K. T. (2012): Women during midlife: Is it transition or crisis? *Family & Consumer Sciences Research Journal*, 40(3). 313–325. <https://doi.org/10.1111/j.1552-3934.2011.02113.x>
- Moieni, M., Seeman, T. E., Robles, T. F., Lieberman, M. D., Okimoto, S., Lengacher, C., Irwin, M. R., & Eisenberger, N. I. (2021): Generativity and social well-being in older women: Expectations regarding aging matter. *Journal of Gerontology: Series B*, 76(2). 289–294. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa022>
- Newton, N., & Stewart, A. J. (2010): The middle ages: Change in women’s personalities and social roles. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1). 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01543.x>
- Nosek, M., Powell Kennedy, H., & Gudmundsdottir, M. (2012): Distress during the menopause transition: A rich contextual analysis of midlife women’s narratives. *SAGE Open*, 2(3). 1–10. <https://doi.org/10.1177/2158244012455178>
- Onder, M., & Batigun, A. D. (2016): Premature and normal menopause: An evaluation in terms of stress, marital adjustment and sex roles. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(2). 129–138. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290204>
- Opayemi, O. O. (2025): Menopausal transition, uncertainty, and women’s identity construction: Understanding the influence of menopause talk with peers and healthcare providers. *Communication Quarterly*, 73(2). 239–263. <https://doi.org/10.1080/01463373.2024.0000000>
- Panay, N., Palacios, S., Davison, S., & Barber, R. (2021): Women’s perception of the menopause transition: A multinational, prospective, community-based survey. *Gynecological and Reproductive Endocrinology and Metabolism*, 2(3). 178–183. <https://doi.org/10.53260/GREM.212037>
- Parandavar, N., Mosalanejad, L., Ramezanli, S., & Ghavi, F. (2014): Menopause and crisis? Fake or real: Comprehensive search to the depth of crisis experiences: A mixed-method study. *Global Journal of Health Science*, 6(2). 246–255. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p246>
- Pasquale, D. R. H. (2022): *Generative self-identity development through serious leisure in middle-aged women* [Doktori disszertáció]. Grand Canyon University.
- Patakfalvi, D. (2024. október 15.): És egyszer csak nem jött meg többet – három magyar menopauzatörténet. *Telex*. <https://telex.hu/életmod/2024/10/15/es-egyszer-csak-nem-jott-meg-tobbet-harom-magyar-menopauza-tortenet>

- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., & Hoepflinger, F. (2008): Role involvement and well-being in middle-aged women. *Women & Health*, 48(3). 303–323. <https://doi.org/10.1080/03630240802463517>
- Perz, J., & Ussher, J. M. (2008): “The horror of this living decay”: Women’s negotiation and resistance of medical discourses around menopause and midlife. *Women’s Studies International Forum*, 31(4). 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.05.003>
- Petrov, N., Robinson, O. C., & Arnett, J. J. (2022): The Developmental Crisis Questionnaire (DCQ-12): Psychometric development and validation. *Journal of Adult Development*, 29(3). 265–278. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09403-w>
- Ramli, N. Z., Yahaya, M. F., Mohd Fahami, N. A., Abdul Manan, H., Singh, M., & Damanhuri, H. A. (2023): Brain volumetric changes in menopausal women and its association with cognitive function: A structured review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15. 1–22. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1158001>
- Rempört, J., & Blázovics, A. (2017): Fitoösztrogének a menopauza terápiájában. *Orvosi Hetilap*, 158(32). 1243–1251. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30805>
- Rivnyák, A., Járdaházi, E., Arató, N., Péley, B., & Láng, A. (2022): The assessment of dual-cycle identity models among secondary school students: The Hungarian adaptation of DIDS and U-MICS. *Frontiers in Psychiatry*, 13. 804529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.804529>
- Rubinstein, H. R., & Foster, J. L. H. (2013). “I don’t know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is to do with a stage in your life”: Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2). 292–307. <https://doi.org/10.1177/1359105312454040>
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021): The menopause transition: Signs, symptoms, and management options. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1). 1–15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Sathiyaseelan, A., Patangia, B., & Hainary, P. (2024): Meaning in life in menopause: A narrative literature review on how menopausal women make sense of their life? *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 21(1). 66–73. https://doi.org/10.4103/iopn.iopn_14_24
- Schneider, H. PG, Heinemann, L. AJ, Thiele K. (2002): The Menopause Rating Scale (MRS): Cultural and linguistic translation into English. *Life and Medical Science Online*, 3. <https://doi.org/10.1072/LO0305326>
- Sergeant, J., & Rizq, R. (2017): “It’s all part of the big CHANGE”: A grounded theory study of women’s identity during menopause. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3). 189–201. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1270937>
- Srivastava, R. (2024): Understanding women’s health: An overview. In N. Kumari & S. Choudhary (Eds.), *Global crises and international relations* (pp. 20–26). Britain Book Company. <https://doi.org/10.31995/Book.AB256-M24.Chapter4>
- Thurston, R. C., Thomas, H. N., Castle, A. J., & Gibson, C. J. (2025): Menopause as a biological and psychological transition. *Nature Reviews Psychology*, 4(8). 530–543. <https://doi.org/10.1038/s44159-025-00463-9>
- Tukey, J. W. (1977): *Exploratory Data Analysis*. Addison-Wesley.

- Utian, W.H. (2005): Psychosocial and Socioeconomic Burden of Vasomotor Symptoms in Perimenopause: A Comprehensive Review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(47). <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-3-47>
- Versey, H. S., & Newton, N. J. (2013): Generativity and productive pursuits: Pathways to successful aging in midlife African American and White women. *Journal of Adult Development*, 20(4). 185–196. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9170-x>
- World Health Organization (2024). *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>