

**Doktori (PhD) értekezés**

**NEHÉZSÉGEK A SZÜLŐVÉ VÁLÁS ÚTJÁN:  
A FÉRFIAK DEPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLATA NORMATÍV ÉS  
PARANORMATÍV KRÍZIS MENTÉN**

**Almássy Zsuzsanna**

**Debreceni Egyetem  
BTK  
2014**

**NEHÉZSÉGEK A SZÜLŐVÉ VÁLÁS ÚTJÁN:  
A FÉRFIAK DEPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLATA NORMATÍV ÉS  
PARANORMATÍV KRÍZIS MENTÉN**

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében  
a pszichológia tudományágban

Írta: Almássy Zsuzsanna, okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok doktori iskolája  
(Pszichológia programja) keretében

Témavezető: Dr. Habil. Pék Győző

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr. ....  
tagok: Dr. ....  
Dr. ....

A doktori szigorlat időpontja: 20... . . . . .

Az értekezés bírálói:

Dr. ....  
Dr. ....  
Dr. ....

A bírálóbizottság:

elnök: Dr. ....  
tagok: Dr. ....  
Dr. ....  
Dr. ....  
Dr. ....

Az értekezés védésének időpontja: 20... . . . . .

## NYILATKOZAT

*„Én Almássy Zsuzsanna teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”*

.....  
Almássy Zsuzsanna

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet mondok témavezetőmnek, Dr. habil. Pék Győzőnek, hogy lehetővé tette a közös munkát, és az általa vezetett tanszék munkájába való bekapcsolódásomat a doktori tanulmányaim során.

Kiemelt köszönettel tartozom Dr. Szemán-Nagy Anitának, hogy szakmai segítségével végig kísérte a disszertáció megszületését, és ahhoz sokrétű támogatást nyújtott. Hasznos tanácsai és a közös munka nélkül az nem születhetett volna meg.

Köszönöm Mohácsi Bernadettnek, hogy a kutatásaink megtervezésében és lebonyolításában társak lehettünk. Szakmai és baráti támogatását egyaránt köszönöm.

Az adatok statisztikai elemzésében nyújtott segítségével köszönet illeti Dr. habil. Máth Jánost. Ezen felül köszönöm a támogatását és bátorító szavait, mely nagy segítséget nyújtott a disszertáció megírása során.

A Proaktív Megküzdés Kérdőív magyar változatának megszületésében való közreműködéséért köszönet illeti Papp Gábort, aki a kérdőív pszichometriai jellemzésében nyújtott segítséget, továbbá Orosz Lászlónét, aki a magyarról angolra történő vissza fordítását végezte. Köszönet illeti továbbá a magyar nyelvű végleges változat pontosításaiért a 2012-ben diplomát szerzett angol szakfordítói csoportomat.

A munka elkészítését a **TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024** számú pályázata támogatta. A munka az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális fejlesztési alap és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

## TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS .....	9
I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	12
1. A nemi különbségek kutatása.....	12
1.1. Biológiai nem „sex” és társadalmi nem „gender” .....	12
1.2. A társadalmi nemek kutatása: gender- kutatás („gender-studies”) .....	13
1.3. Új irányvonal a férfi kutatások terén.....	13
1.3.1. A maskulinitás beemelése a kutatásokba.....	14
1.3.2. Elméleti keret a férfiak vizsgálatához .....	14
1.4. A gender és az egészségmagatartás.....	15
2. A depresszió .....	16
2.1. Nemi különbségek a depresszió előfordulási gyakoriságban.....	16
2.2. Nemi különbségek a depresszió megjelenésében.....	17
2.2.1. A Gotland- tanulmány .....	18
2.3. A férfias normák és a depresszió –férfi nemre való szocializációs folyamatok és a depresszió .....	19
2.4. Férfi depressziós tünetek és azok vizsgálata .....	20
2.4.1. Férfi depressziós tünetek nőknél? .....	22
2.4.2. A férfiak depressziójának kialakulása. A tünetek megjelenésének jellemzői kvalitatív vizsgálatok mentén.....	23
3. A családdá válás folyamata.....	25
3.1. Az egyéni életciklus .....	25
3.2. Családi életciklus modell .....	25
3.3. Férfiak az életciklusok mentén: a férfiak és a fiatal felnőttkor .....	27
3.3.1. Reprodukciós időszak .....	28
II. ELSŐ VIZSGÁLAT.....	30
A FÉRFIAK SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLTA AZ EGY ÉV POSZTPARTUM IDŐSZAKBAN.....	30
Témafelvetés .....	30
4. Az első vizsgálat elméleti háttere: posztpartum depresszió az apák életében.....	31
4.1. Diagnosztikus kritériumok .....	31
4.1.1. Az apai posztpartum depresszió tüneti képe .....	31
4.2. Előfordulási gyakoriság.....	33
4.3. Az apa posztpartum depressziójának kialakulása.....	34
4.3.1. Az apaság élménye és speciális stresszforrásai .....	34
4.3.2. Az anya depressziója mint a férfi szülés utáni depressziójának prediktív faktora .....	35
4.3.3. A férfiak posztpartum depressziójának kialakulását befolyásoló egyéb tényezők.....	36

4.4. Az apai posztpartum depresszió hatása a gyermekre .....	37
5. A vizsgálat bemutatása.....	39
5.1. Célkitűzés és hipotézisek .....	39
5.2. Az adatfelvétel módja.....	42
5.3. A vizsgálati személyek.....	42
5.3.1. A vizsgálati személyek demográfiai jellegzetességei.....	43
5.4. Vizsgálati módszerek: a mérőeszközök bemutatása.....	45
5.4.1. Demográfiai kérdések és a gyermekvállalásra vonatkozó információk .....	45
5.4.2. A depresszió mérésének mérőeszközei .....	45
5.4.3. A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (STAI).....	47
5.4.4. Az agresszió mérése: Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ).....	47
5.4.5. A vitális kimerültség mérése: Vitális Kimerültség Skála.....	48
5.4.5. A megküzdés vizsgálata: Proaktív Megküzdés Kérdőív (Proactive Coping Inventory-PCI) .....	48
5.4.6. Társas Támogatás Kérdőív .....	49
5.4.7. Az eszközök megbízhatósága.....	49
6. Eredmények.....	50
6.1. A szülés utáni depresszió előfordulása a mintánkban .....	50
6.1.1. Posztpartum depresszió a férfi almintában.....	51
6.1.2. Posztpartum depresszió a női almintában .....	54
6.1.3. A depresszió előfordulása a párok szintjén .....	54
6.2. Az anyák és az apák pszichés jóllét mutatóinak különbözősége a mintában .....	57
6.3. Az anya depressziójának és szorongásának összefüggése az apa depressziójával.....	59
6.4. A gyermek tervezettsége, illetve a problémás fogantatás változó hatása az apa depresszió szintjére .....	63
6.5. Az agresszivitás vizsgálata a tünettanban .....	63
6.5.1. Az agresszivitás mint a férfi típusú depresszió jellemzője.....	63
6.5.2. Az anya depressziója, szorongása és a férfi agresszivitás .....	66
6.5.3. Az apa vitális kimerültsége és az észlelt társas támasz hatása a depresszió és az agresszivitás különböző típusainak megjelenésére .....	69
6.6. Az egyéni erőforrások összefüggése a depresszióval.....	70
6.6.1. A depresszió és a proaktív megküzdés kapcsolata .....	70
7. Az első vizsgálat összefoglalása .....	72
III. MÁSODIK VIZSGÁLAT.....	75
MEDDŐSÉGI PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ PÁROK VIZSGÁLATA: A FÉRFI AK DEPRESSZIÓJA, SZORONGÁSA ÉS REMÉNYTELENSÉG ÉRZÉSE MENTÉN .....	75
Témafelvetés .....	75
8. A második vizsgálat elméleti háttere: A meddőség pszichológiai vonatkozásai .....	76

8.1. A meddőség definíciója.....	76
8.2. A meddőségi problémákról számokban: a hazai és a nemzetközi prevalencia .....	77
8.3. Identitás és meddőség.....	77
8.4. Pszichológiai következmények modell .....	78
8.5. Férfiak és a meddőségi probléma értelmezési kerete .....	79
9. A vizsgálat bemutatása.....	79
9.1. Hipotézisek.....	79
9.2. A vizsgálat körülményei és a vizsgálat menete.....	81
9.2.1. Az adatfelvétel módja.....	81
9.2.2. A vizsgálati személyek.....	81
9.3. Vizsgálati módszerek: a mérőeszközök bemutatása.....	82
9.3.1. A depresszió mérésének eszközei .....	82
9.3.2. A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (STAI).....	84
9.3.3. Beck Reménytelenség Skála .....	85
10. Eredmények.....	86
10.1. A férfiak és a nők pszichés jóllét mutatóinak különbözősége a mintában .....	86
10.2. A férfi saját jellemzői (életkora, meddőségi probléma), a pár meddőségi problémájának fennállási ideje és a férfiak pszichés jólléte .....	87
10.3. A férfiak pszichés jóllét mutatói a párjával közös illetve saját gyermekek függvényében..	91
10.4. A nők és a férfiak pszichés jellemzőinek összefüggései.....	92
10.4.1. Az externalizáló tünetek megélését befolyásoló tényezők.....	94
11. A második vizsgálat összefoglalása .....	96
IV. HARMADIK VIZSGÁLAT .....	98
A MEGKÜZDÉS POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSE: A PROAKTÍV MEGKÜZDÉS KÉRDŐÍV HAZAI ADAPTÁCIÓJA.....	98
Témafelvetés .....	98
12. A harmadik vizsgálat elméleti háttere: proaktív megküzdés.....	99
12.1. A pozitív pszichológia és a megküzdés fogalma.....	99
12.2. A megküzdés pozitív oldala: a proaktivitás .....	99
12.2.1. A megküzdés hagyományos felfogása és a proaktív megküzdés .....	100
12.2.2. Proaktív megküzdés .....	100
12.3. Elméleti keret a proaktív megküzdés értelmezéséhez .....	101
13. A Proaktív Megküzdés Kérdőív .....	104
13.1. A kérdőív fordításának folyamata .....	105
14. A vizsgálat bemutatása.....	106
14.1. A vizsgálat célkitűzése és hipotézisei .....	106
14.2. A vizsgálati személyek bemutatása.....	106

14.3. A vizsgálati eszközök bemutatása.....	107
15. Eredmények.....	108
15.1. A PCI magyar változatának megerősítő faktorelemzése (CFA) .....	108
15.2. A mérőeszköz leíró statisztikai adatai és pszichometriai jellemzése .....	111
15.2.1. A mérőeszközt jellemző belső konzisztencia mutatók.....	111
15.2.2. Az alskálák jellemzése, és a nemi különbségek ismertetése .....	111
15.2.3. Az egyes alskálák és az azokhoz tartozó itemek részletes jellemzése .....	112
15.2.4. Az alskálák közötti kapcsolatok elemzése .....	118
15.2.5. A kérdőív külső validitása.....	119
16. A harmadik vizsgálat összefoglalása.....	120
V. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS GYAKORLATI VONATKOZÁSOK .....	122
IRODALOMJEGYZÉK.....	130
MELLÉKLET .....	148

## BEVEZETÉS

A lelki egészség az egyén és a közösségek, így a család életminőségének is fontos meghatározója. A mentális betegségek időben történő felismerése, a kialakulásukhoz vezető kockázati faktorok feltárása és a már kialakult problémák jellegzetességeinek alapos megismerése, noha életkorra és nemre való tekintet nélkül kiemelt elemei mind a klinikai, mind pedig az egészségpszichológiai gondolkodásnak, vizsgálatunk központi szereplői mégis a férfiak. Az életszakasz pedig, amit kutatásaink középpontjába helyeztünk, a fiatal felnőtt kor, a gyermekvállalás időszaka.

Az életciklus-átmenetek vulnerabilitást jelentenek a pszichés zavarok kialakulása szempontjából. A gyermekvállalás időszaka, mint egy életciklus lezárása és egy új életszakasz kezdete a családokkal foglalkozó kutatások egyik kiemelkedő területe. Ez az időszak bár jelentős terhet ró a család minden tagjára, a gyermekvállalás időszakára fókuszáló kutatások, tudományos megfigyelések túlnyomó része a nőket és a gyerekeket helyezi érdeklődésének középpontjába. Napjainkban egyre inkább növekvő, de még mindig lényegesen kevesebb figyelem irányul ebben az időszakban a férfiakra, a férfiak mentális egészségének vizsgálatára.

A dolgozat másik fő irányvonala a depresszió. A kérdést, amely a depresszióval kapcsolatos érdeklődésünket a hangulatzavarok kutatásának kérdéskörén belül felkeltette Rutz (1997) gondolatai segítenek megfogalmazni: Miért feltételezzük azt, hogy a depresszió ugyanaz a folyamat lenne mind a két nem esetében? Az „érzések betegsége” miért lenne ugyanaz férfi és nő esetében, amikor más érzelmi témákkal kapcsolatban sem vélekednek azonosan.

Több szerző egybehangzó véleménye szerint a férfiak depressziójának felismerése sokszor nehézségekbe ütközik. A férfiak mentális egészségével foglalkozó kutatók és gyakorló terapeuták egyre inkább amellett érvelnek, hogy a férfiak depressziója gyakran maszkoltan jelentkezik, vagyis más problémák elfedik azt (például alkohol problémák) (Cochran és Rabinowitz, 2000; Real, 1997). Emellett a férfiasság kérdése egyrészt felveti a segítségkérő viselkedés elmulasztásának problémáját, másrészt a tünetek megjelenésének férfias jellegét is, melyek gyakran megnehezítik a depresszió felismerését:

A depresszió agresszióban, irritabilitásban, impulzivitásban, időszakos dühkitörésekben való megnyilvánulása az egyén számára is énidegen lehet, és kevésbé emlékeztet a klasszikus depressziós állapotra.

A nők segítségkérő viselkedését, esetleges gyengeségét a társadalom jobban elfogadja, míg a férfiaktól ezzel szemben azt várjuk, hogy erősek legyenek, és ne panaszkodjanak.

Vizsgálatainkat egyrészt egy normatív krízis és egy paranormatív krízis mentén, másrészt a depresszió, azon belül is a férfi típusú depresszió fogalmi keretén belül terveztük. A disszertáció az alábbi szerkezeti és logikai felépítést követi:

Az első fejezet, a *Szakirodalmi áttekintés* a vizsgálataink fő irányvonalát meghatározó értelmezési keretet mutatja be. A fejezetben bemutatásra kerülnek azok az elméleti vonatkozások, melyek vizsgálatainkhoz közös értelmezési keretet nyújtanak. A nemi különbségek és a férfiakkal, férfiassággal összefüggő vizsgálatok elméleti problémáinak bemutatásán belül az új irányvonalak bemutatására helyezzük a hangsúlyt. Ezen belül tárgyaljuk a „gender” és az egészség problémakörét, majd a depresszióra, azon belül is a férfiak depressziójára és a férfi típusú depressziós tünetek elméleti vonatkozásainak bemutatására koncentrálnak. A fejezet végén térünk ki a fiatal felnőttkor időszakára, melyet a családi és egyéni életciklus keretében értelmezünk.

A második fejezettől kezdődően mutatjuk be empirikus vizsgálatainkat:

*Első vizsgálatunk* (A férfiak szülés utáni depressziójának vizsgálta az egy év posztpartum időszakban) egy normatív életkrízisen áteső, az egy év posztpartum időszakban lévő párok depresszióját vizsgálja, kiemelt figyelmet fordítva az apák által megtapasztalt depresszióra, és annak összefüggéseire a nők depressziójával illetve szorongásos tüneteivel.

*Második vizsgálatunk* (Meddőségi problémával küzdő párok vizsgálata: a férfiak depressziója, szorongása és reménytelenség érzése mentén) kérdésfeltevése meddőségi problémával küzdő párok mint az élet egyik legnagyobb krízisével szembenező párok mentális problémáira koncentrálnak, melyben szintén szerepet kap a férfi típusú depressziós tünetek vizsgálata.

*Harmadik vizsgálatunk* (A megküzdés pozitív pszichológiai megközelítése: a proaktív megküzdés kérdőív hazai adaptációja) tulajdonképpen az első vizsgálatunk egy része, mégis érdekesebbnek látjuk külön fejezetben bemutatni, annak érdekében, hogy az ne bontsa meg az első vizsgálat gondolatmenetét, illetve kellő részletességgel mutassa be az általunk adaptált kérdőív pszichometriai jellemzőit. Egy olyan megküzdés kérdőívet validáltunk magyar nyelvre, mely hazánkban eddig nem volt elérhető: a Proaktív Megküzdés Kérdőív, a megküzdés pozitív pszichológiai irányvonalához kapcsolható.

A dolgozat záró részében: *Összefoglalás és gyakorlati vonatkozások*, a kutatások eredményeinek összefoglalását követően kitekintést nyújtunk azok gyakorlatban történő felhasználási lehetőségeiről.

### **Férfiak a kutatások előterében?**

A disszertáció azzal az elsődleges céllal született, hogy gyarapítsa a tudásunkat a férfiak mentális állapotáról, a depressziójuk tüneti jellegzetességeit vizsgálva. A dolgozat célja, hogy elméleti és gyakorlati támpontokat szolgáltatson a gyermekvállalás időszakában, a fiatal felnőtt férfiakkal való munkához. Az alábbiakban azt a kutatási hullámot szeretnénk röviden bemutatni, melyhez kapcsolódni szeretnénk vizsgálatainkkal.

A férfiakkal kapcsolatos érdeklődés dinamikus fejlődése tetten érhető mind a kutatások számának növekedésén, mind a nyilvánosság részéről is jelentős figyelmet kiérdemlő (elsősorban pszichológiai és egészségügyi) kampányokon keresztül.

A terület aktív fejlődését jelzik azok a folyóiratok is, melyek jelentős részének a megjelenése az utóbbi évtizedhez köthető. A kilencvenes évek második felétől kezdődően egyre nagyobb számban nyílik lehetőség kizárólagosan a férfikutatások elméleti megfontolásainak és tapasztalatai eredményeinek közlésére szakosodott folyóiratok elérésére: *„Psychology of Men and Masculinity”*, *„American Journal of Men's Health”*, *„The Journal of Men, Health and Gender”* (új elnevezése: *„Journal of Men and Health”*), *„Men and Masculinities”*, *„International Journal of Men and Health”*, *„Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers”*.

Az Amerikai Egyesült Államok Nemzeti Egészségkutató Intézetének (National Institutes of Mental Health–NIMH) támogatása és finanszírozása által indult *„Valódi férfiak, valódi depresszió”* (*Real Men, Real Depression–RMRD*) elnevezésű, 2003-as kezdetű kampánya kettős célt helyezett maga elé. Egyrészt szerették volna nyilvánosság elé tárni és tudatosítani a férfiak depressziójának problémáját, és felhívni arra a figyelmet, hogy a férfiak kevésbé képesek felismerni, és kevésbé hajlandóak beismerni depressziós tüneteiket, mint a nők. Emellett tüneteik kezeléséhez kevésbé hajlandóak terápiás segítséget igénybe venni. Másrészt igyekeztek a férfiak depressziójának speciális jellegzetességei felé fordítani a szakemberek figyelmét (Rochlen, Whilde és Hoyer, 2005).

## I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

### 1. A nemi különbségek kutatása

A nemi különbségekből adódó kérdések kifejezetten foglalkoztatják többek között a pszichológia, pszichiátria és a szociológia tudományának képviselőit. Ebben a fejezetben azt a folyamatot szeretnénk a nemi különbségek vizsgálatának sokrétű irodalmán belül röviden bemutatni, ahogyan elfogadottá vált, hogy a férfiakat és a nőket más-más szempontok alapján célszerű vizsgálni. Ezt különösen az indokolja, hogy a depresszió egyike azoknak a pszichiátriai kórképeknek, melyben a nemek közötti különbségek vizsgálata igen nagy teret kap. A nemi különbségek értelmezését két irányból közelíthetjük meg, melyet az angol „sex” és „gender” fogalmak közötti különbségtétel tesz világossá (Addis, 2008).

#### 1.1. Biológiai nem „sex” és társadalmi nem „gender”

A nem mint fogalom több szinten értelmezhető, és több szinten jelen van az egyén életében. A biológiai nem és a társadalmi nem közötti különbségtétel elengedhetetlen, ha nemi különbségekről beszélünk. A biológiai nem, a „sex” és a társadalmi nem, azaz a „gender”, a nem fogalmának olyan két aspektusa, mely kibővíti és pontosabbá teszi a nemekről való gondolkodás lehetőségeit, segítséget nyújt akkor is, amikor a férfiak és a nők közötti egészséggel és betegséggel, egészség- és betegségviselkedéssel kapcsolatos különbségekről beszélünk (Addis, 2008; Pikó, 2002).

A gender kifejezés használatos, amennyiben a nemi különbségek társadalmilag meghatározott aspektusait szeretnénk kiemelni: a gender kulturális és társadalmi konstrukció, olyan viselkedésminták és tulajdonságok összessége, melyek tanultak. A szocializáció során elsajátított, nemhez tartozó szerep életünk majdnem minden területén megnyilvánul. Megtanulunk nőnek, illetve férfinak lenni, nemünkre jellemző módon cselekedni, érezni és gondolkodni. A társadalmi nem mint fogalom azokat a kulturálisan elfogadott, társadalmilag meghatározott szerepeket, tevékenységeket, értékeket és normákat jelenti, melyek meghatározzák a nemre jellemző viselkedésünket. A biológiai alapú különbségek vizsgálatakor elsősorban a nem fogalmát használják, míg a társadalmi és kulturális úton befolyásoló hatások által létrehozott nemi különbségeket a gender kifejezéssel ragadják meg a kutatások (Szántó és Susánszky, 2010).

## 1.2. A társadalmi nemek kutatása: gender- kutatás („*gender-studies*”)

A nemek társadalmi konstrukciója mint a kutatás tárgya, Magyarországon az 1990-es évektől vált egyre népszerűbbé (Hadas, 2011). A kutatási vonulat lényege abban a kérdésben érhető tetten, amely arra keresi a választ, hogy a társadalmi hatások hogyan, milyen folyamatokon keresztül formálják a biológiai alapokból a társadalmi, vagyis a gendert.

A nő és a nőies, illetve a férfi és a férfias nem egyenértékű fogalmakként reprezentálódnak immár az értelmezésekben. A nemek vizsgálata komplex, és újszerű vonásokkal gazdagodik. Hangsúlyossá válik az a nézet, hogy a nők és a férfiak csoportján belül is nagyfokú egyéni különbségekkel kell számolnunk. A nők maskulin vonásai és a férfiak feminin vonásai egyaránt értelmet nyernek (Hadas, 2011; Szántó és Susánszky, 2010; Pikó, 2002).

## 1.3. Új irányvonal a férfi kutatások terén

A férfiak mentális egészségével kapcsolatos kutatások relatíve új irányvonala az egészség- és klinikai pszichológiának. A férfiak sajátos, nemre jellemző tapasztalatainak, és a maskulinitásnak beemelése az egészségi állapottal, egészség- és betegségviselkedés és rizikómagatartás kapcsolatos vizsgálatokba, képes egészen új megvilágításba helyezni a nemek közötti különbségek mibenlétét.

Az utóbbi évtizedekhez köthető annak a folyamatnak a megindulása, és elterjedése, melyben a kutatási és elméletalkotási szemléletmódra jellemző a maskulinitás fogalmi keretének felhasználása és annak értelmezése. Központi kérdéssé vált, hogy a maskulinitás megnyilvánulása milyen hatással van, és milyen folyamatokon keresztül befolyásolja a férfiak mentális egészségét és jóllétét. Emellett az is kutatási kérdéssé vált, hogy a férfiak az egészségmegőrzés területén mutatott szegényes viselkedésük, és a kockázatkereső viselkedésük ellenére hogyan maradnak mégis az „erősebbik nem” státuszában (Courtenay, 2000).

Miller és Bell (1996) amellett érvel, hogy a hagyományos pszichiátriai gondolkodás, és látásmód, mely figyelmen kívül hagyta a nemek speciális befolyásoló hatásait, a nemi aspektust (a szakirodalomban „*gender-blind*” címkével ellátott szemléletmód), kevesebb kérdést vetett fel és válaszolt meg a férfiak mentális állapotával kapcsolatban, így a férfiak többnyire kiszorultak a kutatások fókuszából. Ehhez az is hozzájárult, hogy a kutatási eredmények tanulságai alapján elfogadottá vált az a nézet, miszerint a férfiak kevésbé számítanak kockázati csoportnak a mentális betegségek szempontjából, mint a nők (kiváló példa erre a depresszió) (Robins és Reiger, 1991, idézi: Cochran és Rabinowitz, 2003). Ezáltal

a férfiak „láthatatlansága” a pszichiátria számára, és látszólagos „sebezhetetlensége” a kutatók figyelmének elfordulását eredményezte erről a területről. A sérülékenységre való hajlam rejtettségét ugyanakkor hatalmas méreteket öltő, és már annál inkább látható következmények kísérik, melyek az előfeltételezés érvényességét megcáfolják. Ezeknek a problémáknak ugyanakkor nem csak a férfiakra, hanem az egész családra, a nőkre és a gyerekekre is negatív hatása van. Csupán az utóbbi évtizedben vált jellemzővé, hogy a férfiak mentális egészségével önálló témaként foglalkozunk (Miller és Bell, 1996).

### *1.3.1. A maszkulinitás beemelése a kutatásokba*

Addis és Cohane (2005) azt emelik ki, hogy mindamellett, hogy a nemek változó szerepei, így a férfiak problémái, a nemiszerep szocializáció és a maszkulinitással összefüggő kérdések egyre gyakrabban és egyre tudatosabban kerülnek bemutatásra a nyilvánosság felé (például a média különböző csatornáin keresztül), számos tudományos érv is szól amellett, hogy ezzel a kérdéssel foglalkozni kell. Az érvek, melyeket felsorolnak, a következők: öngyilkossági mutatók, egészségügyi szolgáltatásokat a férfiak kis arányban vesznek igénybe, a nagy arányú alkoholizmus; melyek mint ahogy fent említettük nem csak a férfiak, hanem az egész család számára súlyos problémát jelentenek.

### *1.3.2. Elméleti keret a férfiak vizsgálatához*

Milyen teoretikus megfontolások segítik a kutatót és a gyakorló pszichológust, pszichoterapeutát, amikor a nemi különbségek és a férfiak mentális egészségének vizsgálatát tűzi ki célul, és a férfias jellegzetességek megismerését helyezi érdeklődésének középpontjába?

Addis és Cohane (2005) tanulmányában négy fontos értelmezési keretet emel ki és jellemez mind az empirikus kutatásokban való felhasználásuk, mind az intervenció és prevenció területein történő hasznosíthatósága szempontjából:

*Pszichodinamikus elméletek*

*Szociális tanuláselmélet*

*Szociális konstrukcionista elmélet*

*Feminista nézőpontok*

A szociális konstrukcionista elmélet értelmezési kerete a „gender-kérdések” megválaszolásához elsődlegesnek tekinthető. Az elmélet meghatározása alapján a maszkulinitás nem biológiailag meghatározott entitás, nem is egy állandó vonás, hanem a

társadalomban uralkodó normák által kijelölt út, amelyen az egyén maga választja meg, hogyan viselkedik, érez és gondolkodik különböző szituációkban (Wong és Rochlen, 2008). Míg a szociális tanuláselmélet központi kérdése, hogy hogyan formálja a társadalom a gendernek megfelelő magatartást a nevelés, megerősítés, büntetés folyamatain keresztül, addig a szociális konstrukcionizmus az egyént aktív ágensének tekinti a folyamatnak, aki megteremti maszkulinitásának sajátos arculatát az adott társadalmi kontextusban (Courtenay, 2000; Addis és Cohane, 2005).

#### 1.4. A gender és az egészségmagatartás

A nemi szerepek és az egészségi állapot összefüggésének vizsgálata a segítségkérő magatartás vizsgálatában éli virágkorát. Egyre nagyobb figyelmet nyernek a férfiak segítségkérő viselkedését és ezzel összefüggésben a mentális egészségi állapotának jellemzőit vizsgáló kutatások. A kutatások tanulsága szerint, a férfiak a segítségkérést mintegy kontrollvesztett állapotként élik meg, éppen ezért kevésbé hajlamosak segítséget kérni ugyanúgy testi, mint lelki panaszuk enyhítése céljából, életkorra, nemzetiségre és etnikai hovatartozásra való tekintet nélkül (Addis és Mahalik, 2003; Mansfield, Addis és Mahalik, 2003). A segítségkérő viselkedés összeegyeztethetetlen tehát a férfiassággal. Azt is megfigyelhetjük, hogy a segítőkkel való együttműködés szintje a férfiak esetében jelentősen alacsonyabb (Kennedy, 2001).

A másik nagyon fontos kérdés a férfiak egészségmagatartása szempontjából, hogy a férfiak hajlamosak a problémáikat, a tüneteiket tagadni, azokat bagatellizálni, és összességében kevesebb tünetről beszámolni, mint a nők (Addis és Mahalik, 2003). A nemiszerep elvárások azt sugalmazzák, hogy a különböző tünetek, a testi, de főleg a lelki eredetűek megélése szégyent jelent, éppen ezért a férfiak próbálják elrejteni, palástolni ezeket a kisebb-nagyobb problémáikat, tüneteket (Galasinski, 2008). A férfiak mentális egészségével foglalkozó kutatók és gyakorló terapeuták egyre inkább amellett érvelnek, hogy a férfiak depressziója „maszkolt” is lehet, ami azt jelenti elsősorban, hogy a lelki eredetű probléma helyett a felszínen az alkoholizmus jelenik meg mint látható vonás (Cochran és Rabinowitz, 2000; Real, 1997).

## 2. A depresszió

Kutatásaink fontos pillére a depresszió vizsgálata. A depresszióval kapcsolatos nézetek és elméletek bemutatását a nemi különbségek elemzésére építjük, azon keresztül mutatjuk be a vonatkozó kutatásokat.

### 2.1. Nemi különbségek a depresszió előfordulási gyakoriságban

Bizonyos mentális betegségek előfordulási gyakorisága a két nem esetében eltérő. Nolen-Hoeksema (2012) összefoglaló tanulmányában kiemeli, hogy érzelemszabályozási nehézségekkel több mentális betegség kapcsán kell számolnunk, és azokban a pszichiátriai kórképekben, melyekben ez a probléma fennáll, a két nem között különbségeket lehet kimutatni az előfordulási gyakoriság tekintetében. A nőket gyakrabban diagnosztizálják unipoláris depresszióval, gyakrabban találkozunk esetükben evészavarral, szorongásos zavarokkal (a kényszerbetegség kivételével), és a borderline személyiségzavarral; férfiaknál viszont gyakrabban mutatható ki alkoholizmus.

A depresszió egyike azoknak a pszichiátriai kórképeknek, melyben a nemi különbségek vizsgálata kiemelt szerepet tölt be. A kimutatható különbség a depresszió előfordulási gyakoriságát illetően jól ismert, és sokszor bizonyított jelenség. Elfogadott, és sokszor bizonyított tény, hogy a depresszió kétszer gyakrabban fordul elő nőknél, mint férfiaknál. Számos epidemiológiai vizsgálat eredménye alapján joggal tekinthetjük a depressziót női dominanciájú kórképnek (Kessler, Merikangas és Wang, 2007; Nolen-Hoeksema, 1987; Weissman és mtsai., 1996).

A markáns különbségek a reprodukzív korú populációt jellemzik. A nő:férfi, 2:1 arányú eltérés gyermekkorban nem jellemző még, nincs detektálható különbség a depresszió prevalenciájában a fiúk és a lányok között. Serdülőkorban alakul ki a végleges különbség a depresszió előfordulási gyakoriságának tekintetében: a lányok esetében (12 éves koruk körül) megfigyelhető hirtelen növekedés a tünetek előfordulását illetően a fiúknál elmarad (Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema, 2001).

A férfiak és a nők depressziója közötti különbségeket leggyakrabban az előfordulási gyakoriság oldaláról közelítik meg a vizsgálatok. Kevesebb figyelem fordul a betegségek megjelenésében, lefolyásában, a kezelés módszereinek és azok hatékonyságában tapasztalható markáns különbségek vizsgálatára, annak ellenére, hogy a klinikai megfigyelések és tapasztalatok mellett számos kutatási eredmény is erre hívja fel a figyelmet (Rochlen, Paterniti, Epstein, Duberstein, Willeford és Kravitz, 2010)

## 2.2. Nemi különbségek a depresszió megjelenésében

A depresszió tekintetében a kutatások nagyfokú nemi különbségekről számolnak be a prevalencia adatokra vonatkozóan. Ezek a nagyarányú eltérések a kutatók érdeklődését a lehetséges okok vizsgálata felé fordította.

A biológiai hangsúlyú magyarázatok elsősorban a genetikai és a hormonális folyamatokat kutatják. Sullivan és munkatársai (2000) adoptációs és iker-vizsgálatokat felsorakoztató meta-analízisükben az áttekintett tanulmányok alapján viszont nem mutattak ki nemi különbséget a genetikai hajlamra vonatkozóan, vagyis a genetikai faktorok egyforma szerephez jutnak mindkét nem esetében a depresszió kialakulásában. A nemi hormonok hatásait azonban bizonyítottan tekinthetjük. Ezt az a fentebb tárgyalt tény is alátámasztja, hogy a serdülőkorig a lányok és a fiúk tekintetében nem mutatható ki különbség a depresszió vonatkozásában. Továbbá a női életciklus esetében gondoljunk az olyan problémákra, mint a premenstruális szindróma, vagy később az élet folyamán a klimatérium időszaka, melyben a depresszióra érzékenyebbé válnak a nők. Jelentős hormonális változásokkal jellemezhető ezen túl a terhesség időszaka és a posztpartum időszak, mely változások szintén összefüggést mutatnak a nők és a férfiak depresszió tekintetében mutatott nemi különbségeivel (Szádóczky, 2001; Belső, 2001).

A gyermek születését követő időszakban a férfiakat érintő hormonális változásokról a disszertáció második fejezetében részletesen lesz szó. Jelen esetben érvelésünk során azt lehet kiemelni, hogy a depresszió magyarázatai között megtalálhatóak azok az elméletek, melyek a két nem közötti különbségek magyarázatakor nem használják fel a nő életciklusai által felkínált magyarázatokat. Ezzel szemben ezek az elméletek azt feltételezik, hogy a depresszió előfordulási gyakoriságában mért különbségek a férfiak és a nők között pusztán olyan okokra vezethetők vissza, melyek a férfi nem jellemzőivel, a szocializációs folyamatban közvetlenül tetten érhető mozzanatokkal összeegyeztethetőek. A depresszió diagnózisának kritériumai főként a nők depressziós tüneteit fedik le, a férfiak kevesebbszer élik meg depressziójukat ezen tünetek mentén. A férfiak tehát nemcsak kevesebb depressziós tünetről számolnak be, hanem azt részben más tünetek mentén is élik meg (Galasinski, 2008; Kilmartin, 2005; Rutz, 2001; Oliffe és Phillips, 2008).

### 2.2.1. A Gotland- tanulmány

Talán nem élünk túlzással, amikor a Gotland-tanulmányt, mint a férfiak depressziójának tüneti képét és az arról való gondolkodást jelentős mértékben befolyásoló vizsgálatot, anekdotaként emlegetjük. A terület kutatásaira mindenesetre nagy hatása van a program tapasztalatainak.

A Gotland szigetén az 1980-as években szervezett szuicid prevenciós és intervenciós program elsőként hívta fel a figyelmet a szakirodalomban szuicid paradoxonként emlegetett tényre (Rihmer, Rutz és Pihlgren, 1995). A vizsgálat tapasztalatai magyarázatot kínálnak arra az ellentmondásra, miszerint a nők körében kétszer olyan gyakori az unipoláris major depresszió, és gyakrabban is kísérelnek meg öngyilkosságot, a befejezett öngyilkosságok háromnegyede mégis a férfiakhoz köthető (Oquendo, Ellis, Greenwald, Malone, Weissman és Mann, 2001). A vizsgálat eredményei felhívják a figyelmet, a férfiak és a nők depresszióját leíró tüneti kép jelentős különbségeire. A mentális zavarok –kiemelten a depresszió– és az öngyilkosság közötti kapcsolat bizonyított. Emellett jól ismert az öngyilkosság hátterében álló tényezők hierarchiája, melyben az elsődleges rizikófaktorok között szerepelnek az affektív zavarok (Rihmer, 2001).

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a tanulmányba bevont és az affektív zavarok felismeréséből, diagnosztikájából és terápiás lehetőségeiből intenzív továbbképzésben részesült háziorvosok praxisában számottevő csökkenést lehetett kimutatni az öngyilkosság előfordulási gyakoriságában. A Gotland-vizsgálat eredményei bizonyítják, hogy a depresszió felismerése, diagnosztizálása és a megfelelő terápiás lehetőségek megtalálása kiemelt jelentőséggel bír. Nem várt fordulat volt ugyanakkor, hogy az öngyilkosság gyakoriságában bekövetkező változás csak a nők esetében volt számottevő, a férfiak által elkövetett befejezett öngyilkosságok aránya tulajdonképpen változatlan maradt (Rutz, Walinder, Knorring, Rihmer és Pihlgren, 1997; Rihmer és Rutz, 2000). Ezt az eredményt az magyarázza, hogy a férfi öngyilkosok legtöbbször ismeretlenek maradtak az egészségügyi ellátásban dolgozók számára (nem kérnek segítséget az öngyilkosságukat megelőző időszakban), ugyanakkor anamnézisében gyakran jelenik meg az antiszociális viselkedés, az agresszió, illetve a különböző abúzusok, úgy mint az alkohol és/vagy drogfüggőség, melyek megléte csökkentette a tünetek felismerésének hatékonyságát (Rihmer, Rutz és Pihlgren, 1995).

A vizsgálat tanulságai stabil alapként szolgálhatnak a férfiak és a nők közötti depressziós jellegzetességek, és különbözőségek tárgyalásához. A tüneti sajátosságok részletes tanulmányozásán túl pedig indokolja a férfiak segítségkérő viselkedésének alaposabb megismerését.

Hazai tanulságok a vizsgálattal kapcsolatban szintén a tüneti különbségek jellegzetességeire hívják fel a figyelmet. A vizsgálat hazai reprodukálása során, hasonló eredményre jutottak a kutatók. Egy 5 éves szuicid prevenciós program megvalósítására került sor Magyarország öngyilkosság szempontjából magas kockázattal jellemezhető régiójában. A program hasonló eredményekkel zárult, mint a Gotland szigetén történt megvalósulásra kerülő vizsgálat. Az öngyilkosságok száma csökkent a kontroll régióban megfigyelt és az országos kimutatásokhoz képest, habár a változás nem volt annyira intenzív és számottevő, mint az eredeti vizsgálatban (Szántó, Kalmár, Hendin, Rihmer és Mann, 2007).

### 2.3. A férfias normák és a depresszió –férfi nemre való szocializációs folyamatok és a depresszió

Bio-pszicho-szociális értelmezési kereten belül érdemes szemlélni a férfiak depressziójára vonatkozó feltevéseket, kérdéseket. A szempontok integrálása, újak beemelése és értelmezése a férfiak depressziójának elemzésekor segítségünkre szolgál abban, hogy megértsük azt, ahogyan a férfiak megélik, és ahogyan kifejezik depressziós tüneteiket (Mahalik, 2008). Kiemelve a pszichoszociális szempontokat, megállapíthatjuk, hogy az uralkodó, és elfogadott férfias normáknak és a nemre való szocializációs folyamatoknak erős hatása mutatkozik abban, ahogyan a férfiak kifejezik a depressziójukat. A férfi nemiszerep elvárások, a sztereotipikus, férfiasnak tartott magatartásformák ugyanis a függetlenséget, érzelmek mentességét, az érzelmekről való gondolkodás elkerülését, a fizikai erő kifejezését, illetve a versengést írják elő mint követendő normát. A nők szocializációs tapasztalatai megengedik, hogy egy stresszkeltő szituációra érzelmeik kifejezésén keresztül reagáljanak. A hagyományos női szerepek összeegyeztethetőek a depresszív állapottal, a férfi nemi szerepek ezzel szemben nem (Nazroo, Edwards és Brown, 1998). Ez állhat a háttérben annak, hogy a férfiak depressziója gyakran nem felel meg a klasszikus major depressziós képnek. Azok a férfiak, akik ragaszkodnak a hagyományos férfi szerepekhez, valószínűsíthetően több olyan módon fogják kifejezni a depressziós tüneteiket, mely könnyen összeegyeztethető a férfiktól hagyományosan elvárt viselkedésekkel (Cochran és Rabinowitz, 2000, 2003; Real, 1997).

## 2.4. Férfi depressziós tünetek és azok vizsgálata

Pollack (1998) a férfiak depressziójának vizsgálata során alkalmazott szemléletmód megváltoztatását javasolta. Kiemelten fontosnak tartja, hogy a férfiak „maszkolt”, illetve a „rejtett” depressziója felismerésre kerüljön. A modellben, amit depresszió vizsgálatára állított fel, a tradicionális diagnosztikus kritériumokról áthelyezte a hangsúlyt azokra a tünetekre, melyek látszólagosan nem mutatnak összefüggést a hangulatzavar tüneteivel, mégis gyakran együtt járnak azzal férfiak esetében. Pollack a férfi depresszió diagnosztikájának egy komplexebb megközelítését javasolja, kiemeli, hogy a diagnosztikus kritériumoknak megfelelő tünetek vizsgálata alapvető, ugyanakkor a férfiakkal folytatott munka megköveteli azoknak a tüneteknek a vizsgálatát is, melyek elfedhetik a depressziót. A major depresszív epizód férfiakra specifikus típusának a következő kiegészítő megfigyelési egységeket, kritériumokat javasolja: túlzott munkahelyi aktivitás, a fájdalmak tagadása, a kapcsolatoktól való elzárkózás és izoláció, rigid ragaszkodás az autonomitáshoz, mások segítő szándékának elutasítása, impulzív cselekedetek, a lehangoltság tagadása, erős önkritika.

Cochran és Rabinowitz (2000, 2003) a férfi depresszió vizsgálatának kétlépcsős megközelítését javasolják (1. táblázat):

1. Egyrészt a major depresszív zavar, DSM-IV (DSM-IV, 2001) diagnosztikus kritériumain alapuló vizsgálatát elengedhetetlennek tartják (a depresszív zavar diagnosztikus kritériumait az 1. melléklet tartalmazza), a tünetek felméréséhez mindenképpen szükséges a vizsgálatuk.
2. Másrészt, hangsúlyozzák, hogy azokkal a depressziós tünetekkel is számolni kell, melyeket a férfiakra speciálisan jellemző tünetekként tartunk számon: időszakosan jelentkező dühkitörések; irritabilitás; impulzivitás; tolerancia szint csökkenés; külvilág felé irányuló agresszió; hosztilis, antiszociális megnyilvánulások; eltúlzott tevékenységek (elsősorban a munka és a sportolás területei lehetnek érintettek: a túlzásba vitt munkavégzés és az eltúlzott illetve rendkívül gyakori sporttevékenység jellemző); valamint az abúzusokra való hajlam sorolható ide (Cochran és Rabinowitz 2000; 2003; Rihmer és Rutz, 2000; Winkler, Pjrek és Kasper 2006; Oliffe és Phillips, 2008; Ogrodniczuk és Oliffe, 2011; Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Chocran és Haley, 2009; Branney és White, 2008).

## 1. táblázat

A depresszió mérése férfiak esetében Cochran és Rabinowitz (2003, 134. o.) nyomán

<i>A tünetek vizsgálata a DSM-IV kritériumrendszer alapján</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ levert hangulat, érdeklődés és aktivitás csökkenés, alvászavar, súlyváltozás, érdektelenség érzése, büntudat, koncentrációs problémák, halállal, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok</li></ul>
<i>A férfiakra speciálisan jellemző tünetek mérése („masculine specific manifestations”)</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Konfliktusok és harag kifejeződése az interperszonális kapcsolatokban</li><li>▪ Alkohol, vagy más hangulatmódosító</li><li>▪ Ellentmondások a megélt események (vesztésegélmény, elutasítás) és a kifejezett érzelmek között (szomorúság, sírás vs. düh)</li><li>▪ fizikai és szomatikus tünetek túlsúlya</li><li>▪ Koncentrációs és motivációs problémák, melyek elsősorban iskolai vagy munkahelyi illetve szabadidős tevékenységekre vonatkoznak</li><li>▪ Produktivitással kapcsolatos problémák elsősorban a munkahelyi és iskolai környezetben</li><li>▪ A szexuális érdeklődés csökkenése, a szexuális aktivitás változatlansága mellett</li><li>▪ Jellemző feszültség a nemi szerep elvárások és a viselkedés között, különösen az érzelemkifejezés területén és a család vs. munka problémakörben</li></ul>
<i>A depresszió kultúra által meghatározott jellegzetességeinek vizsgálata</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Érzelemkifejezéssel kapcsolatos családi normák és elvárások</li><li>▪ Kulturális normák, melyek meghatározzák a depresszív érzések kifejeződését</li><li>▪ Az egyén számára jelentős csoportok által képviselt normák, és elvárások a depresszív hangulat kifejeződése tekintetében</li></ul>
<i>Az öngyilkossági kockázat felmérése és kezelése</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ öngyilkossági gondolatok, tervek és szándékok mérése</li><li>▪ önkontroll és a terapeutával való együttműködésre való szándék felmérése</li><li>▪ A társas támogatás (család, munkáltató, barátok, terapeuta) vs. súlyosbító tényezők (párkapcsolati konfliktusok, alkohol és droghasználat) felmérése</li></ul>

Kiemelt vizsgálati fókuszra kell tekintenünk a férfi depressziós tünetek, és az öngyilkossági kockázat felmérésére irányuló törekvéseket. Ugyanis vizsgálatok kimutatták, hogy a férfias típusú depressziós tünetek (úgy mint az irritabilitás, agresszív megnyilvánulások, dühkitörések) gyakran állnak összefüggésben a szuicid viselkedéssel. A társadalmi és egyéni attitűdök és a kulturális és családi normák hangsúlyos szerepet tölthetnek be abban a folyamatban, ahogyan az egyén kifejezi érzelmeit, és válaszol a stresszel teli szituációkra, így informatív lehet mindezek megértése az egyén látásmódján keresztül (Cochran és Rabinowitz, 2000; 2003).

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (American Psychological Association, APA) 2005-ben egy közleményében felhívja a figyelmet arra, hogy a kutatások szemléletmódjába és módszereibe be kell, hogy épüljön a férfiak sajátos tapasztalatainak vizsgálata és különös figyelmet kell fordítani a depresszióban megnyilvánuló tüneti eltérésekre. Kiemelik, hogy az öngyilkossági mutatók arra engednek következtetni, hogy a kezeletlen depresszió és a depresszió felismerésének elmaradása jelentik a legsúlyosabb problémát ezen a területen. Az érzelmek kifejezésének nehézségei hozzájárulnak ahhoz, hogy a férfiak kis mértékben vesznek igénybe segítségnyújtó szolgáltatásokat. Ennek a komplex problémának a megoldására javasolják a férfi-depresszió fogalmának részletes, több területre kiterjedő elemzését (APA, 2005).

#### *2.4.1. Férfi depressziós tünetek nőknél?*

A férfiak dominanciája az előző szakaszban felsorolásra került tünetek megélésében nem jelenti azt, hogy a nőknél nem jelenhetnek meg ezek a jellegzetességek. A gender fogalma aktivitást feltételez, az egyén aktivitásával megteremti saját maszkulinitását és feminitását az adott társadalmi kontextusban. Mindezek alapján elfogadhatjuk, hogy a nők esetében megjelenő férfi depressziós tünetek a hagyományos nemiszerep elvárások átalakuló, dinamikus változó jellegére vezethetően vissza. A nők egyszerre töltik be hagyományos női szerepeiket (a családi életben: a gyermeknevelésben, a háztartásban, a beteggondozásban), és kapcsolódnak be a férfi értékek világába. A distresszre adott válaszban is megjelenhetnek ezek a változások. A férfi depressziós tüneteket hangsúlyosan mutató nők csoportja meglepő lehet, de korántsem egyedülálló jelenség a kutatási eredményeket tekintve. Német kutatók egyetemisták csoportján végzett vizsgálatukban, míg az általános jóllét mutatóinak tekintetében nem találtak különbséget a nők és a férfiak között, addig a férfi típusú depresszió tekintetében a nők szignifikánsan magasabb összpontszámmal voltak jellemezhetőek, nem igazolván vizsgálati hipotézisüket (Möller–Leimkübler és Yücel, 2010).

Hasonló eredményeket kaptunk saját vizsgálatunkban is. A német vizsgálatához hasonlóan a férfi depressziós tüneteket externalizáló tünetekre (pl. agresszivitás, irritabilitás) és a hagyományos diagnosztikai kritériumrendszerhez igazodó tünetekre bontva, azok megjelenését vizsgáltuk férfiak és nők esetében. Azt találtuk, hogy a nők magasabban mutatták az externalizáló tüneteket, mint a férfiak (Almássy, Baksa, Papp és Szemán-Nagy, közlésre elfogadva).

#### *2.4.2. A férfiak depressziójának kialakulása. A tünetek megjelenésének jellemzői kvalitatív vizsgálatok mentén*

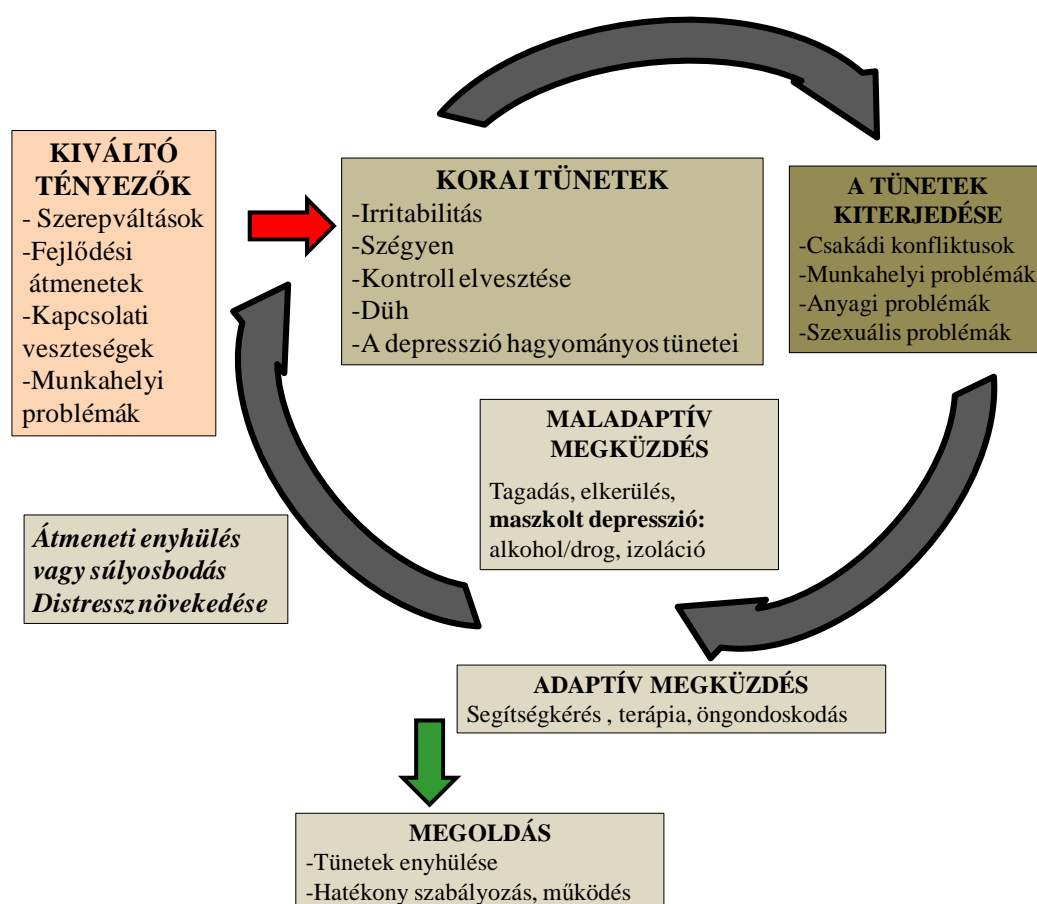
Láthatjuk, hogy a férfiak depressziós tünetei nem minden esetben felelnek meg a diagnosztikus rendszerek által támasztott kritériumoknak. A kvalitatív vizsgálatok során arra a folyamatra fókuszáltak a kutatók, melyek leírják, hogy hogyan alakulnak ki a depressziós tünetek, milyen úton keresztül jut kifejezésre a tünetek egyik vagy másik típusa. Brownhill, Wilhelm, Barclay és Schmied (2005) nem klinikai mintán elemezték a depressziós tünetek kifejezéséhez vezető út jellemzőit. Eredményeik szerint a negatív érzelmek elnyomása, a szomorúság vagy az üresség érzése nem kifejezhető élményként vannak jelen a férfiak életében. Brownhill és munkatársai amellet érvelnek, hogy az impulzív és gyakran kockázatkereső magatartás, az elszigetelődés és az alkoholfüggőség annak a megküzdési jellegzetességnek a következménye, hogy a férfiak elhárítják vagy letagadják apróbb tüneteiket. Heifner (1997) vizsgálatában azt találta, hogy a depressziós férfiaknál jellemző tradicionális nemi szerephez való ragaszkodás együtt jár az érzelmek kifejezésének hiányával, és a társas kapcsolatokban megmutatkozó nagyfokú érzelmi távolságtartással. A depresszió gyakran köthető a munkahelyi stressz tapasztalatához.

Chuck és munkatársai (2009) interjú módszerrel vizsgálták a férfiak depressziós tapasztalatait. A tünetek jellemzésekor két fő csoportot különböztetnek meg: tipikus és atipikus depressziós tünetek csoportját. Az első csoportban azokat a depressziós tüneteket azonosították, melyeket a DSM-IV. kritériumai lefednek. Leggyakoribbnak az alvási nehézségek, kimerültség, visszatérő öngyilkossági gondolatok, és a régebben élvezetes tevékenységek irányába mutatott érdeklődés hiánya voltak. Atipikus depressziós tüneteknek nevezték el a nagyfokú düh élményét, a stressz hatására megjelenő fizikai tüneteket, az alkoholproblémákat, az irritabilitás és a kontrollvesztettség érzését. Megfigyeléseik azt támasztják alá, hogy a depressziós tünetek kialakulásának korai szakaszában megjelenő atipikus tünetek mintegy triggerként vannak jelen a további problémák megjelenéséhez.

Az 1. ábrán láthatjuk, hogy a tünetek megjelenését kiváltó tényezők között a fejlődési átmenetek és a szerepváltások releváns történésként tűntek fel. A tünetek hatása az élet számos területén megmutatkozik, miközben a maladaptív megküzdési stratégiák használata csak tovább mélyíti az egyén problémáit.

1. ábra

A férfi depressziós tünetek kialakulása és a depresszió súlyosbodása  
(Chuick és mtsai., 2009, 307.oldal)



Az első és a második vizsgálatunk szempontjából is jól értelmezhető ez a kutatási eredmény. A családdá válás folyamata (melyet a következő fejezetben fejtünk ki részletesen), a gyermekvállalás időszaka fejlődési átmenetet feltételez, és az új szerepek elsajátítása elengedhetetlenné válik. Ebben az időszakban vizsgáljuk a korai tünetek megjelenését és a hagyományos depressziós tüneteket is vizsgálatainkban.

### 3. A családdá válás folyamata

#### 3.1. Az egyéni élelciklus

A fejlődés folyamatát értelmezhetjük egyéni szinten, és a család szintjén is. Az egyéni szint értelmezéséhez Erik Erikson nyolc szakaszból álló, a pszicho-szociális fejlődést bemutató modellje nyújt leírást (Cole és Cole, 1997; Erikson, 1992). Elmélete szerint a fejlődés egy életen át tartó folyamat. A különböző életszakaszokban egy meghatározott életfeladat megoldásán keresztül juthatunk el a következő fejlődési színtere. Az Erikson által hetedik szakaszként feltüntetett, alkotóképesség kibontakozása a stagnálással szemben nevezetű szakasz értelmezése témánk szempontjából releváns. A generativitás, az új generáció megalapítása, a család teljessé válásának igénye ehhez az időszakhoz köthető. Ebben az életszakaszban az egyén elsődleges feladata a gondoskodás, kialakul a szülői felelősségérzet. Az alkotás megvalósulása során a gyermekkel kialakított kapcsolatban a szülők is fejlődésen mennek keresztül. A családdá válás nehézségeinek és az ehhez tartozó feladatok megoldása (szülői szerepek kialakítása például), majd a sikeres gyermeknevelés egyaránt mutatja az adott életszakasz teljesítését (Mönks és Knoers, 1998).

#### 3.2. Családi élelciklus modell

A családi élet változásainak szakaszok mentén történő jellemzése vizsgálatunk szempontjából elengedhetetlen.

A családi élelciklusok egymásutániságát az átmeneti időszakok bizonytalansága és változásai, illetve a viszonylagos állandóság, a változásokhoz való alkalmazkodás után kialakuló egyensúly jellemzi. A család egyidejűleg képes a stabilitást és a folytonosságot képviselni, miközben a fejlődés és a folyamatos változás jellemzi (Goldenberg és Goldenberg, 2008).

Fontos megjegyeznünk, hogy az életben ritkán zajlik olyan szabályosan az élelciklus váltás, mint ahogyan azt a modellek szemléltetik. Egy adott átmenet több évig is húzódhat, megváltoztatva a család tagjainak kapcsolati viszonyát, és ezzel párhuzamosan a családi rendszer változása is szükségszerűen bekövetkezik (Goldenberg és Goldenberg, 2008).

A családok által végigjárt szakaszok bemutatását jelen munkában Carter és McGoldrick (1999) modellje alapján ismertetjük. Elméletükben a családi élelciklusnak nyolc szakaszát különbözteti meg:

1. A származási családdal való együttélés szakasza
2. Elköltözés otthonról- a szeparáció elfogadása
3. A házasság előtti időszak
4. Fiatal pár, ifjú házaspár, gyermek nélkül
5. Kisgyermekes család
6. Serdülőkorú gyermeket nevelő család
7. A gyermek elengedése, önállósulása
8. Család a késői életszakaszban: időskori család

Az első két szakaszban az egyén és a család legfontosabb feladata a leválás folyamatának elfogadása. Az önállósodás, a függetlenedés időszaka ez, mely együtt jár az elköltözéssel, a szülői ház elhagyásával, ugyanakkor a származási családdal a kapcsolatot továbbra is fenn kell tartani. Az egyénnek képesnek kell lennie intim kapcsolat kialakítására. Ez az időszak egyben a karrierépítés kezdete is.

A harmadik szakaszban, a házasságkötés előtti időszakban az egyénnek párt kell találnia. Az együttélés és a házasságra való felkészülés ennek az életszakasznak kiemelt feladata.

A házasságon keresztül a családok kapcsolódása, illetve a család és a barátok közötti kapcsolat egyensúlyának megtalálása a negyedik szakaszhoz köthető.

A fiatal felnőttkor időszakának fejlődési feladatai a családalapítás köré csoportosulnak. A fiatal felnőttkor időszaka az, amely vizsgálataink szempontjából relevánsnak tekinthető. A *negyedik* és az *ötödik* szakasz tehát kiemelt jelentőségű a dolgozat szempontjából. Ezekben az életszakaszokban a másodrendű változások, melyek a fejlődési folyamatokhoz elengedhetetlenek: a házastársi rendszer kialakítása, majd annak átalakítása, mely a szülői szerepek kialakítását jelenti. Az egyes életszakaszok határát egy meghatározó esemény jelzi. Jelen példában a házasságkötés, illetve az első gyermek születése.

A szerzők elméletükben megkülönböztetnek horizontális és vertikális stresszorokat. A vertikális stresszorokat olyan kapcsolati és működésbeli jellemzőként definiálják, melyek generációkon át hatással vannak a család életére. Horizontális stresszorok pedig melyek már a család önálló, jelen idejű, saját tapasztalatai (Carter és McGoldrick 1999; Goldenberg és Goldenberg, 2008).

Az egyes életciklusokhoz (az egyéni életciklusokhoz hasonlóan) konkrét fejlődési feladatok teljesítése tartozik. Az életszakaszokhoz tartozó feladatok teljesítése lehet kultúrához kötődő, a társadalomtól elvárt feladat, de lehet ugyanakkor egyetemes is. A társadalom meghatározó lehet annak megítélésében, hogy mikor kell elérni az adott

életszakaszba, teljesíteni annak feladatait. A fejlődési feladatok ezen felül szerepelvárásokat határoznak meg (erre részletesen később kitérünk).

Az életciklus átmenetek a család nagyfokú rugalmasságát, alkalmazkodásra való képességét követelik meg. A családi életciklus váltások, az átmeneti időszakok a család életében, nagyfokú sebezhetőséggel járhatnak együtt, fogékonyá teszik a család tagjait a különböző problémák kialakulására. A ciklusváltások átmeneti időszaka a mentális sérülékenység kockázatát megnöveli. Mindez azonban nem törvényszerűen jelenti a család diszfunkcionalitását, bár bizonyos esetekben ez is következmény lehet (Carr, 2006).

Az adott életciklusban a család teljesíti a szakaszra jellemző fejlődési feladatát. Kialakulhatnak azonban problémák is, például ha a család nem tud maradéktalanul eleget tenni az adott életszakasz feladatának, egyáltalán nem tudja, vagy csak részben teljesíti azt (Carr, 2006). Ennek következtében a pár/család az adott életciklusban ragadhat, nehéz lehet onnan továbblépni.

Megkülönböztetünk normatív és paranormatív krízist, melyek horizontális stresszorok: Paranormatív krízisek a család életében a nem várt stresszorok, események. Ilyen paranormatív krízisként értelmezhető a meddőség problematikája. A második lehetséges ok a sérülékenységre az, amikor a pár képes átlépni az egyik életciklusból a másikba. Ebben az esetben normatív krízissel állunk szemben. A normatív krízisek fejlődéslélektanilag elvárható események. A fiatal család esetében a sérülékenység oka a még formálódó szerepek illetve az új családi egyensúly megtalálásának nehézségei jelentik (Carter és McGoldrick 1999; Goldenberg és Goldenberg, 2008).

Az egyes fejlődési szakaszok különböző szerepelvárásokat is támasztanak a család tagjaival szemben. A rendszer differenciálódásának eredményei az alrendszerek, melyeken keresztül a család funkciói megvalósulnak. Az egyén több alrendszernek is tagja lehet, így lehet egy férfi egyszerre férj, fiú, apa, báty (Minuchin, 2006).

### 3.3. Férfiak az életciklusok mentén: a férfiak és a fiatal felnőttkor

Összefoglalva az eddigieket, láthatjuk, hogy az egyéni életciklus a családi életciklusokkal egyidejűleg, abba beágyazva zajlik, azzal együtt értelmezhető. A családi életciklus modell jól használható keretet nyújt mind az egyéni, mind a családi életesemények megértéséhez. A fiatal felnőttkor egyik kiemelkedő életfeladata a gyermekvállalás.

Mivel egyénenként változó lehet a fejlődési ritmus illetve az egyes életszakaszokba való átlépés üteme, így természetesen az egyes fejlődési szakaszok nem szoríthatóak be

szigorú életkori határok közé. Ugyanakkor léteznek az egyes fejlődési szakaszokhoz köthető „időkorlátok”. Ezeket vesszük most sorra.

### *3.3.1. Reprodukciós időszak*

A férfiak szempontjából a reprodukzív időszak tágabb fogalmat jelöl, mint a női életszakaszban. A reprodukzív korú férfi meghatározása egyszerűsített formában a reprodukzív korú nő párját jelöli, hiszen biológiai értelemben egy férfi élete végéig fogamzóképes.

Milyen értelemben beszélhetünk a férfiak esetében is reprodukciós időszakról? Ennek a kérdésnek a megválaszolásához két tudományterület álláspontját idézzük.

#### *3.3.1.1. A biológia álláspontja*

A gyermekvállalásnak biológiai szempontból létezik egy ideális életkora. Ez az időszak azt az életkori intervallumot jelöli, amely a legkisebb kockázatot jelenti a gyermek és az édesanya egészségére nézve (Paksi és Szalma, 2008).

Míg a nők szempontjait kiemelő legoptimálisabb időszak meghatározása már régóta a figyelem középpontjában van, elsősorban az anyává válás optimális idejének meghatározásával foglalkoznak a vizsgálatok (Tóth, 1993), addig a férfiak szempontjából legideálisabb időszak csak az utóbbi években vált kiemelten jelentős vizsgálati területté. Nemcsak a nők, de hasonlóan a férfiak életkora is meghatározza ezt az időintervallumot: a férfiak „biológiai órája” éppúgy hatással van hormonszintekre és a termékenységi minőségre, mint ahogy az a nők esetében is megfigyelhető. A férfi reprodukzív funkciók noha lassan változnak az évek alatt, Sartorius és Nieschlag (2010) összefoglaló tanulmányukban hangsúlyozzák, hogy a férfiak életkorának hatása van a különböző reprodukzív funkciókra. A hormonális változások érintik az FSH és tesztoszteron szintet, előbbi értéke nő, utóbbi esetében pedig csökkenés mutatható ki az életkor előrehaladtával. Termékenység tekintetében a férfi életkora különösen meghatározóvá válik, ha a nő betöltötte a 35. életévét, és a férfi elmúlt 40 éves. Hasonló életkori jellemzők mellett megnő a vetélés bekövetkeztének valószínűsége. Az apa magasabb életkora és az utód testi, illetve mentális megbetegedésének valószínűsége között szoros összefüggést mutattak ki, például a schizophrenia, autizmus, epilepszia, gyermekkori daganatos megbetegedések tekintetében (Kühnert és Nieschlag, 2004).

### *3.3.1.2. A szociológia válasza: a gyermekvállalás életkori normái*

A biológiai értelemben vett kort nem tekinthetjük a reprodukciós időszak releváns mutatójának, ugyanis a szülővé válás ideális életkorának jóval a biológiai határok által meghatározott alatti életkort tartjuk ideálisnak. Az emberek fejében él egy életkori norma arról, hogy a különböző életeseményeknek mikor kell bekövetkeznie az egyén életében. Ezek az életkori normák befolyásolják az egyén viselkedését, és arra ösztönöznék, hogy az adott életeseménynek egy meghatározott időszakban meg kell történnie. Hatásuk nagyon erősnek mutatkozik a társadalom életében, főként akkor, ha jóval a biológiai határ alatti ez az életkor (Paksi és Szalma, 2008).

## II. ELSŐ VIZSGÁLAT

### A FÉRFIAK SZÜLÉS UTÁNI DEPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLTA AZ EGY ÉV POSZTPARTUM IDŐSZAKBAN

#### Témafelvetés

Az élet egy nagyon boldog életszakaszának elemzésével kezdjük vizsgálataink bemutatását, és ebben az időszakban vizsgáljuk meg a férfiak pszichés állapotát. Párok vizsgálatára vállalkozunk: a család fejlődésének egyik nagy mérföldkövét, a gyermekszületés utáni egy év időszakát tesszük megfigyelésünk tárgyává.

A hangulatzavarok kutatásban a szülés utáni depresszió vizsgálata kiemelt terület. Számos kutatás célozza az édesanyák szülés utáni depressziójának alapos megismerését, ugyanakkor méltatlanul elhanyagolt terület az édesapák hangulati állapotának vizsgálata. Történetileg a férfiakat érintő pszichológiai problémák elemzése később keltette fel a kutatók érdeklődését: újabban a perinatális időszak vizsgálatának az apák is központi szereplőivé váltak. A legújabb kutatási eredmények bizonyítékai szerint a téma, mely sokáig elkerülte a kutatók és a klinikusok figyelmét, jelentős probléma nemcsak a nőknél, de a férfiaknál is: az elmúlt 5-10 évben vált igazán kutatottá a férfiak szülés utáni depressziója; ezen túl lassan a szociális és egészségügyi ellátórendszerek is kezdik elismerni és felismerni a férfiak szülés utáni problémáit.

Tény, hogy az anyák posztpartum depressziója sokkal gyakoribb jelenség, ugyanakkor az apáknál jelentkező depresszió sem hanyagolható el, és vizsgálata fontos témája kell, hogy legyen a szülés utáni időszakot megismerni kívánó kutatásoknak (McCoy, 2012; Wee, Skouteris, Pier, Richardson és Milgrom, 2011).

A gyermekvállalás időszaka, a gyermek születése a biológiai változásokon túl számos pszichológiai és szociális változást is eredményez. Ha pusztán azt az egyszerű összefüggést vesszük alapul, hogy számos olyan tényező van hatással az anyák posztpartum depressziójának kialakulására, mely az apákra is hatással lehet, akkor könnyen beláthatjuk, hogy az apákra is hasonló veszélyek leselkednek ebben az időszakban, mint az édesanyákra. A gyermek születése intenzív változásokat generál a pár életében. Ezt az időszakot tehát a pár rendkívül stresszel telinek élheti meg. A családnak gondoskodni kell a csecsemőről, új viselkedéseket kell megtanulnia. Az életciklus váltás egyik fontos feladata az új szerepek kialakítása. A család szülői alrendszere kialakul, amely természetesen a férfiak és a nők megváltozott szerepét is eredményezi: változásokon mennek keresztül a megszokott férfi és női szerepek. Az ilyen és hasonló átmeneti időszakokban nagy szükség van a belső erőforrásokra, a megküzdési kapacitás mozgósítására.

A vizsgálat arra hivatott, hogy új támpontokat nyújtson a férfiak posztpartum depressziójához, elsősorban a felismerés területén, és a kezelés vagy akár a megelőzés területén is hasznosítható információkat szolgáltatson, a szociális és egészségügyi ellátórendszerek számára is.

#### **4. Az első vizsgálat elméleti háttere: posztpartum depresszió az apák életében**

##### 4.1. Diagnosztikus kritériumok

A posztpartum depresszió diagnosztikai kritériumai megegyeznek a major depresszív zavar kritériumaival. Nem különálló diagnosztikus egységről beszélünk, hanem aktuális vagy legutóbbi major depresszív epizódról posztpartum kezdettel, és amennyiben a tünetek a szülést követő négy héten belül jelentkeznek, a DSM-IV meghatározása alapján ez jelölendő (DSM-IV, 2001). A BNO-10 az első hat hét időszakához köti a tünetek megjelenését. Olyan anyai mentális betegséget határoz meg, mely a terhesség, a szülés és a puerperium alatt jelentkezik (BNO-10, 1994).

A férfiak esetében a posztpartum időszakot érintő mentális zavarokról nem esik szó sem a DSM-IV, sem a BNO-10 leírásában, mégis számos bizonyíték szól amellett, hogy a férfiak is érintettek lehetnek. Az egy év posztpartum időszak pedig megfelelő idői keretnek bizonyul a kutatások kivitelezése szempontjából. A kutatási gyakorlatban leginkább ezt az időintervallumot tekintik a kutatók a depresszió kialakulásának szempontjából releváns időszaknak (Goodman, 2004).

A továbbiakban azokat a kutatási eredményeket mutatjuk be, melyek a férfiak posztpartum depressziójának tüneteivel, előfordulási gyakoriságával, a kialakulását befolyásoló rizikótényezőkkel foglalkoznak. Emellett röviden kitérünk az apa posztpartum depressziójának hatásaira, mely a család és a gyermek egészségének szintjén egyaránt értelmezhető.

##### *4.1.1. Az apai posztpartum depresszió tüneti képe*

Az anyákhoz hasonlóan az apák is számtalan változást észlelnek a szülés körüli időszakban. Így a depressziós tünetek, amit az anyák megtapasztalnak, és az apák által megtapasztalt tünetek között is sok az átfedés.

Vannak szerzők, akik a két nem között egyáltalán nem feltételeznek, és vizsgálataik során nem is találnak nemi különbségeket a tünetprofilban, és egyhangúan a tünetek DSM-IV kritériumok alapján történő, hagyományos vizsgálatát követik, mely alapján a posztpartum időszakban elsősorban a tartós lehangoltság, az örömképtelenség vizsgálatára kerül sor (Figueiredo és Conde, 2011).

A szülés utáni depresszió kutatásának létezik egy irányvonala, melyben a férfi-típusú depressziós tünetek vizsgálatát célszerűnek tartják beemelni a vizsgálatokba (Madsen és Juhl, 2007; Veskrna, 2010). Arra is találunk utalást, hogy a posztpartum depressziós tünetek hagyományos mérőeszközei (például Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív, részletesen lásd később) alul mérik a férfiak depresszióját, mivel zömében „nőies” tünetekre kérdeznék rá, és ezért is érdemes más mérőeszközöket is használni az apák depressziójának szűrése során (Matthey, Barnett, Kavanagh és Howie, 2001, Kim és Swain, 2007).

A férfi-típusú depressziós tünetek éppúgy részei lehetnek a gyermek születését követő időszakban kezdődő depresszióknak, mint bármely más életszakaszban (Madsen és Juhl, 2007; Veskrna, 2010), tekintve, hogy a nemi szerep elsődleges hatással van a szülői szerep kialakulására, így meghatározhatja a pszichopatológia jellegzetességeit is. A kvalitatív módszertani megfontolásokat alkalmazó kutatások gyakran találják jellemzőnek a düh és az agresszivitás megélését, a kifejezett frusztráció megtapasztalását az apák esetében (Meighan és mtsai, 1999).

A depressziós anyáknál is megfigyelhető, hogy gyakrabban fejeznek ki dühöt és tapasztalataik között gyakran találkozunk a hosztilitással. Az is bizonyítást nyert, hogy ezzel összhangban kevesebb pozitív érzelmet és melegséget közvetítenek csecsemőjük felé (Lovejoy, Graczyk, O'Hare és Neuman, 2000). Egy, a posztpartum időszakban férfiak mentális egészségét vizsgáló kutatásban szintén központi kutatási kérdésként vetődött fel a férfiak agresszivitása. A férfiak két csoportját depresszió, szorongás, alkohol-problémák és agresszió mentén hasonlították össze. Azok a vizsgálati személyek, akiknek a partnere posztpartum depresszióban szenvedett (vizsgálati csoport), szignifikánsan több depresszióval és agresszióval volt jellemezhető, mint azok a férfiak, akiknek a partnere nem volt depressziós (kontroll csoport). A szorongás és az alkohol probléma vonatkozásában nem találtak eltérést a két csoport között (Roberts, Bushnell, Collings és Purdie, 2006).

Mivel kutatásunkban az agresszivitás vizsgálata (mint a férfi depresszió meghatározó tünete) kiemelt célként szerepel, ezért röviden szólnunk kell az agresszivitás és a posztpartum depresszió lehetséges kapcsolatáról.

A gyermek gondozása során az apai hormonszint változása hasonló profilt mutat az anyai hormonok változásához. Az apai tesztoszteron szint jelentős csökkenése már a terhesség

ideje alatt bekövetkezik, és a gyermek születése után tovább folytatódik (Fleming, Corter, Stallings és Steiner, 2002). Ez alapján az agresszivitás szintjének csökkenését is várhatnánk. Azonban hibát követünk el, ha túlhangsúlyozzuk a biológia szerepét, így például a tesztoszteron szintjét az agresszív viselkedés kialakulásában. A férfiak minden életkorban magasabb agresszió szinttel jellemezhetőek, mint a nők, és a stresszhelyzetekre is gyakrabban reagálnak dühös, agresszív, impulzív viselkedésformákkal.

#### 4.2. Előfordulási gyakoriság

Az apák posztpartum depressziójának kutatása még „gyerekcipőben jár”. Az előfordulási gyakoriság megítélésében nemzetközi vizsgálatok eredményére támaszkodhatunk, mivel tudomásunk szerint hazánkban még nem született olyan tanulmány, mely a gyermek születését követő egy évben vizsgálná az apák depressziós tüneteit.

A külföldi felmérések tanulmányozása alapján megállapíthatjuk, hogy a jelenség előfordulási gyakoriságára vonatkozóan a különböző vizsgálatok által leírt gyakoriságok nagyon nagy eltéréseket mutatnak. Ez egyrészt köthető a mérésére szolgáló eszközök sokféleségéhez (nincs egységesen elfogadott módszere a mérésnek; továbbá azonos mérőeszközöknél különböző vágóértékeket használnak a vizsgálatokban), másrészt ahhoz az időintervallumhoz, amelyben vizsgálni szeretnénk az apák depressziójának kialakulását.

Paulson és Bazemore 2010-es meta-analízisükben alapján, melyben 43 tanulmányt tekintettek át, 10,4%-ra becsülték az apai posztpartum depresszió előfordulási gyakoriságát. Beszámolójuk szerint a legmagasabb arányban a gyermek 3 és 6 hónapos kora között fordul elő a depresszió.

Goodman (2004) áttekintő tanulmányában az apák posztpartum depresszióját a kutatásokban 1,2% és 25,5% közöttinek találta.

Az eredmények nagy eltérése utal arra, hogy egy viszonylag új terület vizsgálati eredményeiről van szó, és ezzel együtt járnak a mérési bizonytalanságok, például a már említett eltérések a mérőeszközök használatát illetően a különböző vizsgálatokban, mely természetesen az adatok összehasonlíthatóságát is megnehezíti.

Dán kutatók (Madsen és Juhl, 2007) vizsgálatukban, (melyben a férfi depressziós tünetek mérése is fontos szerephez jutott) hasonló módszertannal dolgoztak, mint amit mi is használtunk vizsgálatunk során. Madsen és Juhl 5%-os előfordulási gyakoriságot találtak speciálisan a szülés utáni depresszióra szűrve, illetve 3,4%-ban férfi depressziós tüneteket azonosítottak.

Az előfordulási gyakoriság tárgyalása során meg kell említenünk a longitudinális vizsgálatok eredményeit, melyek azt bizonyítják, hogy a férfiak az antenatális periódusban megélt szorongása és depressziója magasabb, mint közvetlenül a szülés után. Majd az egy év posztpartum időszakban folyamatos emelkedés tapasztalható (Matthey, Barnett, Ungerer és Waters, 2000; Areias, Kumar, Barros és Figueiredo, 1996)

*Megjegyzés az apák posztpartum depressziójának méréséhez:*

Az apai posztpartum depresszió vizsgálata fiatal területe a pszichológiának. Mivel sem egységes definíciója, sem diagnosztikus kritériumai nem alakultak még ki a szülés utáni apai depresszióknak, és az átfogó elméleteknek is híján vagyunk, a megfelelő mérőeszközök és a szűréshez használható speciális eszközök kialakítása még a jövő kutatásainak feladata.

#### 4.3. Az apa posztpartum depressziójának kialakulása

Hasonlóan a depresszió más formáihoz, a szülés utáni depresszió kialakulását biológiai, pszichológiai és társas hatások egyaránt befolyásolják. Az apai és az anyai posztpartum depresszió kialakulásában szerepet játszó faktorok között találunk hasonlókat és olyanokat is, melyeket a férfi nem, illetve a terhesség időszakának tapasztalata, és az apaszerep sajátos élménye formál.

##### 4.3.1. Az apaság élménye és speciális stresszforrásai

A továbbiakban olyan folyamatokkal foglalkozunk, melyek jelentős stresszforrásként jelentkezhetnek a férfiak esetében a gyermekvállalás időszakában. A férfiak gyakran számolnak be speciálisan az apaság pozíciójából és az apaszereppel együtt érkező nehézségekről.

A gyermekvállalás új kihívásokat és fokozott elvárásokat támaszt a férfival szemben is: felelősségvállalás érzésének felerősödése az élet több területére jellemző lesz. A munkavállalói szereppel és a család anyagi jóllétével kapcsolatos felelősség növekszik, mely jelentős stresszt jelent az apák életében (Tóth, 1997).

Gyakori az érzés, hogy a megnövekedett elvárásoknak való megfeleléshez nem áll elég idő rendelkezésükre, a munkahely és a család közötti egyensúly megtalálása nehézséget jelent. A kirekesztettség érzése, és az apaszerepnek való megfelelés érzése egyszerre jelenik

meg. A szexuális életben történő változásokat, a szexualitás csökkenését vagy hiányát is gyakran említik jelentős stresszforrásként az apák (Pollock, Amankwaa és Amankwaa, 2005).

Az apaszerep kialakításának egy fontos lépése a saját apaságról alkotott elképzelések integrálása a férfi szerepbe (Jordan, 1990). A gondoskodó apa szerepébe lépés és a férfiasság tapasztalatának összeegyeztetése sok esetben nehéz feladatnak bizonyul. Az apa-gyermek közötti érzelmi kötődés lassabban alakul ki, mint az anya és a gyermek között. Az apaszerep elsajátítását éppen ezért sokszor nehezebbnek tartjuk, mint az anyaszerepét. Az apa-gyermek kötődés kialakítása az első két hónapban fokozatosan alakul ki. Ami nehezítheti még ezt a folyamatot, az a jó apa-modell hiánya (Edhborg, Matthiesen, Lundh és Widstorm, 2005).

Bár a társadalmi berendezkedés gyakran még mindig csak az anya és a gyerek egységét támogatja kiemelkedően, arra is vannak bizonyítékok, hogy nemi szerepek változásokon mennek keresztül. A nemi szerepek fellazulásával, a szülőkkel kapcsolatos elvárások természetének és rendszerének megváltozásával párhuzamosan az apák egyre hangsúlyosabb szerephez jutnak a gyermekgondozásban, melyet az anyák sokszor ambivalens viselkedése is megnehezíthet: az apai segítség fontosságának hangsúlyozása, támogatás elvárása és elfogadása mellett ugyanakkor a kontroll megtartása is megjelenik meghatározó motívumként (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth és Lamb, 2000).

Az apák gyakran számolnak be arról, hogy nehézséget okoz számukra a társadalmi elvárásoknak való megfelelés: az apasággal kapcsolatos saját normák és attitűdök összeegyeztetése a társadalom felől érkező elvárásokkal (Barclay és Lupton, 1999).

Az apa elvárásai saját apaságával kapcsolatban, és az azoknak való megfelelés erősen meghatározzák az apa élményeit és hangulatát a posztpartum időszakban. Amennyiben az elvárások és az élmények, vagyis az aktuális tapasztalatok nem egyeznek meg, az apák gyakran lehangolónak és frusztrálónak élik meg helyzetüket (Mander, 2004).

A fentebb tárgyalt tényezők mind olyan meghatározó elemei az apaszerep kialakításának, melyeket gyakran jelentős mértékű frusztráció és szorongás kísérhet. Mindezek kockázati tényezőt jelenthetnek a férfiak esetében a posztpartum depresszió kialakulásának szempontjából.

#### *4.3.2. Az anya depressziója mint a férfi szülés utáni depressziójának prediktív faktora*

Külön érdemes beszélnünk az édesanyák és az édesapák érzelmi állapotának kapcsolatáról. Az anya testi- és lelki állapota jelentősen befolyásolja az apa érzelmi állapotát a szülés körüli időszakban. Az anya depressziós tüneteit az apánál kialakuló depresszió

legjelentősebb okának tekintik (Veskrna, 2010). Számos tanulmány bizonyítja, hogy az apáknál a szülés utáni depresszió kialakulása nagymértékben függ attól, hogy az anyánál kimutatható-e a depresszió. Az anya posztpartum depresszióját tehát több vizsgálat eredménye alapján tekinthetjük az apai posztpartum depresszió független prediktorának (Matthey, Barnett, Ungerer és Waters, 2000; Schumacher, Zubaran és White, 2008; Goodman, 2004; Zelkowitz és Milet 2001; Pinheiro, Magalhães, Horta, Pinheiro, da Silva és Pinto, 2006).

Paulson és Bazemore (2010) a már idézett meta-analízisükben azt találták, hogy anya depressziója és az apa depressziója a posztpartum időszakban közepes, pozitív korrelációt mutat egymással. Ramchandani és munkatársai (2005) szintén pozitív kapcsolatot találtak ugyanezen tényezők vizsgálata mentén.

A hangulatzavar gyakran később alakul ki a férfiak esetében, mint a nőknél. Azoknál a férfiaknál pedig, akiknek a partnere súlyos depresszióban szenved, 50%-os valószínűséggel jelenik meg a kórkép (Schumacher, Zubaran és White, 2008). Goodman (2004) tanulmányában több vizsgálat áttekintése után 24-50%-os együttjárást talált a fenti változók között.

Meighan és munkatársai (1999) olyan apákat kérdeztek a szülés utáni tapasztalataikról és élményeikről interjú segítségével, akiknek a partnere posztpartum depresszióban szenvedett. Ezek az apák arról számolnak be, hogy félelmet, dühöt és frusztrációt kelt bennük, hogy tehetetlennek érzik magukat a probléma megoldását illetően. Beszámolóikban szerepel, az izoláció élménye, amelyet partnerük mellett élnek meg. Egy másik tanulmány szerint ezeknél az apáknál gyakran több probléma egyszerre jelentkezik: beszámolnak olyan pszichológiai problémákról, mint a depresszió, szorongásos zavarok, alkoholproblémák, illetve a kifejezett kimerültséggel együtt járó tünetek (Roberts, Bushnell, Collings és Purdie, 2006).

#### *4.3.3. A férfiak posztpartum depressziójának kialakulását befolyásoló egyéb tényezők*

Az érzelmi támasz és a társas támasz hiánya, a kevés alvás, a házastársi szerepek megváltozása kapcsán megtapasztalt problémák, házastársi konfliktusok, a negatív életesemények, az anyagi problémák mind olyan tényezők, melyek nemtől függetlenül szerepet játszhatnak a szülés utáni depresszió kialakulásában (Spector, 2006).

Ezen kívül a gyermekvállalás időszaka előtt fennálló major depresszió, illetve az antenatális időszak depressziója (Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray és Evans, 2008), az alacsony önértékelés, az inkompetencia érzése, az apa fiatal életkora mind olyan tényezők,

melyek összefüggésbe hozhatók az apák depressziójának kialakulásával (Paulson és Bazemore, 2010).

Egy kutatásban, ahol a családszerkezetet és a depresszió előfordulási gyakoriságát is vizsgálták, azt találták, hogy a házások jellemezhetőek a legalacsonyabb depresszióval, őket követik a párkapcsolatban élők, a legmagasabb depresszió szinttel jellemezhető apák nem voltak kapcsolatban gyermekük anyjával (Huang és Warner, 2005). Deater-Deckard és munkatársai (1998) szintén a hagyományos családszerkezet esetében találtak alacsonyabb depresszió szintet, míg például a mozaikcsaládok apái magasabb szintű depressziót éltek meg.

#### 4.4. Az apai posztpartum depresszió hatása a gyermekre

Hatalmas mennyiségű szakirodalom halmozódott fel az anyák posztpartum időszakban átélt problémáinak és ennek hatására a gyermekben kialakuló negatív következményeiről. Az anya depressziójának kedvezőtlen hatása van az anyai gondoskodás minőségére, és mennyiségére. Így hatással van a gyermek érzelmi és kognitív fejlődésére, és a fizikai fejlődést is negatívan befolyásolja. A gyermeknél a pszichopatológiák kialakulásával is szorosan összefügg az anya posztpartum depressziója (Field, 2010).

A terhesség alatt jelentkező és a szülés utáni időszakban megélt depresszió súlyos probléma az anyák és az apák esetében is. A szülést követő időszakban megtapasztalt depresszió (függetlenül attól, hogy az anya, az apa, vagy éppen mindkét szülő esetében kialakul) jelentős mértékben befolyásolja a család jóllétét: jelentkezhet a probléma párkapcsolati szinten, zavart okozhat a családi dinamikában, a szülő-gyermek kapcsolatban, illetve a gyermek pszichológiai fejlődésére is negatív hatással van (Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurki, Paavilainen és Paippala, 2004; Paulson, Dauber és Leiferman, 2006). Egy szülő érintettségének esetében is nagyfokú veszélynek van kitéve a gyermek egészséges pszichológiai fejlődése, ha azonban mindkét szülő esetében kialakul a depresszió, a negatív hatás tovább növekszik. Egy tanulmányban azt találták, hogy azoknak a pároknak az aránya, ahol legalább a pár egyik tagja vagy antenatálisan vagy a posztpartum időszakban depressziós, közel 60%-ra tehető (a pár mindkét tagja antenatálisan körülbelül 11%-ban, korai posztnatális időszakban 12%-ban volt érintett) (Raskin, Richman és Gaines, 1990).

Az apa mentális egészsége összefüggést mutat a gyermek jóllétével, a szociális adaptációjával és a kognitív fejlődésével is. A gyermek érzelemszabályozásának kialakulásában fontos szerepe van az apai jelenlétnek, valamint a kontroll gyakorlásának képességét is nagy mértékben befolyásolja az apa (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth és Lamb, 2000)

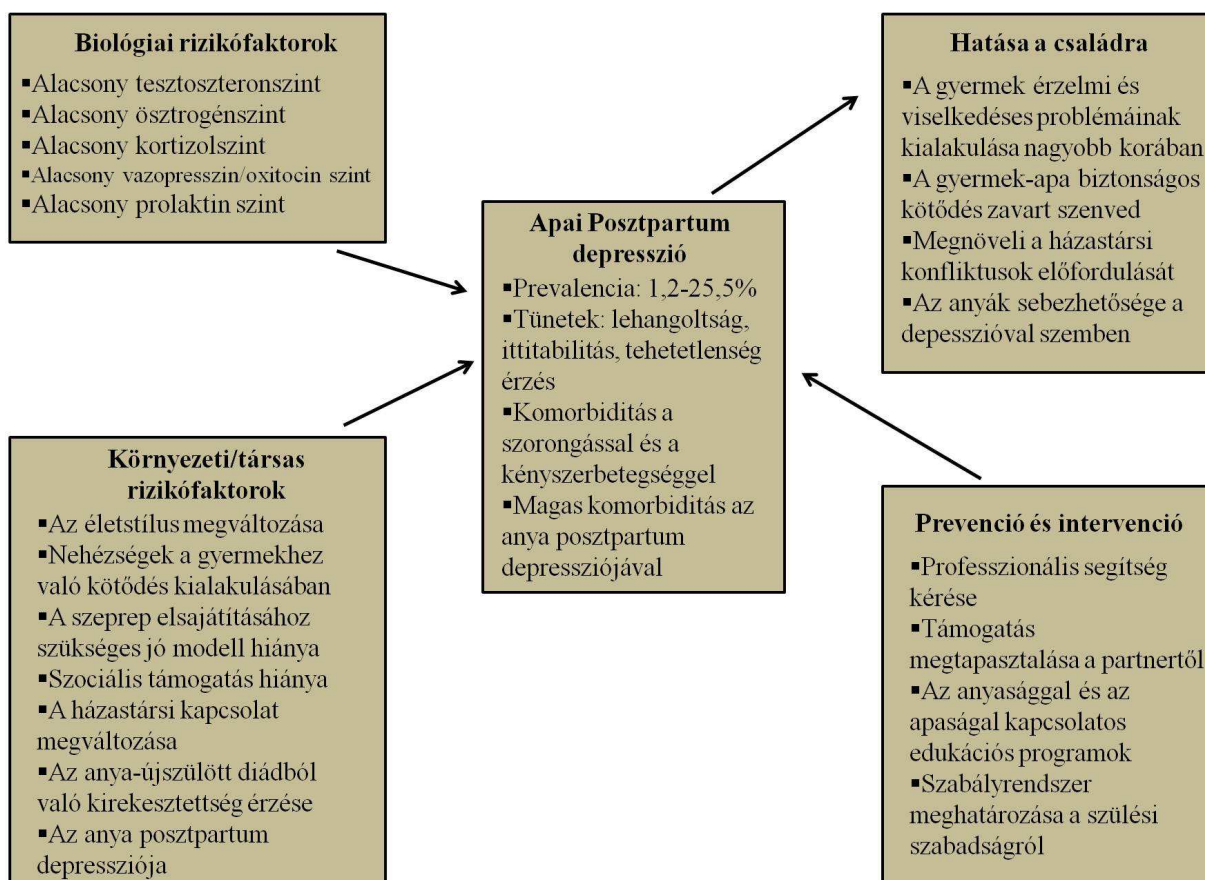
Ramchandani és munkatársai (2005) utánkövetéses vizsgálatukban azt kutatták, hogy az apa posztnatális depressziója hogyan befolyásolja a gyermek emocionális fejlődését, és milyen hatással van a viselkedés fejlődésére 3,5 éves korában. Azoknál a gyerekeknél, akiknek édesapja depressziós volt, érzelmi és magatartás problémák is kimutathatóak voltak. A hiperaktivitás megjelenése is jellemzőbb volt a depressziós apák gyermekeinél. A fiúk sérülékenyebbnek bizonyultak, vagyis az apa posztpartum depressziója nagyobb veszélyeket rejt a fiúkra nézve, mint a lányokra (Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor és ALPAC, 2005; Ramchandani, O'connor, Evans, Heron, Murray és Stein, 2008; Carro, Grant, Gotlib és Compas, 1993). Az apa szülés utáni depresszióját a pszichiátriai zavarok megjelenésével is összefüggésbe lehet hozni, melyet a gyermekek 7 éves korában figyeltek meg. A pszichiátriai diagnózisok és a szorongásos zavarok közel kétszer olyan gyakran alakultak ki depressziós apák gyermekei esetében, mint nem depressziós apák gyerekeinél (Ramchandani, O'Connor, Heron, Murray és Evans, 2008).

Azok a gyerekek, akiknek az édesapja valamilyen pszichiátriai zavarban szenved a születés körüli időszakban, kockázati csoportnak számítanak a különböző viselkedéses és érzelmi problémák, valamint pszichiátriai zavarok kialakulásának szempontjából, mely leginkább óvodás- és kisiskolás korban csúcsosodik ki.

Az eddigiek kiváló összefoglalását nyújtja Kim és Swain (2007) tanulmányában (2. ábra). Kritikai szemléletű írásukban a férfiak szülés utáni depressziójának ismertetését a kialakulásban szerepet játszó faktorok bemutatásától indítják, mígnem eljutnak a családra gyakorolt hatásokon keresztül a prevenciót és a terápiás vonatkozásokat hangsúlyozó szemléletmód bemutatásáig. A biológiai faktorok, valamint a környezeti és társas faktorok, mint látjuk, együttes hatása alakítja ki az apa depresszióját, mely sok esetben nagyfokú komorbiditást mutat az anya depressziójával. Az apák posztpartum egészsége a család életében, és a gyermek egészséges fejlődése szempontjából éppúgy meghatározó, mint az anya egészsége. A szerzők végül kitérnek a szülők támogatásának lehetőségeire, és annak fontosságára.

## 2. ábra

Az apák posztpartum depressziójának modellje (Kim és Swain, 2007, 39. oldal)



## 5. A vizsgálat bemutatása

### 5.1. Célkitűzés és hipotézisek

Kutatásunk célja az volt, hogy hazai mintán megvizsgáljuk a gyermek születése utáni első egy év időszakát a szülőpár, különös tekintettel az apák mentális egészsége szempontjából. Vizsgálatunkban szerettünk volna információt nyerni az apák posztpartum depressziójának előfordulási gyakoriságáról, a kialakulását befolyásoló tényezőkről, és a férfi depressziós tünetek posztpartum időszakban történő megjelenéséről. Vizsgálatunk párok vizsgálatán alapul, így fontos célkitűzésünk volt annak feltárása volt, hogy az anya depressziója és szorongás mutatói hogyan befolyásolják az apa posztpartum depressziójának kialakulását. Kérdéseink között szerepelt, hogy milyen tünetek manifesztálódnak az apák esetében a szülés utáni depresszió esetében. A vizsgálat során különös figyelmet fordítottunk az agresszió tanulmányozására, típusainak megjelenésére. Külön kérdésünk volt, hogy az

anyák mentális állapota és a férfiak agressziójának megjelenése milyen összefüggésben áll egymással. Végül pedig az apák megküzdéséről is szeretnénk volna információhoz jutni, figyelmünket a megküzdés pozitív pszichológiai szemlélete felé fordítva.

A kérdéseink vizsgálatának céljából az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. Vizsgálatunk első részében a depresszió előfordulási gyakoriságára adunk becslést. Az elméleti bevezetőben utaltunk rá, hogy a vizsgálatok során alkalmazott mérőeszközök, és a mérni kívánt posztpartum időszak hosszának változatossága miatt nagy szórás mutatható ki a nemzetközi szakirodalmi adatokban a férfiak posztpartum depressziójára vonatkozóan. Vizsgálatunk során azokat a kutatási eredményeket vettük alapul, ahol a vizsgálati eszközök között szerepelt az EPDS vagy a GMDS skála, vagy mindkét mérőeszköz.

**Első hipotézis**ünk szerint feltételezzük, hogy az EPDS és a GMDS skálával olyan apákat is ki tudunk szűrni (jellemzően férfi depressziót mutató férfiakat), akiket egy skála alkalmazása esetén nem tekintenénk veszélyeztetettnek. Az apák depressziójának 10% és 15% közötti előfordulására számítunk, az előzetes kutatási eredmények alapján (Madsen és Juhl, 2007)

2. Vizsgálatunk második részének célkitűzése a nők és a férfiak pszichés állapotának összehasonlítása a posztpartum időszakban.

**Második hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy az apák pszichés jóllét mutatói összességében szignifikánsan magasabbak lesznek, mint a nőket jellemző mutatók.

Ugyanakkor a depresszió esetében az EPDS itemeit vizsgálva azt várjuk, hogy jellemzően azokban az itemekben mutatkozik lényeges eltérés (azokban az esetekben lesz a nőkre lényegesen magasabb pontszám jellemző), melyek kifejezetten nőiesnek tekinthető tünetekre kérdeznek rá (sírás, boldogtalanság érzése).

3. Vizsgálatunk következő egységében a nők pszichés állapotának összefüggéseit vizsgáltuk a férfi depresszió szintjével.

A nők posztpartum depresszió szintje összefüggést mutat az apák által megélt depresszió szintjével. **Harmadik hipotézis**ünkben azt feltételezzük, hogy amennyiben a nő depressziós, a férfi is nagyobb valószínűséggel mutat depressziós tüneteket. Az összefüggést mind a szülés utáni depressziót mérő skálán, mind a férfi depressziós tünetek tekintetében elvárjuk.

4. **Negyedik hipotézis**ünk a nők szorongásának és a férfiak depresszió szintjének összefüggését hivatott tesztelni. Feltételezésünk szerint a magasabb szorongással jellemezhető nők párvai nagyobb mértékű depressziót mutatnak, mint az alacsonyabb szorongással jellemezhető nők partnerei.
5. Vizsgálatunk következő része a gyermekvállalás körülményeit vizsgálja a férfiak posztpartum depressziójával kapcsolatban.  
**Ötödik hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy a nem tervezett gyermekek apái nagyobb fokú depresszióról számolnak be, mint a tervezett gyermekek apái.  
**Hatodik hipotézis**ünkben feltételeztük, hogy a nehezített fogantatásnak, a meddőségi problémáknak a szülés utáni időszakban mutatkozik a hatása: depressziósabb csoportként lehet azonosítani a megelőzően termékenységi nehézségekkel küzdő párokat.
6. A vizsgálat ezt követő részeiben az agresszivitás relevanciáját vizsgáltuk a posztpartum időszakban. **Hetedik hipotézis**ünk alapján az agresszivitás jelenlétét elemeztük a depressziós tünetekkel összefüggésben. Feltételeztük, hogy az agresszivitás különböző típusai szerves részeként értelmezhetőek a férfiak depressziójának, illetve hogy az agresszivitás megjelenése szoros összefüggést mutat az anya érzelmi állapotával. Feltételezésünket arra alapozzuk, hogy a depressziós tünetek, ezen belül is a nem típusos depressziós tünetek kialakulása gyakran szerepváltásokhoz és fejlődési átmenetekhez köthetőek.
7. Ezt követően **nyolcadik hipotézis**ünkben feltételeztük, hogy a vitális kimerültségnek és a társas támasznak szerepe van az általunk vizsgált nem típusos depressziós tünet, az agresszivitás megjelenésében. A magasabb vitális kimerültség és az alacsony észlelt társas támasz mind magasabb agresszivitással járnak együtt.
8. **Kilencedik hipotézis**ünkben azzal feltételezéssel éltünk, hogy az apák egyéni erőforrásai, melyek a megküzdési módok aktív és pozitív módjához köthetőek, segítségükre vannak a posztpartum időszakban megjelenő, az új, megváltozott környezethez való alkalmazkodásban.

## 5.2. Az adatfelvétel módja

Vizsgálati kérdéseink megválaszolásához önkitöltős kérdőíveket tartalmazó tesztsomagot juttatunk el a vizsgálati személyekhez nyomtatott, papír alapú formában, illetve a vizsgálati csoport egy másik részének elektronikus formában, online felületen keresztül. A kérdőív elektronikus formában való terjesztéséhez olyan fórumokkal vettük fel a kapcsolatot, melyeket megítélésünk szerint a szülőpár egyik vagy másik tagja, vagy mindkét tagja látogat. A vizsgálatban való részvétel lehetőségének hirdetését közel 20 oldal, és internetes felület támogatta<sup>1</sup>.

A kitöltés előtt a vizsgálati személyek egy részletes útmutatót olvastak el, melyben biztosítottuk a vizsgálat anonimitásáról a résztvevőket, és arról, hogy a kérdőív adatait csak a jelen kutatásban használjuk fel.

Mivel egy vizsgálati egységnek a szülőpárt tekintettük, vagyis az édesapának és az édesanyának is ki kellett töltenie egy-egy kérdőívet, ezért arra kértük őket, hogy beszéljenek meg egy közös jelszót, melyet mind a ketten feltüntetnek az általuk kitöltött kérdőíven. Így biztosítottuk, az anonimitás megtartása mellett, hogy azonosítani tudjuk az egy párhoz tartozó kérdőíveket.

## 5.3. A vizsgálati személyek

A vizsgálat során összesen 181 fő adatai kerültek elemzésre. A kérdőívezés folyamatát a továbbiakban részletesen bemutatjuk.

A kérdőívcsomag papír alapú formája 30 csecsemős családhoz jutott el a kényelmi mintavétel módszerét alkalmazva, melyből 17 pár juttatta vissza a kérdőívét. Ebből 12 pár adata bizonyult értékelhetőnek. 5 pár kérdőívét, azaz 10 kérdőívet azért zártunk ki a vizsgálatból, mert vagy nem töltötte ki a pár férfi tagja a rá vonatkozó kérdőívet, vagy annyira hiányosnak bizonyult a kitöltés, hogy nem tette lehetővé a mintába való bekerülést.

Az elektronikus adatgyűjtés során 164 kitöltött női kérdőívre tettünk szert, míg férfi kérdőív kitöltő 93 fő volt. A férfiak esetében 8 kérdőívet ugyanakkor ki kellett zárunk, mert ezek közül 7 esetben a kérdőív körülbelül 1/5 része bizonyult értékelhetőnek, 1 esetben pedig

---

<sup>1</sup> Az internetes oldalak, melyeken megjelent a vizsgálatban való részvétel felhívása, az édesanyák és az édesapák kérdőívére mutató linkekkel (a felsorolás a teljesség igénye nélkül készült): Anyukák és kismamák helyi internetes oldalai: [www.imami.hu](http://www.imami.hu), <http://www.debrecen.imami.hu/> (országos szinten több testvéroldalukhoz juttatták el a hirdetést.); közösségi oldalakon működő csoportok és oldalak: pl. *Apa is csak egy van*, *Babamosoly.hu*, védőnői szolgálatok közösségi oldalai, illetve beszélgető fórumok pl. Babás-mamás csevegő csoport.

obszcén jeligével, és értelmezhetetlenül kitöltött kérdőívvel találkoztunk. A 164 női kérdőív közül azt a 72-t tartottuk bent a mintában, melyeknek a férfi párja is rendelkezésre állt.

A vizsgálat során az elemzésbe bevont személyek száma tehát a következőképpen alakult:

Összesen 181 fő került be a végleges mintánkba. 84 (12+72) férfi és 84 (12+72) nő párként szerepel a vizsgálati személyek között.

Mivel vizsgálatunk fő célkitűzése a férfiak mentális egészségének vizsgálata a szülés utáni időszakban, ezért vizsgálati csoportunkba célszerűnek tartottuk az összes olyan férfi adatát is bevonni, akiknek a párja nem szerepelt a kérdőív kitöltők között (13 fő). Vizsgálataink során a férfiak posztpartum depressziójának jellegzetességeit vizsgálva mindig 97 férfi adatait elemezzük. Amennyiben az eredmények bemutatásánál a pár vonatkozásában teszünk megállapítást, azaz férfi és nő relációjában, abban az esetben 84 férfi és 84 nő eredményeire vonatkozik az elemzésünk.

Szólnunk kell a vizsgálatba való bekerülés feltételeiről is. A mintába való bekerülésnek egyetlen feltétele az volt, hogy a család egy év alatti csecsemőt neveljen. A vizsgálatba való bekerülésnek egyéb kritériumát nem határoztuk meg.

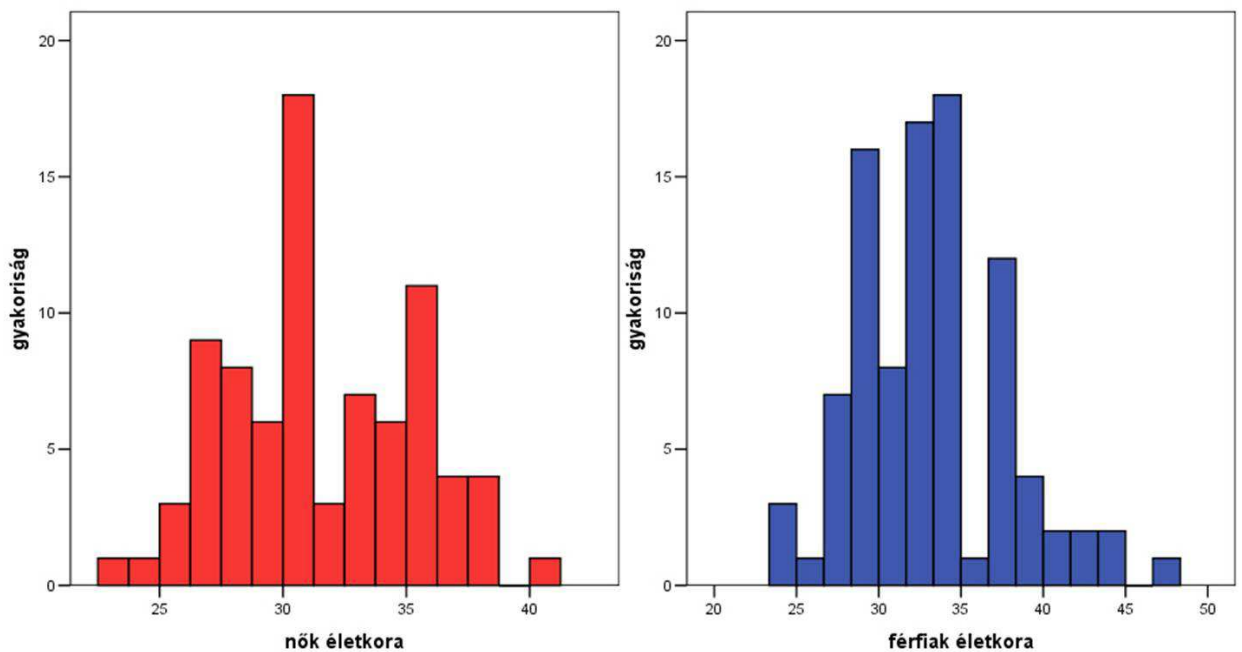
A kérdőív kitöltés során a férfi kitöltők nagyfokú lemorzsolódását, illetve a nőkkel összehasonlítva, hiányát is tapasztaltuk. Természetesen számítottunk arra, hogy kevesebb férfi kitöltő lesz, illetve arra is, hogy a férfiakat nehezebben érjük el akár az internetes, akár a papír alapú kérdőíveinkkel, azonban ilyen nagyarányú különbséget nem jósoltunk.

Ugyanakkor tudjuk azt is, hogy a férfi nemet mint a vizsgálati alanyok bevonásának egyik fő nehézségét és kihívását tartják számon, és sokszor a szegényes válaszadási hajlandósággal azonosítják (Patel, Doku és Tennakoon, 2003). Ezen túl arra is van bizonyíték, miszerint az apák bevonása a gyermek pszichológiai problémáinak vizsgálatába nehézkes, és a válaszadási hajlandóságuk jócskán elmarad az anyákétól (Cassano, Adrian, Veits és Zeman, 2006).

### *5.3.1. A vizsgálati személyek demográfiai jellegzetességei*

A vizsgálati személyek átlagéletkora nemekre lebontva a következőképpen alakult. A női mintában az átlagéletkor 31,38 év ( $SD=3,80$ ). A legfiatalabb édesanya 23, a legidősebb 41 éves. 5 nő nem jelölte meg életkorát. A férfi almintá átlagéletkora 33,38 év ( $SD=4,56$ ). A férfiak esetében az életkori minimum 24 év, míg a maximum 48 év. 3 fő nem adta meg életkorát (3. ábra).

3.ábra  
Az életkorok gyakorisági eloszlása



A családi állapotot tekintve a minta házasokból és párkapcsolatban élőkben áll: 76,2%-a házas illetve 23,8% párkapcsolatban él, együtt a partnerével. Annak a 13 vizsgálati személynek, akinek a párja nem vett részt a vizsgálatban 76,9%-a házas, míg 23,1%-uk párkapcsolatban él, együtt a párjával.

A nők iskolai végzettsége a következőképpen alakul: középfokú végzettséggel rendelkezik a minta 31%-a, míg a minta 69%-a felsőfokú végzettségű. A férfiak 44,2 %-a középfokú, míg 55,8%-a felsőfokú végzettségű.

A gyermekkel, illetve gyermekekkel kapcsolatos mutatók:

A gyerekek átlagos életkora, hónapban megadva: 6,6 ( $SD=3,26$ ). A mintában a legfiatalabb csecsemő 1 hónapos, míg a legidősebb 12 hónapos volt.

A mintában a párok 72,62%-a első, 15,47%-a második, 10,71%-a harmadik, és 1,2%-a negyedik közös gyermekét vállalta nemrégiben.

A nők 5,95%-ának van az aktuális kapcsolatát megelőző kapcsolatából gyermeke, míg ez a szám a férfiak esetében 7,14%.

#### 5.4. Vizsgálati módszerek: a mérőeszközök bemutatása

A vizsgálat során az anyák és az apák önkitöltős kérdőíveket töltöttek ki. A férfiak és a nők különböző kérdőívcsomagot kaptak, melyek a következőképpen épültek fel. A férfiak két depresszió kérdőívet töltöttek ki: Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív, Gotland Férfi Depresszió Kérdőív, míg a nők depresszióját az Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőívvel mértük. A szorongást, a vitális kimerültséget és a megküzdést mindkét nem esetében a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív, vonásszorongást mérő részével mértük, a Vitális Kimerültség Skálával és a Proaktív Megküzdés Kérdőívvel mértük. A Társas Támogatás Kérdőívet szintén mindkét nem képviselői kitöltötték. Ezen túl a férfiak agresszivitását a Buss-Perry Agresszió Kérdőív volt hivatott mérni.

##### 5.4.1. Demográfiai kérdések és a gyermekvállalásra vonatkozó információk

A vizsgálat első része egy általunk szerkesztett kérdőív volt, melyben először a pár által választott közös jelszóra kérdeztünk rá.

A kérdőív kérdései ezek után demográfiai változókra vonatkoztak. Életkorra, iskolai végzettségre, családi állapotra, az oktatásban eltöltött évek számára, az egy háztartásban élő személyek számára, az esetlegesen fennálló pszichés problémákra, a jelenlegi munkahely meglétére, és a heti munkával töltött óraszámra kérdeztünk rá.

A kérdőív második részében a gyermekvállalással kapcsolatos kérdéseinket tettük fel. Megkérdeztük, hogy tervezett volt-e a gyermekvállalás; hanyadik gyermekük született nemrégiben; mennyi idő telt el a fogantatásig; volt-e egészségügyi probléma, mely nehezítette a teherbeesést; vettek-e részt meddőségi kezelésem.

##### 5.4.2. A depresszió mérésének mérőeszközei

###### 5.4.2.1. A posztnatális depresszió mérése: Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív (Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS)

Az EPDS klinikai és epidemiológiai vizsgálatokban egyaránt széles körűen használt vizsgálómódszer. Önkitöltős kérdőív, melynek előnyös tulajdonságai közé tartozik, hogy igen rövid, 10 itemet tartalmaz, így rövid idő alatt megbízható eredményekkel szolgál a szülés utáni depresszióra vonatkozóan.

A kérdőívet az 1980-as években fejlesztették ki, (Cox, Holden és Sagovsky, 1987), és azóta közel húsz nyelvre lefordították (2. melléklet).

Elsősorban az édesanyák által tapasztalt depressziós tünetek szűrésére alkalmazott mérőeszközt napjainkban használják a terhesség ideje alatt megélt depresszió, az antenatális depresszió mérésére is. Ezen túl a kérdőívet megbízhatóan és eredményesen alkalmazzák újabban mind az antenatális, mind pedig a posztnatális időszakban a férfiak depressziójának becslésére, még elsősorban kutatási céllal (Matthey, Barnett, Kavanagh és Howie 2001; Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi és Ramchandani, 2010).

A vizsgálati személynek a kérdőív 10 tételéről kell ítéletet mondani, melyek szorosan kapcsolódnak a szülés körüli időszakhoz, az érzelmi és a kognitív jellegzetességeire koncentrálna a depresszió tüneteinek, miközben, a szomatikus panaszok nem kapnak nagy figyelmet. A depressziós tünetek mellett a szorongás mérésére alkalmas itemek is találhatóak a kérdőívben, így a kérdőív szorongást mérő itemeit együtt EPDS-3A-nak nevezzük (3., 4., 5., itemek) (Matthey, 2008). A kérdőív utolsó iteme a szuicid veszélyt méri fel.

Minden egyes állításhoz 4 lehetséges válasz tartozik, 0-3-ig terjedő pontszámmal. Így a kérdőívben szerezhető összpontszám 0-30-ig terjedhet. Vizsgálatunkban a 9/10 vágóértéket használtuk, mind a férfiak, mind pedig a nők esetében. 10 vagy a feletti pontszám alapján a posztpartum depresszió valószínűsíthető (Gibson, 2009; Matthey, Barnett, Kavanagh és Howie 2001; Lee, 2001).

#### *5.4.2.2. A férfi depressziós tünetek mérése: a Gotland Férfi Depresszió Kérdőív (Gotland Male Depression Scale-GMDS)*

A férfi depressziós tünetek mérésére a Gotland Férfi Depresszió Skálát használtuk (3. melléklet) (Innamorati és mtsai, 2011). A skála 13 kérdésből áll, és az úgynevezett „hagyományos” depressziós tünetek mellett (reménytelenség érzés, kiségettség, üresség érzése, alvászavarok) a férfi típusú depressziós tüneteket is mérni hivatott (alacsonyabb tűréshatár, agresszívebb megnyilvánulások, túlzott aktivitás, fokozott munkavégzés). A kérdőívet azért fejlesztették ki, hogy megnövelje a major depresszió felismerésének valószínűségét azáltal, hogy a jellegzetesen férfiakra jellemző tünetekre kérdez rá.

A kérdőív állításait a vizsgálati személynek, az elmúlt egy hónapra kell vonatkoztatni, és egy 4 fokozatú Likert-típusú skálán az alábbiak szerint kell önmagára vonatkoztatva megválaszolni: *0=egyáltalán nem jellemző, 1=valamennyire jellemző, 2=jellemző, 3=teljesen jellemző*. 39 pont érhető el maximálisan a skálán. 0-12 pontig depresszió nem valószínűsíthető. Ha a kitöltő 13-26 közötti értéket ér el, akkor elmondhatjuk, hogy a

depressziós tünetek fennállnak, a pszichoterápia indokolt, gyógyszeres kezelés megfontolandó. 27 feletti elért pontszám esetén kifejezett depressziós tünetekről beszélünk. Ebben az esetben egyértelműen javasolt a pszichoterápia, illetve a depresszió gyógyszeres kezelése.

A kérdőívet a posztnatális időszak depressziójának mérésére Madsen és Juhl (2007) alkalmazta, és vizsgálatukban felhívták a figyelmet a posztantális depresszió többszemponútú mérésének fontosságára, illetve arra, hogy férfiak nem klinikai mintáján a férfi típusú depressziós tünetek feltérképezése és kezelése, nem csak a férfi szempontjából lényeges, hanem jótékony hatással bírhat az egész család pszichológiai egészségére.

A posztpartum depresszió kutatása során sok esetben két vagy akár több mérőeszköz is felhasználásra kerül a depresszió detektálása érdekében. Vizsgálatunkban mi is ezt a módszert választottuk. A vizsgálatunk során alkalmazott két kérdőív különböző módon közelít a depressziós tünetek felé. A GMDS és az EPDS összpontszáma ugyanakkor magasan korrelál egymással ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ), mutatva, hogy két hasonló, ugyanakkor bizonyos szinten különböző konstruktum megragadására alkalmas.

#### *5.4.3. A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (STAI)*

A szorongás általános szintjének mérésére a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív magyar változatát használtuk (4. melléklet) (Sipos, Sipos és Spielberger, 1994; Perczel Forintos, Kiss és Ajtay, 2005). A kérdőív vonásszorongást mérő részével dolgoztunk (STAI-T), mely 20 állításból épül fel. A vizsgálati személynek 1-4-ig kell értékelnie az egyes állításokat aszerint, hogy mennyire jellemző rá az adott állítás: egyáltalán nem, valamennyire, eléggé vagy nagyon jellemző. A tételekre adott válaszok alapján összpontértéket számolunk. Magasabb pontszám magasabb szorongást jelöl.

#### *5.4.4. Az agresszió mérése: Buss-Perry Agresszió Kérdőív (BPAQ)*

Az agresszivitás méréséhez a Buss-Perry Agresszió Kérdőív (5. melléklet) hazai, adaptált változatát használtuk (Buss és Perry, 1992). A kérdőív hazai változatát Gerevich és munkatársai készítették el 2007-ben. A kérdőív 29 itemet tartalmaz. A tételek az agresszióval összefüggő viselkedéses és érzelmi vonatkozásokat leíró állításokból állnak. A vizsgálati személynek egy 1-5-ig terjedő skálán kell megítélnie, hogy az adott állítás mennyire jellemző rá.

Az önkitöltős kérdőív egyes itemein elért pontszámokat összeadva megkapjuk az agresszió összpontszámát, mely önállóan is felhasználható, mint az agresszivitás globális mutatója. Az agresszió differenciáltabb jellemzését teszi lehetővé az alskálákhoz tartozó pontszámok összevetése. A kérdőív négy skálából áll, melyek az agresszió egymástól jól elkülöníthető aspektusait írják le: fizikai agressziót mérő skála (9 item), verbális agressziót mérő skála (5 item), düh, harag mérésére alkalmas skála (7 item) és a hosztilitás alskála (8 item).

#### *5.4.5. A vitális kimerültség mérése: Vitális Kimerültség Skála*

A vitális kimerültség a krónikus fáradtságérzéssel, az energiaszint jelentős csökkenésével, libidó csökkenéssel, fokozott ingerlékenységgel, és a gyakran a reménytelenség érzésével jellemezhető komplex élmény. Mérésére a Maastricht Vitális Kimerültség Skála (Appels és Mulder, 1988; Kopp, Falger, Appels és Szedmák, 1998; Kopp és Kovács, 2006) rövidített magyar változatát használtuk. Az általunk használt, 5 itemet tartalmazó skála eredetileg dichotóm, igen-nem (0-1) pontozást használ. A skála pontozását kiegészítettük egy 5 fokú Likert- típusú skálával, annak érdekében, hogy árnyaltabb képet kapjunk a szülés utáni időszakról, amely a kimerültség tüneteit olyan gyakran hordozza (6. melléklet). A vitális kimerültség és a depresszió kapcsolatának összefüggései relevánsnak mutatkoznak (Schuller, Almássy és Szemán-Nagy, 2013)

#### *5.4.5. A megküzdés vizsgálata: Proaktív Megküzdés Kérdőív (Proactive Coping Inventory-PCI)*

A Greenglass és munkatársai (1999) által kifejlesztett Proaktív Megküzdés Kérdőív 55 tételt tartalmaz, mely a megküzdés pozitív pszichológiai megközelítést nyújtja. A kérdőív itemeit hét alskálába lehet besorolni: Proaktív megküzdés skála, Reflektív megküzdés skála, Stratégiai tervezés skála, Preventív megküzdés skála, Instrumentális támaszkeresés skála, Érzelmi támaszkeresés skála, Elkerülő megküzdés skála. Az egyes tételekre a vizsgálati személy 1-4 ig terjedő pontszámot ad. Az egyes skálákon elért összpontszámmal jellemezhető a személy.

A kérdőív adaptálása jelen doktori munka keretein belül történt meg. Mivel ebben a munkában a kérdőív magyar változatát használtuk, viszont a kérdőív adaptációs folyamata nem az itt ismertetésre került vizsgálati populációhoz kötődik, ezért célszerűnek tartottuk, azt egy következő fejezetben bemutatni. A kérdőív fordítási, adaptálási, validálási folyamatát a Harmadik vizsgálat részleteiben mutatja be (7. melléklet).

#### *5.4.6. Társas Támogatás Kérdőív*

A társas támogatás mértékének felméréséhez a Caldwell- féle Társas Támogatás Kérdőív magyar, adaptált változatát használtuk (Kopp és Kovács, 2006). A kérdőív arra kérdez rá, hogy a vizsgálati személy nehéz élethelyzetben kinek a segítségére számíthat. A segítség mértékét egy 0-3-ig terjedő skálán ítéli meg. Vizsgálatunkban a kérdőív összpontszámával dolgoztunk, vagyis azt vizsgáltuk, hogy szubjektív megítélés alapján a kérdőív kitöltő összességében mennyi társas támogatásra számíthat (8. melléklet).

#### *5.4.7. Az eszközök megbízhatósága*

A vizsgálat során használt skálák reliabilitás mutatóit ellenőriztük (2. táblázat). A konzisztencia mutató, a Cronbach-alfa mutató értékét 0,6 és 0,7 között elfogadhatónak, míg 0,7 felett jónak ítéltük, így az a skála megbízhatóságát jelzi.

A vizsgálat során elemzésre kerülő jelenségeket mérő skálák jó, illetve kiváló belső konzisztenciával rendelkeznek, így mindegyik alkalmasnak bizonyul arra, hogy a vizsgálati kérdéseink megválaszolásához megfelelő adatokat szolgáltatson.

2. táblázat

A vizsgálat során alkalmazott skálák belső konzisztenciája

Skála	Itemszám (N)	Cronbach $\alpha$	
		nő	férfi
<b>EPDS</b>	10	0,78	0,71
<b>GMDS</b>	13		0,83
<b>STAI</b>	20	0,89	0,86
<b>Vitális kimerültség skála</b>	5	0,83	0,83
<b>PCI-H</b>			
Proaktív megküzdés alskála	14	0,86	0,87
Reflektív megküzdés skála	9	0,88	0,87
Stratégiai tervezés skála	4	0,79	0,81
Preventív megküzdés skála	10	0,88	0,86
Instrumentális támaszkeresés skála	8	0,79	0,88
Érzelmi támaszkeresés skála	5	0,89	0,80
Elkerülő Megküzdés	3	0,79	0,70
<b>BPAQ</b>			0,89
Düh, Harag	7		0,78
Fizikai agresszió	9		0,76
Hosztilitás	8		0,73
Verbális agresszió	5		0,67

## 6. Eredmények

### 6.1. A szülés utáni depresszió előfordulása a mintánkban

Vizsgálatunk egyik fontos célkitűzése volt, hogy feltárjuk, hogy milyen gyakran jellemezhetőek az apák a szülés utáni időszakban depresszív tünetekkel. Ennek céljából az adatokat először leíró jelleggel mutatjuk be.

A férfiakat érintő depresszió előfordulásának bemutatásával kezdjük, majd a nőkkel folytatjuk, végül a párkapcsolat szintjén írjuk le a depresszió megjelenésére vonatkozó megfigyeléseinket.

Az eredmények bemutatásának célja, hogy összevessük a mintánkra jellemző depresszió arányát a szakirodalomban fellelhető, előfordulási gyakoriságra vonatkozó adatokkal. Annak megállapítására, hogy a mintában milyen arányban fordul elő a posztpartum depresszió, a nők esetében az EPDS, a férfiak esetében az EPDS és a GMDS skálákon elért összpontszámokat vizsgáltuk. Az elemzés alapját a vizsgálati eszközök bemutatása során már részletesen tárgyalt, 10-es EPDS vágóértéket használtuk mind a nők, mind a férfiak esetében. A GMDS skála esetében a  $GMDS > 13$  vágóértéket tekintettük relevánsnak. Eredményeink bemutatását a férfi mintán kezdjük.

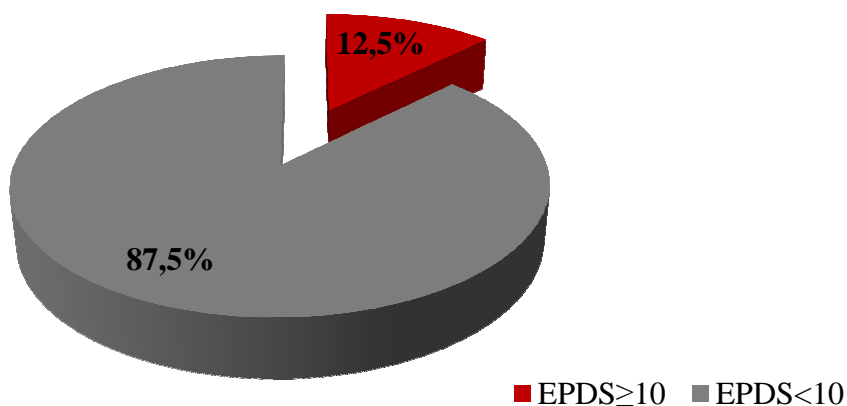
#### *6.1.1. Posztpartum depresszió a férfi almintában*

A posztpartum depresszió előfordulási gyakoriságának megítélése céljából a mintában szereplő 97 férfi adatait vesszük alapul.

Az EPDS alapján a posztpartum depresszió előfordulási gyakorisága a következőképpen alakult: a mintában szereplő férfiak 12,5%-a mutat depressziós tüneteket, 87,5% nem jellemezhető posztpartum depresszióval (4. ábra).

4.ábra

A posztpartum depresszió gyakorisága férfiaknál

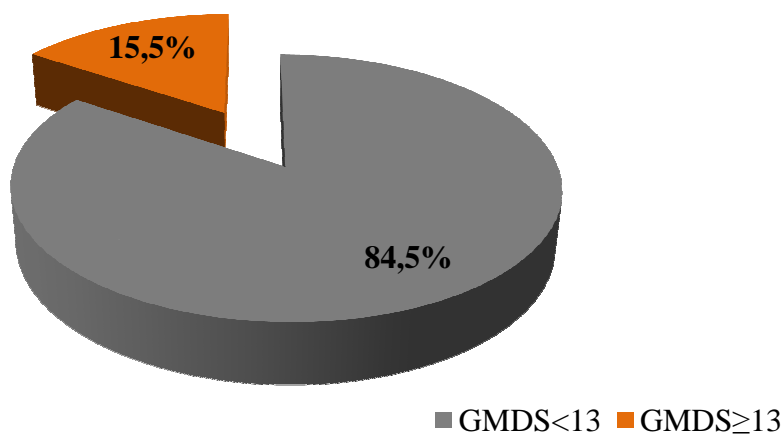


GMDS alapján a mintában szereplő férfiak férfi depressziós tüneteinek megjelenését vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a férfiak 15,5%-ánál valószínűsíthető a depresszió fennállása, mely magában foglalja az externalizáló tünetek megjelenését (5. ábra).

26 feletti pontot nem ért el egyetlen vizsgálati személy sem, amely kifejezett depressziós tüneteket jelent, melynek kezeléséhez mind a pszichoterápia, mind a gyógyszeres kezelés indokolt lenne.

5.ábra

Férfi depressziós tünetek gyakorisága a mintában



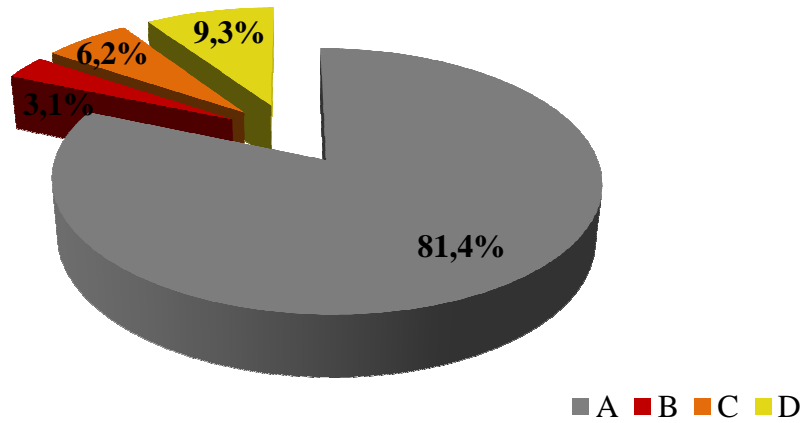
A továbbiakban a férfiak csoportját 4 esetre lebontva vizsgáltunk meg:

- **A eset:** Az általunk használt kérdőívek egyike sem valószínűsíti a depresszió fennállását. Sem az EPDS sem a GMDS skálán nem mutat számottevő depressziós tüneteket- egyik skálán sem éri el a kérdőívek depressziót jelző határértékét
- **B eset:** Az EPDS összpontszám alapján a depresszió valószínűsíthető, viszont a GMDS nem jelez depressziót
- **C eset:** A vizsgálati személynél csak a férfi depressziót mérő skála (GMDS összpontszám alapján) jelzi a lehetséges depresszió fennállását
- **D eset:** A csoport tagjainál az EPDS és GMDS skála alapján is valószínűsíthető a depresszió.

A négy csoportban az előfordulási gyakoriságot százalékos formában a 6. ábra mutatja be.

6.ábra

A férfi típusú depressziós tünetek és a posztnatális depressziós tünetek a férfi mintában



A két kérdőív alapján mért depresszió pontszámokból kialakított kategóriák közötti összefüggést Khí- négyzet próbával elemeztük, melynek eredménye szoros összefüggésről mutat:  $\chi^2(1, N=96)=36,67, p<0,001; \eta=0,618$  (3.táblázat).

3.táblázat

A depresszió kategóriáinak összefüggései

		FÉRFI		Összesen
		EPDS<10	EPDS≥10	
FÉRFI	GMDS<10	78 (93,8%)	3 (6,3%*)	81 (100%)
	GMDS≥10	6 (63,2%)	9 (36,8%)	15 (100%)
Összesen		84 (86,7%)	12 (13,3%)	96 (100%)

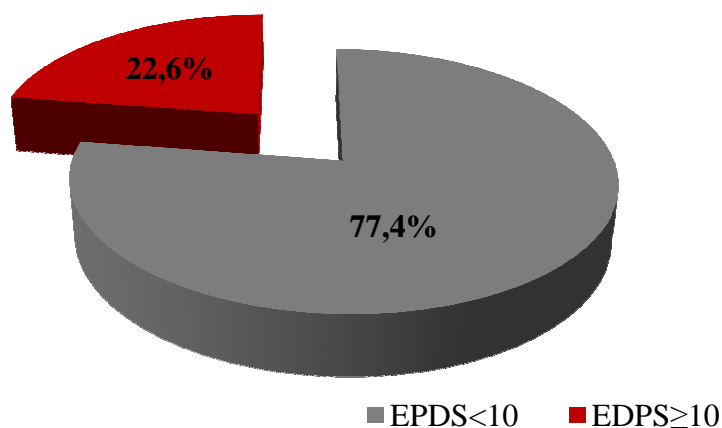
\*A százalékos értékek közötti minimális eltérés a kerekítések eredménye

### 6.1.2. Posztpartum depresszió a női almintában

A nők esetében 77,4%-a a mintának nem jellemezhető posztpartum depresszióval, míg 22,6% depressziós tüneteket mutat (7. ábra).

7.ábra

A posztpartum depresszió nőknél



### 6.1.3. A depresszió előfordulása a párok szintjén

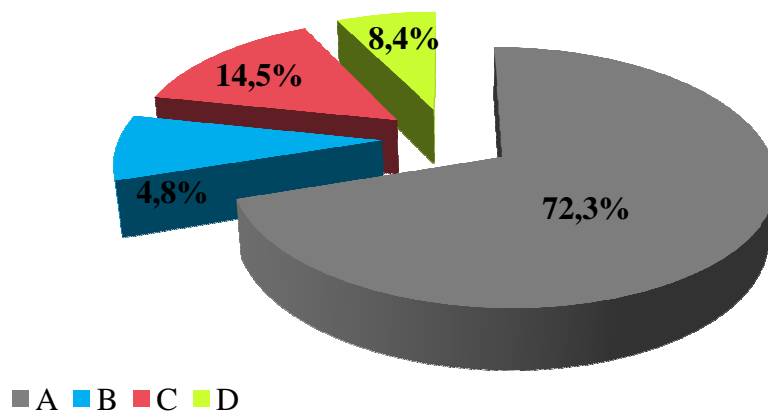
Az EPDS>10 alapján depressziós tüneteket mutató nők partnereinek jellemzői: 36,8%-a a férfiaknak, akinek a partnerénél a depresszió valószínűsíthető, szintén mutat depressziós tüneteket az EPDS skála alapján. A GMDS skála tekintetében (GMDS>13) 31,6%-a a férfiaknak depressziós tünetekről számol be, amennyiben a nőnél fennáll a depresszió.

Ha a párkapcsolat szintjén vizsgáljuk a depresszió tüneteinek megjelenését a posztpartum időszakban, akkor az alábbi két lehetőséget kell vizsgálnunk. Az a) és a b) pont vonatkozásában az 8. a és 8. b ábrák a vizsgált esetek százalékos előfordulását mutatják a mintában.

- a) A nő EPDS pontszáma és a férfi EPDS pontszáma alapján négy esetet írhatunk le:
- **A eset:** Sem a nő, sem a férfi esetében nem azonosítható depresszió az EPDS alapján
  - **B eset:** Csak a férfi mutat posztpartum depressziót
  - **C eset:** Csak a nő mutat depressziós tüneteket az EPDS eredményeit vizsgálva
  - **D eset:** A pár mindkét tagja posztpartum depressziós tüneteket mutat

8.a ábra

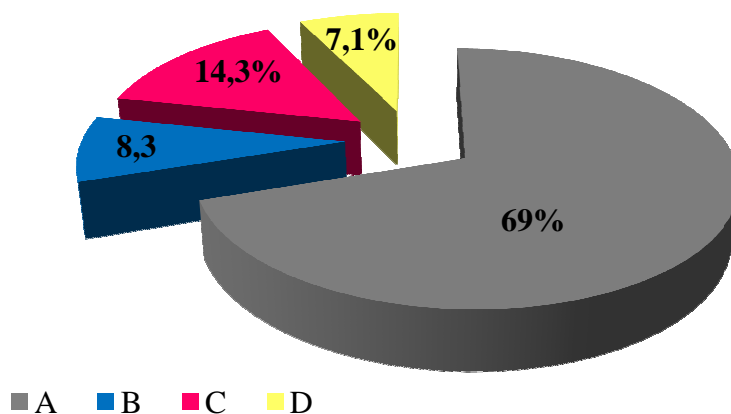
A nők posztpartum depressziójának és a férfiak posztpartum depressziójának együtt járása



- b) A nő EPDS pontszáma és a férfi GMDS pontszáma közötti összefüggés
- **A eset:** Sem a nő, sem a férfi esetében nem azonosítható depresszió az EPDS illetve a GMDS alapján
  - **B eset:** Csak a férfi mutat depressziót, a GMDS alapján
  - **C eset:** Csak a nő mutat depressziós tüneteket az EPDS eredményeit vizsgálva
  - **D eset:** A pár mindkét tagja depressziós tünetekkel jellemezhető

8.b ábra

A nők posztpartum depressziójának és a férfi típusú depresszió együtt járása



Az adatok részletes összefüggéseit később elemezzük, jelen esetben elsődleges célunk a gyakoriság megjelenítése volt.

A rendelkezésre álló szakirodalommal való összevetés indokolta, hogy a hagyományosan elfogadott vágó értékek tükrében tegyünk megállapítást a posztpartum depresszió gyakoriságát illetően. A további elemzések során gyakran célszerűbbnek mutatkozott a vizsgálati személyeket más szempontok alapján is csoportokba sorolni, így még árnyaltabb eredményekhez jutni a posztpartum depresszió természetével kapcsolatban. A csoportok kialakításának szempontját és indoklását minden elemzés előtt részletesen tárgyaljuk.

Első feltételezésünket igazoltnak tekinthetjük. A férfiak depressziójának mértéke a mintánkban a szakirodalmi adatok átlagát tükrözi. Továbbá a GMDS használatával (kutatások során leggyakrabban alkalmazott EPDS-en depressziósnak mutató apákon túl) további 6,2%-ot azonosítottunk depressziós tünetekkel. Mivel az általunk használt eszközök egyike sem alkalmas diagnózis alkotásra, ezért veszélyeztetett csoportról beszélhetünk, ugyanakkor az érintett apák számát elnézve a szűrővizsgálatok indokoltak lennének az ő esetükben is.

## 6.2. Az anyák és az apák pszichés jóllét mutatóinak különbözősége a mintában

Elengedhetetlennek tartottuk a nők és a férfiak közötti különbségek elemzését, mivel a szakirodalom kiemeli, hogy a nők rosszabb pszichés mutatókkal jellemezhetőek, mint a férfiak a szülés utáni időszakban. Második hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy a férfiakat jellemző mutatók minden, a pszichés jóllétet jellemző változó tekintetében kedvezőbben alakulnak.

A nők és a férfiak pszichés mutatóinak összehasonlításakor páros t-próbát alkalmaztunk a depresszió, a szorongás és a vitális kimerültség esetében is, mivel az adatok normál eloszlást mutattak (a minta normalitás vizsgálatát Kolmogorov-Smirnov próbával végeztük el, melynek eredményei:  $EPDS_{nő}$ :  $Z=1,02$ ,  $p=0,25$ ;  $EPDS_{férfi}$ :  $Z=1,25$ ,  $p=0,09$ ;  $STAI_{nő}$ :  $Z=0,49$ ,  $p=0,97$ ;  $STAI_{férfi}$ :  $Z=0,87$ ,  $p=0,44$ ; vitális kimerültség nő:  $Z=1,01$ ,  $p=0,26$ ; vitális kimerültség férfi:  $Z=1,57$ ,  $p=0,14$ ).

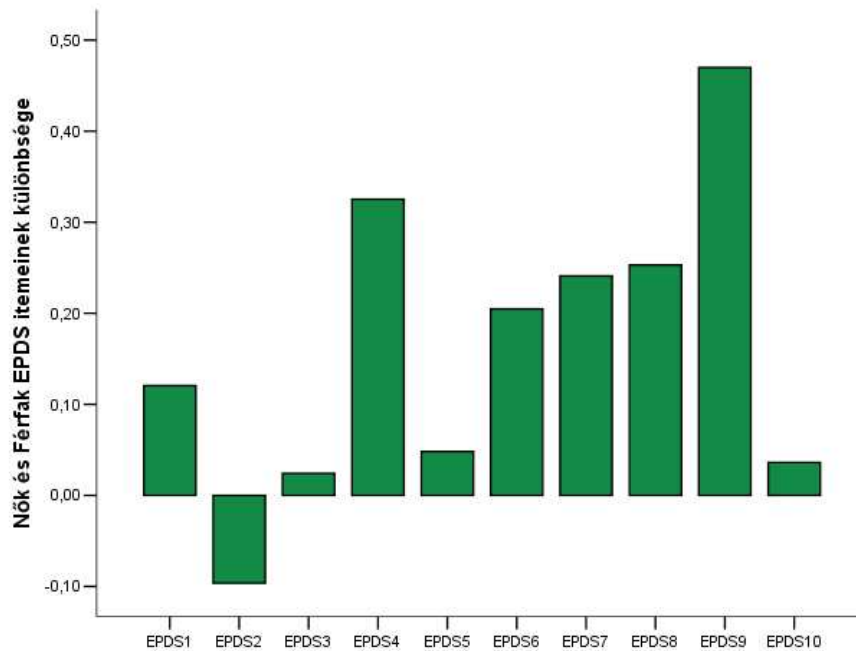
A nők ( $M=6,61$ ;  $SD=4,2$ ) szignifikánsan magasabb szülés utáni depresszió szinttel jellemezhetőek, mint a férfiak ( $M=4,99$ ,  $SD=3,69$ ) [ $t(82)=3,18$ ;  $p=0,002$ ].

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy mely jellegzetességek azok, amelyek nagy jelentőséggel bírnak az EPDS összpontszámon alapuló különbség kialakulásában. A 9. ábra a nők és a férfiak EPDS itemekre adott válaszainak különbségét mutatja be ( $EPDS_{nő}-EPDS_{férfi}$ ). Láthatjuk, hogy a nők egy tétel kivételével (2. tétel: *Örömmel vártam dolgokat*) minden állítás esetében magasabb pontszámot adtak, mint a férfiak.

Melyek voltak a szignifikáns különbséget mutató tételek? A 4., 7., 8. és 9. itemekre a nők szignifikánsan magasabb pontszámmal válaszolnak, míg vannak olyan itemek, melyeket szinte ugyanolyan mértékben választanak a két nem képviselői.

9.ábra

Nők és férfiak EPDS itemeinek különbsége



A 7., 8., 9., itemek (rendre: „Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni”, „Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam”, „Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam”) a boldogtalanság, szomorúság, szerencsétlenség érzésére kérdezik rá, melyeket a férfiak kisebb mértékben vallanak önmagukra jellemzőnek; ezek az itemek nehezebben egyeztethetők össze a hagyományos férfi szerepekkel.

Második hipotézisünket ezek alapján igazoltnak tekinthetjük. A hagyományosan nők vizsgálatára kifejlesztett mérőeszköz a férfiakkal történő munka során felveti azt a kérdést, hogy vajon nem mér-e alul a férfiak esetében, mennyire érzékeny a férfiak depressziójának felismerésére (Matthey, Barnett, Kavanagh és Howie, 2001; Kim és Swain, 2007).

Ezért is tartottuk fontosnak, hogy a GMDS segítségével is mérjük a depressziót. Egy olyan kérdőívvel is szeretnénk volna szűrni a depressziót, melyben nagyobb hangsúlyt kapnak a férfiassággal könnyebben összeegyeztethető tünetek.

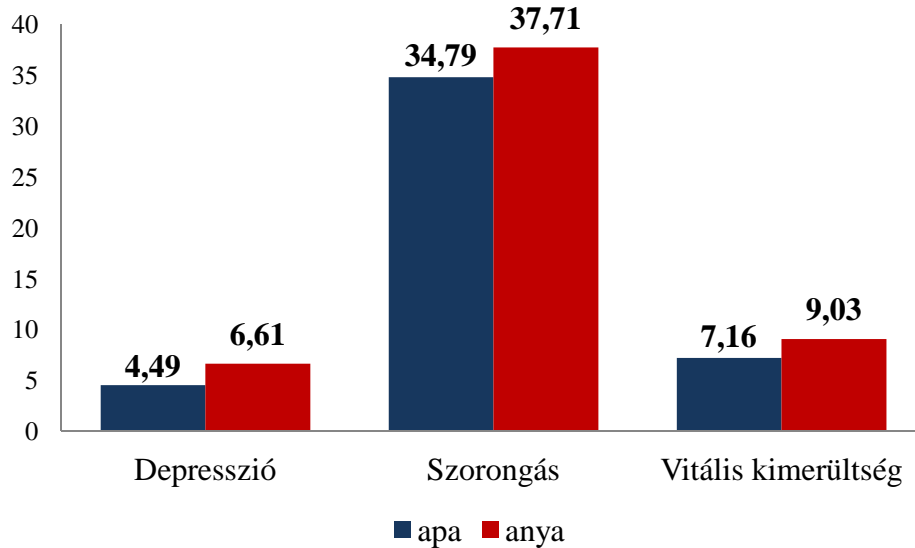
A szorongás szintje is magasabbnak bizonyul a nők ( $M=37,71$ ;  $SD=8,93$ ) esetében, mint a férfiaknál, a nők átlagosan több szorongásos tünetet mutatnak a posztpartum időszakban mint a férfiak ( $M=34,79$ ;  $SD=7,43$ ) [ $t(82)=2,54$ ;  $p=0,013$ ].

Vitális kimerültség tekintetében is hasonló eredményeket találunk: a nők ( $M=9,03$ ;  $SD=5,74$ ) szignifikánsan magasabb vitális kimerültség mutatókkal jellemezhetőek a férfiakkal ( $M=7,16$ ;  $SD=5,65$ ) összehasonlítva [ $t(82)=2,23$ ;  $p=0,028$ ].

Az eredményeket a 10. ábra foglalja össze.

10. ábra

Az anyák és az apák pszichés mutatóinak különbözősége



### 6.3. Az anya depressziójának és szorongásának összefüggése az apa depressziójával

Azt a jelenséget, miszerint a nő pszichés állapota és a férfi pszichés állapota szoros összefüggést mutat és, hogy az nő depresszió szintje jelentősen befolyásolhatja a férfiak esetében megjelenő depressziós tüneteket, jelen vizsgálat elméleti bevezetőjében részletesen tárgyaltuk. Elemzésünk ezen pontján arra kerestük a választ, hogy egyrészt hogyan hat a nők posztpartum depressziója a férfiak depressziós tüneteinek megjelenésére, illetve milyen tényezők határozzák meg a férfias típusú tünetek megjelenését a tünettanban.

A nő szülés utáni depresszió szintjének emelkedése, amennyiben lineáris kapcsolatot feltételezünk a férfiak és a nők EPDS összpontszámának alakulásában, a férfiak depresszió szintjének emelkedésével jár együtt. A kapcsolat, mely gyenge korrelációra utal ( $r=0,27$ ,  $p=0,013$ ) igazolja a nők és a férfiak szülés utáni depressziójának összefüggését, mely a szakirodalmi adatokkal összecseng. Korábbi kutatások is hasonló megállapításra jutottak, és az esetek többségében gyenge vagy közepes erősségű kapcsolatot találtak az anya és az apa depresszió szintje között.

Az adatokra azonban egy másik megvilágításból is ránézve (az összefüggés vizsgálatához kategorikus változóként kezelve adatainkat, melyben az EPDS küszöbértékét használjuk fel a depressziót mutató illetve a depressziós tünetekkel nem jellemezhető csoportok kialakítására) egyértelműbb összefüggést tudunk megállapítani. Elmondhatjuk, hogy amennyiben a nő

depressziósnak mutatkozik ( $EPDS_{nő} \geq 10$  esetében), abban az esetben a férfi is mutatja a depressziós tüneteket ( $EPDS_{férfi} \geq 10$ ). Khí-négyzet próbával elemezve az összefüggés szignifikáns [ $\chi^2(1, N=83)=11,93, p=0,001$ ] (4. táblázat).

4. táblázat

Az anya és az apa posztpartum depressziójának összefüggése

		APA		Összesen
		EPDS<10	EPDS $\geq$ 10	
ANYA	EPDS<10	60 (93,8%)*	4 (6,3%)	64 (100%)
	EPDS $\geq$ 10	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)
Összesen		72 (86,7%)	11 (13,3%)	83 (100%)

\*A színek jelentése megegyezik a 8.a ábrában, a gyakoriságok ismertetésénél használt jelölő színekkel. Jelen esetben a feltüntetett százalék mutatók a sorszázalékra vonatkoznak

A férfi depressziós tünetek vizsgálata tovább árnyalhatja a képet az anya és az apa depressziója közötti összefüggésekről. A kérdés tehát a továbbiakban az, hogy a nő depresszió szintje milyen összefüggést mutat a férfi férfi-típusú depressziójával.

Miközben a lineáris kapcsolatot feltételező elemzés (Pearson korrelációt számolva  $r=0,12; p=0,273$ ), nem utal összefüggésre, felmerül a kérdés, hogy vajon a nők depressziójának egy bizonyos szint felett, szignifikáns hatása mutatkozik-e a férfi-típusú depressziós tünetek megjelenésére nézve? Az  $EPDS_{nő}$  pontszámok emelkedése tehát nem mutatott összefüggést a férfi-típusú depressziós tünetek emelkedésével, látszólag nem jár együtt a férfiak esetében a GMDS összpontszámok emelkedésével. Ugyanakkor megfigyelhetjük, hogy amennyiben a nők depressziós tünetei a klinikailag szignifikáns szint feletti (EPDS $_{nő} \geq 10$ ), a férfiak is szignifikánsan többen lesznek jellemezhetőek férfi típusú depressziós tünetekkel. Azoknak a nőknek a partnereinél, akik az EPDS skála EPDS $\geq 10$  kritériumát teljesítik, vagyis akiknél a szülés utáni depresszió valószínűsíthető, a férfias típusú depressziós tünetek jellemzőbbek lesznek, jelezvén a depresszió fennállását (GMDS $\geq 13$ ), amelynek tünetei között az externalizáló tünetek is jellemzőek. Az összefüggés, mely szerint a magas depresszió szinttel rendelkező nők partnerei inkább jellemezhetőek férfi típusú depressziós tünetekkel, Khí-négyzet próbával elemezve szignifikáns ( $\chi^2(1, N=84)=4,87, p=0,027$ ), igazolva ezzel a

harmadik hipotézisünket, miszerint a nők depressziója és a férfiak depressziója a posztpartum időszakban szoros összefüggést mutat. (5. táblázat).

5. táblázat

Az anya depressziójának és az apa férfi típusú depressziójának összefüggése

		APA		Összesen
		GMDS<13	GMDS≥13	
ANYA	EPDS<10	58 (82,9%)*	7 (10,8%)	65 (77,4%)
	EPDS≥10	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (22,6%)
Összesen		71 (84,5%)	13 (15,5%)	84 (100%)

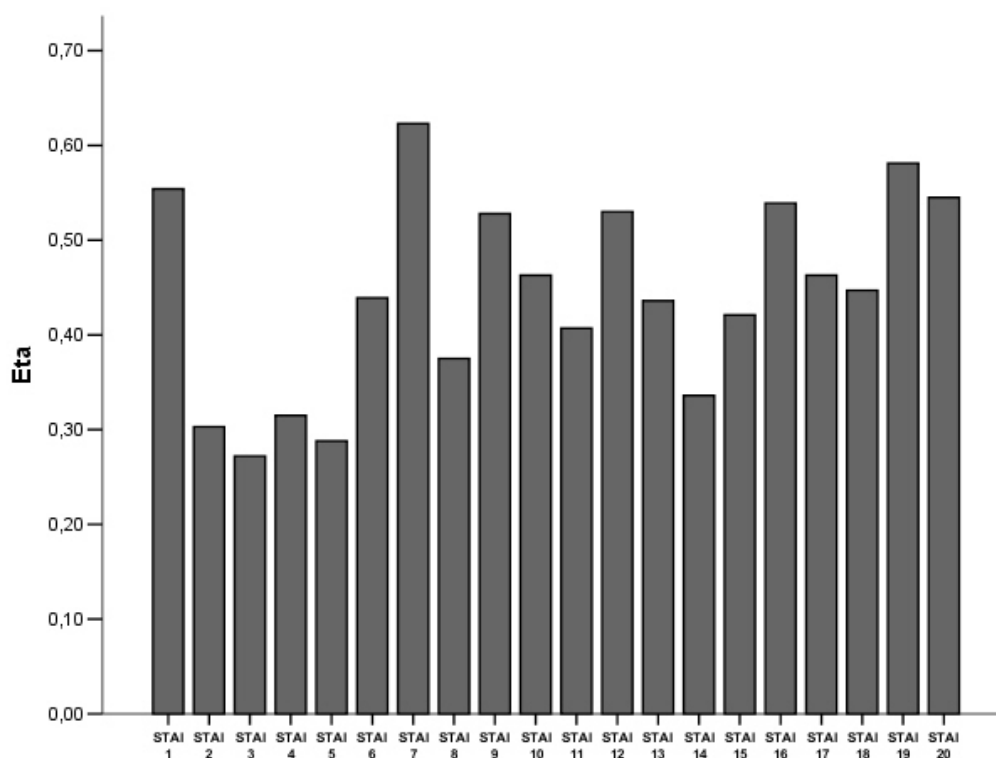
\*A színek jelentése megegyezik a 8.b ábrában a gyakoriságok ismertetésénél használt jelölő színekkel. Jenen esetben a feltüntetett százalék mutatók a sorszázaléokra vonatkoznak

Az elemzés a továbbiakban az anyák szorongás szintjének és az apák depressziójának összefüggését vizsgálja. Ismételten a lineáris kapcsolatot teszteltük elsőként. A korreláció számítás eredménye alapján hasonlóan a depresszió lineáris szinten történő elemzéséhez az összefüggés szignifikáns, gyenge kapcsolatra utal ( $r=0,25$   $p=0,23$ ). Érdekes tehát megvizsgálunk, hogy nem lineáris kapcsolat feltételezése esetén a két csoport között milyen eredményekre jutunk.

További elemzéseink érdekében klaszteranalízissel két csoportot alakítottunk ki az anyák szorongásának tekintetében. A kétlépéses klaszteranalízis módszerét alkalmazva a STAI<sub>nő</sub> 20 tételére, két csoportot tudtunk elkülöníteni. Az első klaszterbe azok a nők tartoznak, akik alacsonyabb szorongás szinttel jellemezhetőek: a nők 66,7%-a került ebbe a csoportba; a második klaszterbe jellemzően magasabb szorongás szinttel kerültek be a vizsgálati személyeink, 33,3%-uk tartozik ebbe a csoportba. Megvizsgáltuk, hogy a STAI<sub>nő</sub> 20 tétele közül melyek a meghatározóak a csoportképzés folyamatában. Az itemeket az eta mutatóval jellemzve a következő eredményre jutunk: a csoportképzés folyamatában legjellemzőbben a STAI 1. iteme ( $\eta=0,55$ ), 7. iteme ( $\eta=0,62$ ), 9. iteme ( $\eta=0,53$ ), 12. iteme ( $\eta=0,53$ ), 16. iteme ( $\eta=0,54$ ), 19. iteme ( $\eta=0,58$ ) és 20. iteme ( $\eta=0,55$ ) vesz részt legnagyobb súllyal. A szorongás klasztereinek kialakítása során az egyes itemekre vonatkozó eta értékeket a 11. ábra szemlélteti.

11. ábra

A STAI itemeinek eta értékei



Ha tulajdonságok mentén szeretnénk megragadni a két klasztert, akkor azt mondhatjuk el, hogy a második klaszterbe azok az anyák tartoznak, akik jellemzően feszültebbek, izgatottabbak, nyugtalanabbak, kevesebb önbizalommal, nagyobb fokú elégedetlenséggel jellemezhetőek. Az első klaszterbe tartozó nőkre ezek a vonások kisebb mértékben jellemzőek.

Most pedig vessük össze, hogy a nőnek ez a nagyobb fokú nyugtalansága, feszültséget és bizonytalanságot árasztó viselkedése miként függ össze az apák depressziójával.

A magasabb szorongással jellemezhető nők párjai szignifikánsan magasabb szintű depresszióról számolnak be. Abban a csoportban, ahol a nők szorongása magasabb, a férfiaknak magasabb lesz az EPDS skálán elért eredménye. Az összefüggés kétmintás t-próbával elemezve szignifikáns:  $[t(81)=1,99; p=0,05]$ . Az, hogy apa hangulatát meghatározhatja az anya részéről tapasztalt nagyfokú bizonytalanság és a kiegyensúlyozottság hiánya, felvetheti a kontroll szerepét ebben a folyamatban. Az apa, mint több folyamat (pl. szoptatás) külső szemlélője, illetve segítője, eszközök híján érezheti magát tehetetlennek abban a helyzetben, ahol az anya szorongását tapasztalja.

Itt kell megjegyeznünk, hogy a férfi típusú depressziós tünetek, és a nők szorongása között összefüggést nem találtunk.

Negyedik hipotézisünket tehát csak részben tekinthetjük igazoltnak, mivel a férfi depressziós tünetekre nem kaptunk olyan eredményt, ami bizonyítaná az összefüggést.

#### 6.4. A gyermek tervezettsége, illetve a problémás fogantatás változó hatása az apa depresszió szintjére

A gyermek tervezettsége mintánkban az apa EPDS alapján mért depresszióját nem befolyásolta szignifikánsan ( $\chi^2(1, N=84)=1,74, p=0,188$ ), illetve a férfi depressziós tünetek sem mutattak összefüggést azzal, hogy a pár tervezte-e a gyermekvállalást vagy sem ( $\chi^2(1, N=84)=0,26, p=0,610$ ). Ötödik hipotézisünk ezek alapján nem igazolódott.

Kérdésfeltevéseink között az is szerepelt, hogy a korábban meddőségi problémával küzdő és meddőségi kezelésen átesett párok apáinál mutatkozik-e hatása a nehezített fogantatásnak a gyermek születését követően. Amennyiben a párnak voltak meddőséggel kapcsolatos problémái, mely megnehezítette a teherbeesést, a férfiak depresszió értékei magasabbnak mutatkoznak a szülést követő időszakban: a szülés utáni depressziót mérő skála alapján ( $\chi^2(1, N=84)=7,59, p=0,006$ ). A férfi depressziót mérő skála alapján tendenciaszerű összefüggést lehet kimutatni: ( $\chi^2(1, N=84)=3,13, p=0,077$ ). Hatodik hipotézisünket ezek alapján igazoltnak tekinthetjük. A pár meddőségi problémái jelentősen befolyásolják a férfiak hangulati állapotát a posztpartum időszakban is, arra hatással vannak, mely bizonyítja, hogy a meddőségi probléma megszűnése önmagában nem jelent megoldást a sikeres meddőségi kezelést követően. Természetesen az alacsony elemszám miatt (a minta 7,1%-a számolt be a gyermek születését megelőző termékenységi problémáról) nem lehet általánosítani a következtetéseinket, eredményeink mégis figyelemfelkeltőek.

#### 6.5. Az agresszivitás vizsgálata a tünettanban

##### 6.5.1. Az agresszivitás mint a férfi típusú depresszió jellemzője

Az agresszivitás megjelenését a düh, harag, a verbális és a fizikai agresszió megjelenésén és a hosztilitáson keresztül ragadtuk meg. Először arról szeretnénk volna megbizonyosodni, hogy a férfias típusú depressziós tünetek megjelenésével nő-e az agresszivitás mértéke is, vagyis relevánsnak tekinthetjük-e a tünetek ezen csoportján belül az agresszió vizsgálatát?

A GMDS skála egy iteme explicit módon rákérdez az elmúlt egy hónap agresszív megnyilvánulásaira. Így a kérdőív második itemét: „Agresszívabb megnyilvánulásai vannak, nehezebben kontrollálja magát” célszerűnek láttuk figyelmen kívül hagyni, amikor a kérdés megválaszolásán dolgoztunk.

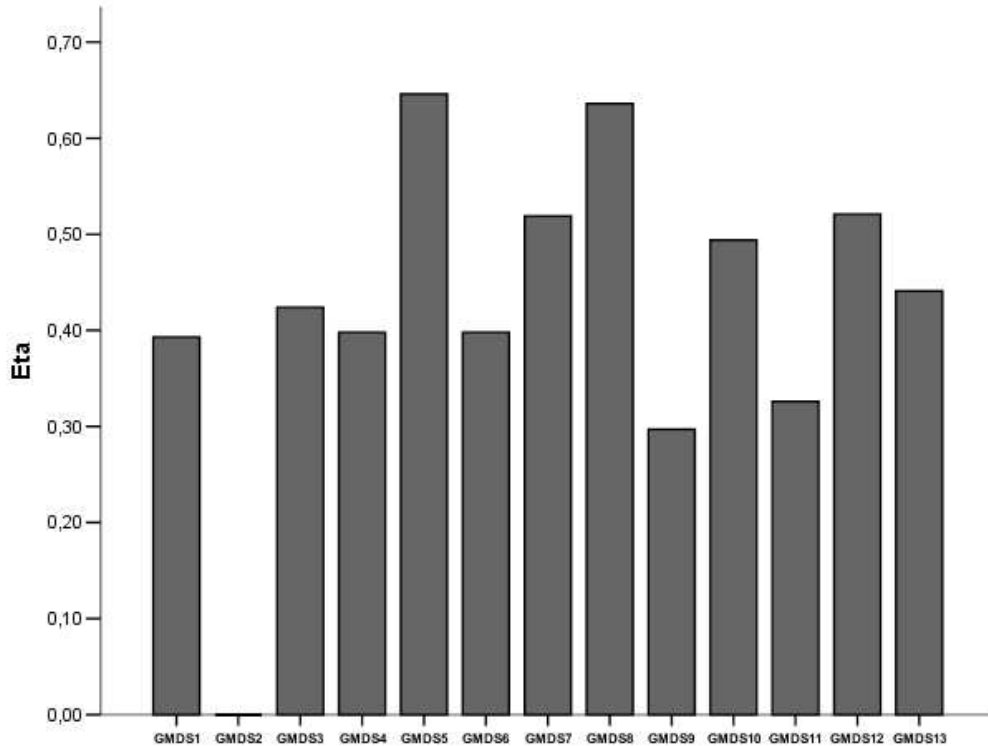
Végül a GMDS 13 állítása helyett, 12 itemének bevonásával végeztünk klaszteranalízist. A kétlépes klaszteranalízis módszerét alkalmazva két klasztert azonosítottunk: Az *első klaszter*be vizsgálati személyeink 72,2%-a, míg a *második klaszter*be a 28,8%-a került. Az első klaszterbe sorolt férfiak átlagosan alacsonyabb pontszámot mutatnak a GMDS skála minden itemére vonatkoztatva, a második klaszter jellemezhető magasabb szintű férfi depressziós tünetekkel.

Megvizsgáltuk, hogy a GMDS 12 tétele közül melyek a meghatározóak a csoportképzés folyamatában. Az itemeket eta mutatóval jellemezve a következő eredményre jutunk: a csoportképzés folyamatában a GMDS 5. iteme ( $\eta=0,65$ ), 7. ( $\eta=0,52$ ), 8. iteme ( $\eta=0,64$ ), 10. iteme ( $\eta=0,49$ ), 12. iteme  $\eta=(0,52)$  vesz részt legnagyobb súllyal. A férfi depresszió klasztereinek kialakítása során a GMDS itemeire vonatkozó eta értékeket a 12. ábra szemlélteti.

Ezek alapján, ha meg szeretnénk mondani, hogy milyen az egyes klaszterekbe tartozó apa képe, akkor elmondhatjuk, hogy a *második klaszter*be sorolt apák viselkedése jelentősen megváltozott az utóbbi időben, feszültebbek, nyugtalanabbak, örömtelenség jellemzi őket, hajlamosabb az önsajnálatra, míg az *első klaszter* apáira ezek a tulajdonságok kevésbé jellemzőek.

12.ábra

A GMDS itemeinek eta értékei



Egy következő lépésként a két klaszter segítségével az agresszivitás relevanciáját vizsgáltuk a tünetek között.

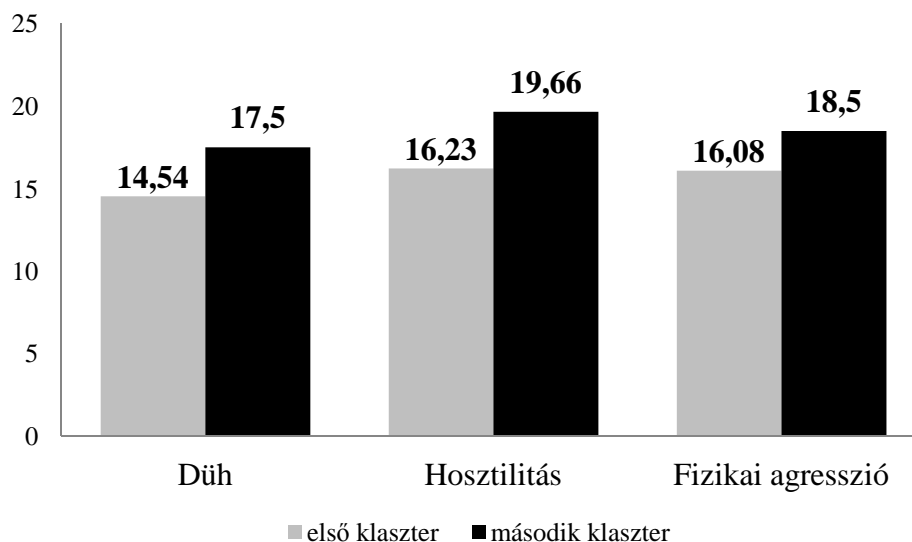
Először a BPAQ összpontszámát vizsgáltuk, mely teljesítette a normalitás kritériumát, így [ $Z=0,81$ ,  $p=0,52$ ] kétmintás t-próbát alkalmaztunk, melynek eredménye azt mutatja, hogy a magas férfi depressziós tünetek az agresszió magasabb szintjével járnak együtt  $t(81)=-3,09$ ;  $p=0,003$ .

Az agresszivitás különböző fajtáit mérő BPAQ alszálák is teljesítették a normalitás kritériumait [düh, harag:  $Z=0,806$ ,  $p=0,53$ ; fizikai agresszió:  $Z=0,99$ ,  $p=0,28$ ; hosztilitás:  $Z=0,69$ ,  $p=0,72$ ; verbális agresszió:  $Z=0,71$ ,  $p=0,69$ ], ezért az alszálák eredményeit folytonos változóként kezelve kétmintás t-próba segítségével megvizsgáltuk, hogy a magasabb (második klaszter) illetve az alacsonyabb (első klaszter) férfi depressziós tünettől jellemezhető csoportban van-e szignifikáns különbség annak tekintetében, hogy az agresszió melyik típusa válik dominánssá. A düh [ $t(81)=-2,75$ ;  $p=0,007$ ], valamint a fizikai agresszió [ $t(81)=-2,13$ ;  $p=0,037$ ] és a hosztilitás [ $t(81)=-3,33$ ;  $p=0,001$ ] szignifikánsan magasabb értéket mutat abban a csoportban, ahol a férfi depressziós tünetek magasabbak. A

verbális agresszió viszont nem mutatkozott a depresszió releváns jellemzőjének ebben a tekintetben. A szignifikáns eredményeket a 13. ábra mutatja be.

13.ábra

Agresszivitás a férfi depressziós tünetegyüttesben



Hetedik hipotézisünk szerint az agresszió vizsgálta releváns lehet a szülés utáni időszakban, és a férfias típusú depressziós tünetek megjelenésével az agresszivitás tekintetében mutatott pontértékek magasabbak lesznek. Hipotézisünket igazoltnak tekinthetjük, mivel a férfi típusú tünetek intenzívebb kifejezése az agresszivitás növekedésével együtt jár. Amennyiben az agresszió különböző típusait elemeztük, a verbális agresszió kivételével az agresszió kifejeződésének minden fajtája együtt jár a depressziós tünetek megjelenésével.

#### 6.5.2. Az anya depressziója, szorongása és a férfi agresszivitás

A továbbiakban arra voltunk kíváncsiak, hogy a partner különböző pszichés jellemzőinek van-e kapcsolata az apák agressziójának megjelenésével.

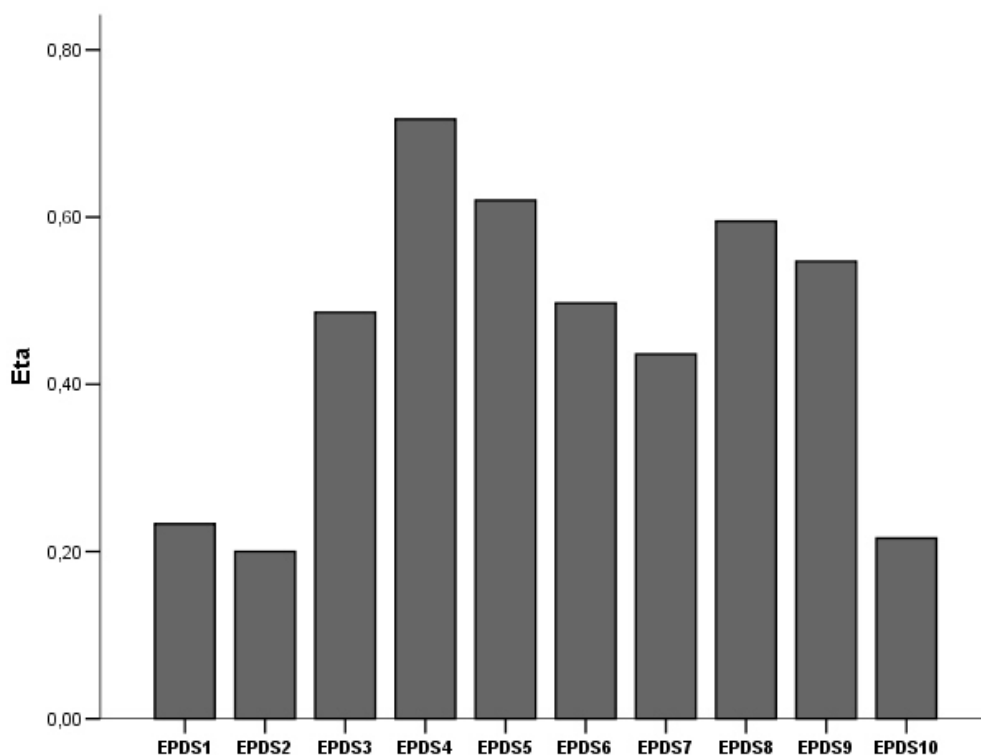
Először az anyák depresszió szintjének és az apák agressziójának összefüggéseit vizsgáltuk.

Annak megállapításához, hogy a férfiak agresszió szintjét hogyan befolyásolja a nők depresszió szintje, a nőket kétféleképpen soroltuk csoportba:

1. A nők EPDS-re adott válaszai alapján, kétlépcsés klaszter- analízis útján kialakítottunk két csoportot. A két klaszter jellemzői a következők voltak: a nők 51,2%-a az alacsonyabb depresszió szinttel rendelkező csoportba tartozott (első klaszter), míg a vizsgált nők 48,8% magasabb depressziós tünettől jellemezhető (második klaszter). A

csoportképzés folyamatában a legnagyobb hangsúllyal bekerülő változók: az EPDS 4. iteme ( $\eta=0,72$ ), 5. iteme ( $\eta=0,62$ ), 8. iteme ( $\eta=0,59$ ), 9. iteme ( $\eta=0,547$ ) voltak. A nők depressziója esetén a klaszterek kialakításának eta értékeiket a 14. ábra szemlélteti.

14.ábra  
Az EPDS<sub>nő</sub> itemeinek eta értékei



Mi jellemző az alacsony depresszióval illetve a magas depresszióval jellemezhető nők csoportjára?

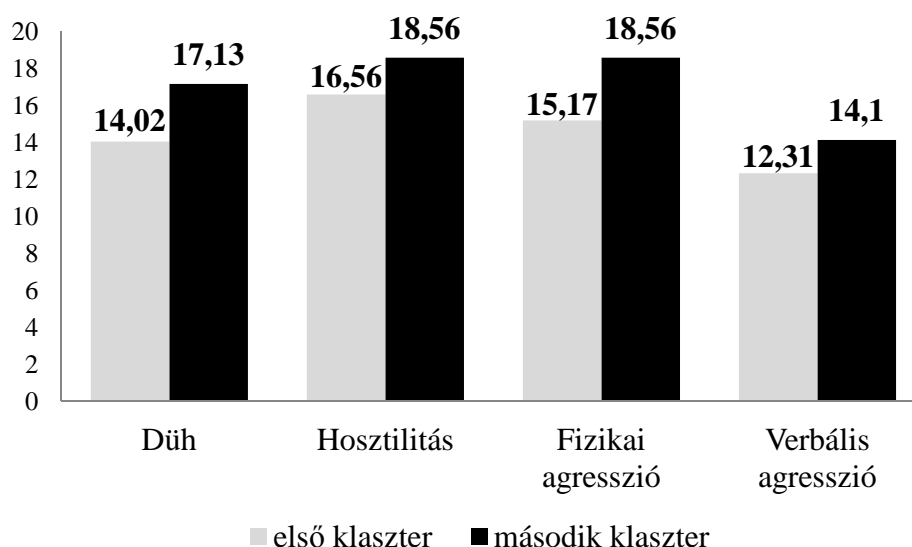
A magas depresszió értékekkel jellemezhető anyák csoportja (második klaszter) síróssabb, szomorúbbnak, szerencsétlenebbnek érzi magát, nagyobb fokú aggodást, remültséget és szorongást él meg, tehát jellemzően az affektív tünetekben mutatnak eltérést az első klaszterhez képest. Az alacsonyabb depresszióval jellemezhető csoportra ezek az affektív tünetek kevésbé jellemzőek.

2. A klasztereken túl elkülönítettük az EPDS összpontszámot elemezve az  $EPDS \geq 10$  vágóérték alapján a posztpartum depressziós nők és a depresszióval nem jellemezhető nők csoportját.

A két csoportbeosztás közötti eltérés bár első ránézésre nem tekinthető nagyknak, mégis ahogy az eredményekből látni fogjuk, az agresszivitás tekintetében lényeges eltéréseket hoz. A nők depressziója és a férfiak agressziója között lineáris kapcsolatot feltételezve nem kapunk szignifikáns eredményeket. Az összefüggés ennek alapján más jelleget ölt. Ha az 1. pontban feltüntetett csoportbeosztás alapján vizsgálódunk, azt találjuk, hogy az agresszivitás alskála minden mutatója tekintetében különbözik egymástól a két csoport (15. ábra): düh:  $t(75)=-3,062$ ,  $p=0,003$ ; hosztilitás  $t(75)=-2,06$ ,  $p=0,043$ ; fizikai agresszió  $t(75)=-3,242$ ,  $p=0,002$ ; verbális agresszió  $t(75)=-2,72$ ,  $p=0,008$ .

15.ábra

Az férfiak agressziójának és a nők affektív tüneteinek összefüggései

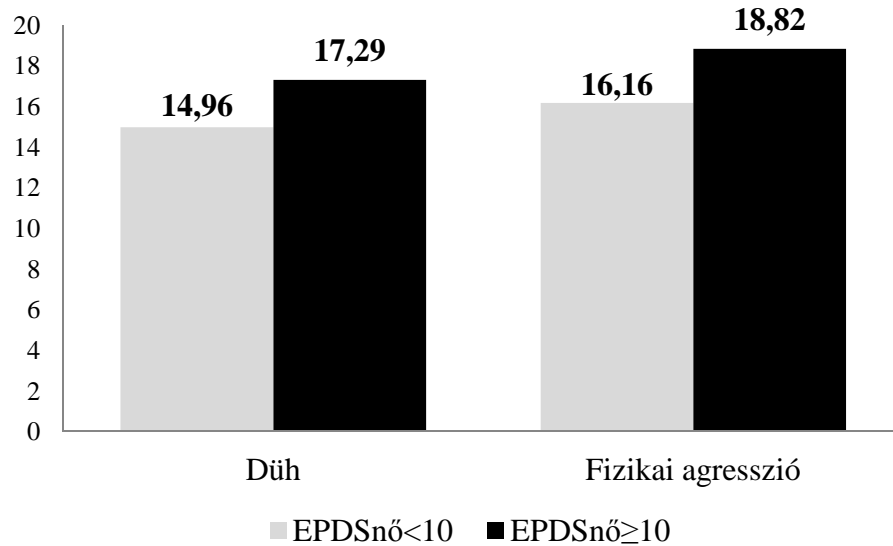


A depressziós tünetek érzelmi tüneteit magasan mutató nők párijai jellemzően magasabb agressziót mutatnak.

Megvizsgálva a depressziós és a nem depressziós nők párijait (2. csoportbeosztás) azt állapíthatjuk meg, hogy a posztpartum depressziót mutató anyák partnereinél a fizikai agresszió szintje lesz szignifikánsan magasabb, emellett a düh tendenciaszerűen mutatkozik magasabbnak (16. ábra):  $t(75)=-2,04$ ;  $p=0,045$  és  $t(75)=-1,83$ ;  $p=0,071$ .

16.ábra

Agresszivitás a depressziós partnerrel és a depressziót nem mutató partnerrel rendelkező férfiak esetében



Az anyai szorongás összefüggéseit megvizsgáltuk az apák agresszivitással összefüggő tüneteinek megjelenésével. Az elemzéshez a 6.3. részben részletesen bemutatott női szorongást jellemző klaszterek szolgáltak alapul. Független mintás t-próbával elemezve azt találtuk, hogy a nők magasabb szorongás szintje a férfiak düh alkálán mutatott magas értékével jár együtt. A férfiak tehát szignifikánsan több dühöt élnek meg, amennyiben a nő feszültebb, nyugtalanabb és bizonytalanabb:  $t(75)=-1,95$ ;  $p=0,054$ .

### 6.5.3. Az apa vitális kimerültsége és az észlelt társas támasz hatása a depresszió és az agresszivitás különböző típusainak megjelenésére

Személyen belüli változóként a vitális kimerültség és a társas támasz hatását vizsgáltuk az apa depressziójára és agressziójára nézve. A vitális kimerültség és a társas támasz változóját kategorikus változókká alakítottuk. Kétlépéses klaszteranalízis alapján elkülönítettünk alacsony (44,8%;  $M=1,93$ ), magas (26%;  $M=14,92$ ) és közepes (29,2%;  $M=7,71$ ) vitális kimerültséggel jellemezhető csoportot, az észlelt társas támasz szempontjából szintén alacsony (23,4%;  $M=6,81$ ), magas (28,7%;  $M=17,85$ ) és közepes (47,9%;  $M=12,6$ ) kategóriákat hoztunk létre.

A magasabb vitális kimerültség esetében mind az EPDS [ $F(2, 92)=17,78; p<0,001$ ] és a GMDS [ $F(2, 93)=21,75; p<0,001$ ] összpontszámok szignifikánsan magasabbnak mutatkoznak, egyszempontos variancia analízissel elemezve. A post-hoc teszt (Bonferroni) alapján megerősíthetjük, hogy az EPDS esetében a magas és az alacsony, a GMDS esetében mindhárom vitális kimerültségi szint szignifikáns eltérést mutat: a magasabb kimerültség és a magasabb depresszió szint összefüggését találtuk.

Az agresszivitás mutatói a düh [ $F(2,80)=4,48; p=0,014$ ] és a hosztilitás [ $F(2, 80)=8,24; p=0,001$ ] esetében mutatnak szignifikáns eltéréseket. A post-hoc teszt (Bonferroni) alapján láthatjuk, hogy a magasabb vitális kimerültségű csoport esetében magasabb depresszió szintet találunk, az alacsony vitális kimerültségű csoporttal összehasonlítva.

Nyolcadik hipotézisünk első részét tehát igazoltnak tekinthetjük.

A társas támasz vizsgálata tekintetében hasonlóan jártunk el. A düh [ $F(2, 80)=8,24; p=0,001$ ] és a fizikai agresszió [ $F(2, 80)=8,24; p=0,001$ ] mutatkozott szignifikánsnak. Magasabb társas támasszal rendelkező csoport esetén a düh és a fizikai agresszivitás alacsonyabbnak mutatkozik, mint alacsony vagy közepes társas támaszt tapasztalva (Bonferroni post-hoc teszt alapján). Nyolcadik hipotézisünk második része is igazolódott.

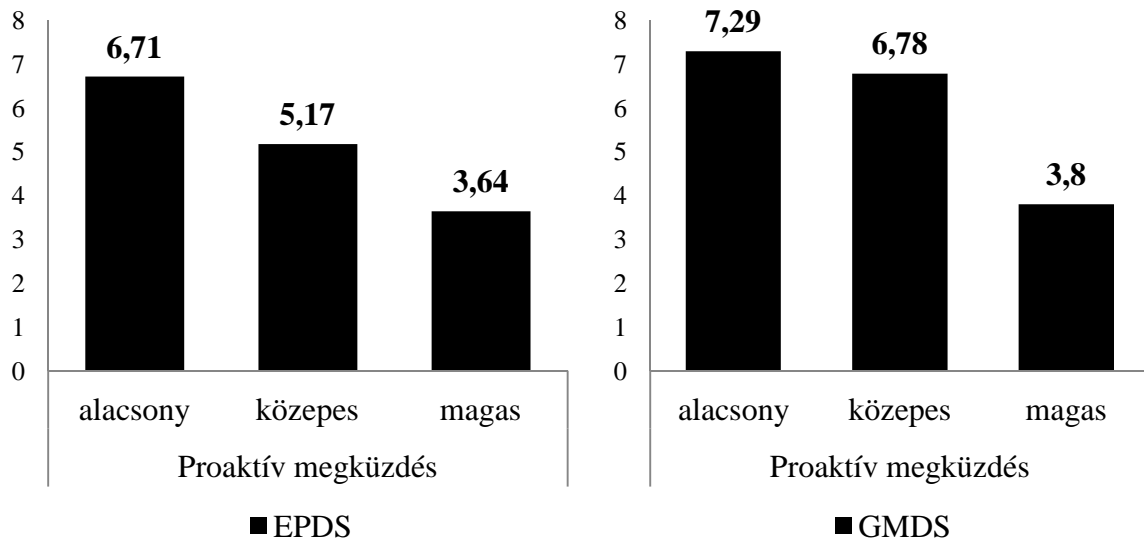
## 6.6. Az egyéni erőforrások összefüggése a depresszióval

### 6.6.1. A depresszió és a proaktív megküzdés kapcsolata

A Proaktív Megküzdés Kérdőív olyan alszkálákból épül fel, melyek a megküzdés pozitív dimenzióhoz szorosán kapcsolódnak. A kérdőív első alszkálája a proaktív megküzdést méri. Az apák posztpartum megküzdésében a proaktivitást, mint a pozitív pszichológia egy megküzdési konstruktumát vizsgáltuk. Feltételezésünk szerint az egyéni erőforrások mozgósításának képessége protektív tényező a szülés utáni időszakban. A GMDS és az EPDS esetében is megfigyelhetjük, hogy az a csoport, aki magasabb proaktivitással jellemezhető, kisebb mértékben mutat depressziós tüneteket, egyszempontos variancia analízist alkalmazva teszteltük feltételezésünket: [ $F(2,81)=3,15; p=0,048$ ] és [ $F(2,80)=3,65; p=0,030$ ] (17. ábra).

17. ábra

A proaktivitás és a depresszió kapcsolata az apák esetében



A Proaktív Megküzdés Kérdőív többi alszála esetében Pearson-féle korrelációt számítottunk annak feltérképezésére, hogy a különböző megküzdési stratégiák milyen összefüggésben állnak a depresszió szintjével.

A GMDS férfi depressziót mérő skála negatív ( $r=-0,23$ ;  $p=0,035$ ) kapcsolatban áll az emocionális támaszkereséssel. Vagyis megállapíthatjuk, hogy ha a férfi képes segítséget kérni, és képes hatékonyan azonosítani környezetében azokat a személyeket, akik segítségére tudnak lenni az érzelmi eredetű problémákkal való megküzdés során pozitívként jelenik meg a pszichés állapotában, vagyis ez egy adaptív megküzdési módnak tekinthető. Férfiak esetében sokszor ez akadályokba ütközik, és súlyos problémákhoz vezethet. Erre az eredmények értelmezésénél külön kitérünk.

A preventív megküzdés szintén negatív korrelációt mutat a GMDS alapján mért depresszió pontszámmal ( $r=-2,5$ ;  $p=0,022$ ).

Az EPDS ( $r=-2,46$ ;  $p=0,025$ ) összpontszámok hasonlóan negatív ugyanakkor szignifikáns összefüggést mutatnak az emocionális támaszkereséssel. Ezen kívül az elkerülő megküzdés esetében volt szignifikáns a kapcsolat. Minél magasabb arányú az elkerülő megküzdés használata, annál magasabb depresszió szint lesz jellemző az egyénre.

Érdemes megvizsgálni, hogy a gyermek kora és a megküzdési mechanizmusok között feltételezhető-e összefüggés. Az eredmények azt mutatják, hogy ( $r=0,25$ ;  $p=0,024$ ) a gyermek kora, és a stratégiai tervezés megküzdési mód használata szignifikáns pozitív kapcsolatban áll egymással.

Végül megvizsgáltuk, hogy az agresszivitás és proaktív megküzdési formák használata milyen összefüggést mutat. Minél magasabb az egyén proaktivitása, annál alacsonyabb szintű a dühe ( $r=-0,36$ ;  $p=0,001$ ). A preventív jellegű stratégiák használata ( $r=-2,11$ ;  $p=0,005$ ) és az emocionális támaszkeresés ( $r=-0,33$ ;  $p=0,002$ ) pedig alacsonyabb fizikai agresszió szinttel mutat negatív irányú összefüggést.

Kilencedik hipotézisünk, melyben feltételeztük a pozitív megküzdési stratégiák, az erőforrások mozgósításának képessége és a depresszió megélése illetve az agresszivitás különböző típusainak megélése közötti negatív kapcsolatot, igazoltnak tekinthetjük.

## **7. Az első vizsgálat összefoglalása**

Az új élet születése olyan életciklus átmenet a család számára, mely a boldogság érzése mellett meg is terheli a rendszer tagjait. Az anya-újszülött diád vizsgálata mellett lényegesen kevesebb figyelem fordul az édesapák mentális egészségének vizsgálatára. Az apaság nehézségei és az apák hangulati állapotát megismerni kívánó kutatások száma jócskán elmarad az anyaság és az anyák hangulati állapotát vizsgáló kutatásoktól. Jelen vizsgálatunkkal ezt a hazánkban is tapasztalható hiányt szeretnénk volna pótolni. Az apák hangulati állapotának, depressziós tüneteinek megjelenésének és az erősségeinek feltérképezésére tervezett és kivitelezett vizsgálatunk eredményeit az alábbiakban foglaljuk össze.

A posztpartum depresszió előfordulási gyakoriságára vonatkozó eredményeink megfelelnek a külföldi szakirodalmi adatoknak. A kis elemszám miatt azonban prevalencia adatokról nem beszélhetünk.

Vizsgálatunkban a posztpartum depressziós tünetek a férfiak 12,5%-a esetében, míg férfi depressziós tünetek 15,5%-ban mutatkoztak számottevőnek. A férfiak 3,1%-a csak az EPDS skálán, 6,25%-a csak a GMDS skálán, míg 9,3%-a mindkét skálán jellemezhető depressziós tünetekkel. Madsen és Juhl (2007) vizsgálati eredményeivel összevetve eredményeinket, magasabb értékeket találunk saját vizsgálatunkban. Esetükben a minta 5%-a jellemezhető EPDS, 3,4%-a GMDS pontszámokkal. 2,1% mindkét skálán, 3,1% csak az EPDS skálán, míg 1,3% csak a GMDS skálán volt jellemezhető depressziós tünetekkel. Összességében

eredményeink megfelelnek a szakirodalmi adatoknak (Paulson és Bazemore, 2010). Vizsgálatunk során a férfiak 36,8 illetve 31,6%-a volt jellemezhető depressziós tünetekkel, amennyiben a partner depressziósnak mutatkozott. Goodman (2004) tanulmányában 24 és 50% közöttinek találta ezt az arányt több vizsgálat alapján. Megállapíthatjuk, hogy eredményeink nem térnek el a szakirodalmi adatoktól, illetve, hogy a férfiak depressziója a nők depressziója között összefüggés van.

Az apák és az anyák depressziójának különbözőségét vizsgálva elmondhatjuk, hogy a kifejezetten nők vizsgálatára kifejlesztett kérdőívben a férfiak a férfiassággal nehezebben összeegyeztethető tünetekre szignifikánsabb alacsonyabb pontszámmal válaszoltak. Mely egybeesik azokkal a felvetésekkel, melyek speciális mérőeszközök kidolgozására tesznek javaslatot, a férfiak posztpartum depressziójának speciális mérése kapcsán (Matthey, Barnett, Kavanagh és Howie, 2001)

Az anya és az apa depresszió szintjének szoros összefüggését számos tanulmányhoz hasonlóan igazoltuk (lásd pl.: Dudley, Roy, Kelk, és Bernard, 2001; Matthey, Barnett, Ungerer és Waters, 2000).

Megfigyeléseink alapján az anya emelkedett szorongásszintje összességében nem jelent nagy veszélyt a férfi típusú depressziós tünetek megjelenésére, mégis nyilvánvalóvá vált, amikor külön az agresszivitást, mint a férfi depresszió egy lehetséges megjelenési formáját vizsgáltuk, hogy az anya magasabb szorongásának hatására az apa több dühöt él meg. A düh kifejezése mintegy belépő szintként értelmezhető az agresszivitás megjelenésénél, mivel a düh gyakran mintegy hidat képezve vezet az instrumentális agresszió felé, nevezetesen a verbális és a fizikai agresszióhoz. A szorongás emelkedése a depresszió tekintetében is magasabb mutatókat eredményez, amivel már együtt jár az agresszió minden típusának megemelkedése. Külön érdemes felhívni a figyelmet, hogy a nő klinikai szintű depressziója esetében a férfi fizikai agresszivitással összefüggő megnyilvánulásai lesznek figyelemre méltóak. Úgy tűnik, hogy a düh, a hosztilitás, és a verbális agresszió szintje az anya egy bizonyos depresszió szintjén túl már nem emelkedik, a fizikai agresszió viszont számottevő marad.

Az a tény, hogy az anya depressziója együtt jár az apa depressziójával, ismételten felveti a prevenció fontosságának kérdését. Egy depressziós szülő is nagyon nagy problémákat okoz a gyermeki fejlődésben, amikor pedig mindkét szülő érintett, további problémák merülhetnek fel. Vizsgálatunk fényt derített arra is, hogy az apák és az anyák élményei és esetleges problémái némileg különbözhetnek egymástól. A fiatal anyák és apák pszichológiai egészségének a monitorozása az egész család számára jótékony hatású lehet.

Mivel a meddőségi kezelés számos olyan tényezőt hordoz magában, mely szoros összefüggést mutat a posztpartum depresszióval, és annak rizikófaktorai között tartják számon, izoláció, kapcsolati problémák, előzetes stressz, depresszió, ezért az összefüggés fennállása nem meglepő, illetve ezen túl lényegesnek tartjuk a termékenységi probléma vizsgálatát a párok érzelmeinek dinamikája mentén.

Külön érdemes beszélni vizsgálatunk proaktivitással összefüggő eredményéről, nevezetesen az érzelmi támaszkeresés és a depresszió különböző típusának kapcsolatáról. Az érzelmi támasz keresése, mint pozitív megküzdési stratégia nagyobb mértékben jellemzi a nőket, mint a férfiakat (Greenglass, 2002). Az egyén érzelmi támasz keresése, vagyis az arra való képesség, hogy az egyén felismerje környezetében azokat az embereket, akik hatékonyan tudnak neki segíteni azokban a helyzetekben, amikor reménytelennek vagy rosszkedvűnek érzi magát, és törődésre vágyik, a depresszió szinttel negatív kapcsolatban áll. Férfiak esetében a segítségkérő viselkedés, főleg ha az érzelmi élet problémáira vonatkozik, külön nehézségekbe ütközik. A férfiak apróbb tüneteik megoldásához nem keresnek támaszt, nem kérnek segítséget azok hatékony kezeléséhez, melyek később nagyobb problémákban öltenek testet (alkohol problémák, súlyos szív- és érrendszeri betegségek).

#### *A vizsgálat limitációi*

Érdemes szót ejteni a vizsgálat limitációiról. A vizsgálatunk nem diagnosztikus eszközökön, hanem szűrővizsgálati módszereken alapul, tehát nem a depresszió klinikai diagnózisával dolgoztunk.

Ezen túl arra is szeretnénk kitérni, hogy az online kérdőív esetében a kitöltést segítő internetes felület adatai alapján közel 30 olyan eset volt a férfi tesztcsomag esetében, amikor az megnyitásra került, viszont a kitöltés nem valósult meg, lényegében el sem kezdődött. A nők esetében ez a szám 3 volt. Mivel nem rendelkezünk adatokkal azokról a személyekről, akik lemorzsolódtak a vizsgálat során, ezért érdemes megjegyezni, hogy amennyiben bármilyen közös pszichológiai faktor mentén hasonlóan jellemezhetőek ezek a férfiak, az újabb szempontokat vethet fel.

### III. MÁSODIK VIZSGÁLAT

#### **MEDDŐSÉGI PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ PÁROK VIZSGÁLATA: A FÉRFI AK DEPRESSZIÓJA, SZORONGÁSA ÉS REMÉNYTELENSÉG ÉRZÉSE MENTÉN**

##### **Témafelvetés**

Továbbra is a férfiak depressziójának témája mentén haladva, a normatív krízistől az életnek az egyik legnagyobb fizikai és mentális kihívásaként számon tartott témára térünk át, a meddőségre, mint paranormatív krízisre.

A meddőségi probléma megtapasztalása egyéni szinten is, és a pár szintjén is értelmezhető állapot, mely az egyén identitását és a jövőképét is képes egyszerre megkérdőjelezni.

A felnőtt fejlődés, a felnőttkor életszakaszának egyik legfontosabb része és feladata a pár szempontjából azt az elhatározást meghozni, hogy gyermeket szeretnének vállalni. Az életciklushoz tartozó feladat teljesítéséhez pedig az szükséges, hogy a pár képes legyen reprodukcióra.

Több szerző véleménye, hogy a legmeghatározóbb élménye a reprodukciós zavarral küzdő pároknak, a saját élet feletti kontroll és az életcélok elérése feletti kontroll elvesztése (Mahlstedt, 1985). Tovább nehezíti a helyzetet, hogy a meddőséggel együtt járhat a stigmatizáció és az izoláció (Whiteford and Gonzalez, 1995). A gyermekvállalás időszakának problémáit és tapasztalatait a férfiak szempontjából tárgyaló kutatások igen kis számban állnak rendelkezésünkre. Ezen belül is a meddőség témakörében végzett kutatások, melyek a férfiakra helyezik a hangsúlyt, különösen ritkák.

A statisztikai adatok és a téma irányába létrejött növekvő figyelem mind azt támasztják alá, hogy a 21. század egy nagyon meghatározó problémájával állunk szembe, melynek szereplője a pár, mint egy egység.

A vizsgálat egy nagyobb kutatási egység kisebb részeként került megtervezésre és kivitelezésre, a TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024 számú projekt keretén belül, kutatócsoportunk által. Meddőségi problémával küzdő párokkal, férfiakkal és nőkkel végeztünk kutatást, akik az egy éves vizsgálati periódusban (2012 január-2013 január) a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Meddőségi Szakrendelését felkeresték.

A kutatás azon részében, melyről most beszámolunk célunk a férfiak depressziójának vizsgálata, beemelve a vizsgálati koncepcióba a férfi depresszió fogalmát, a férfi depressziós tünetek megjelenésének lehetőségét, mint a stresszhelyzetre adott válasz egy megjelenési

formáját. A férfiak tüneteit a női tünetek függvényében elemezzük. Hasonlóan az előző vizsgálathoz, a jelenségek pár szinten megjelenő dinamikáját is próbáljuk megragadni.

## **8. A második vizsgálat elméleti háttere: A meddőség pszichológiai vonatkozásai**

### 8.1. A meddőség definíciója

Orvosi megfogalmazás alapján meddőségnek nevezzük azt az állapotot, amikor rendszeres, fogamzásgátlás nélküli nemi élet mellett nem következik be terhesség 12 hónap alatt, vagy amikor a nő nem képes kihordani azt (Amerikai Reprodukciós Orvostudományi Társaság, American Society for Reproductive Medicine, ASRM, 2008, 2013). Ez a definíció azon a tényen alapul, hogy egy cikluson belül 20% az esély a teherbe esésre (Evers, 2002).

A meddőség diagnosztizálása tehát tipikus esetben 1 évhez köthető, azonban az életkornak és a teherbeesési időnek is lehet szerepe ennek az időnek a megállapításában. Vannak esetek, amikor kevesebb, mint egy év sikertelen próbálkozás is maga után vonhatja a diagnózist. Amennyiben a nő 35 évnél idősebb, abban az esetben már 6 hónap után beszélhetünk meddőségről. Egy másik eset, amely fennállása esetén szintén érvényes az egy évnél rövidebb időtartam, amikor habituális (ismert vagy ismeretlen okokra visszavezethető) vetéléstről van szó (Cousineau és Domar, 2007).

A meddőség definíciója korántsem homogén. Különbséget teszünk elsődleges és másodlagos meddőség között. Elsődleges (primer) meddőségnek nevezzük, ha a terhesség nem következik be. Másodlagos (szekunder) meddőség pedig, amikor a terhesség ugyan létrejön, viszont nem élve születéssel fejeződik be (Adamson és mtsai., 2011).

A meddőségi probléma kialakulásában számos faktor szerepet játszhat. Érintett lehet a pár női, férfi, vagy akár mindkét tagja. Az esetek egyharmadában a nőt, másik harmadában a férfit, az esetek harmadik harmadában pedig a pár mindkét tagját érinti a termékenységi probléma (Cousinaeu és Domar, 2007).

A meddőségi esetek 10-15%-ára nem születik magyarázat, vagyis az okokat nem tudjuk. A meddőségi problémák feltárása során alkalmazott klinikai diagnosztikai eszközök fejlődése ellenére még mindig nagyszámú a magyarázat nélkül maradó esetek aránya (Whiteford és Gonzalez, 1995).

## 8.2. A meddőségi problémákról számokban: a hazai és a nemzetközi prevalencia

A meddőség multidimenzionális eredetű, világméretű probléma, mely a reprodukzív korú populáció 10-15%-át érinti (Crosignani és Rubin, 1996). Egy összefoglaló tanulmányban (Boivin, Bunting, Collins és Nygren, 2007) azt találták, hogy a meddőség mint probléma prevalenciája 3,5% és 16,7% között mozog. Az élettartam prevalenciára vonatkozóan 6,6% és 26,4%-os értéket adnak meg.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint (2011) Magyarország népessége csökkenő tendenciát mutat. Az élve születések számának csökkenése hasonlóan az USA és a nyugat-európai országok adataihoz magyarázható a meddőségi ráta növekedésén keresztül. Ezen túl, az első gyermek vállalásának átlagos életkora kitolódott, mely szintén egy erősen determináló faktor a meddőséghez (KSH, 2011). Magyarországon az érintett párok számát a nemzetközi adatokhoz hasonlóan 10-15%-ra becsülik.

## 8.3. Identitás és meddőség

A meddőséget értelmezhetjük egy olyan eseményként, amely a fiatal felnőttkor életszakaszához kapcsolódó feladatok megoldását korlátozza, megakadályozza a fejlődéshez, tovább lépéshez szükséges esemény bekövetkeztét, ezáltal a már említett feladat teljesítését. A normatív krízis megtapasztalása akadályoztatott, helyette a pár paranormatív krízissel néz szembe. A pár nem tud szülővé válni, így a felnőtt szerep kialakítása, mint a felnőtt identitás egyik központi szervező egységének a betöltése lehetetlenné válik, melynek eredménye képpen elakadás történik, a pár az adott életszakaszban ragadhat (Goldenberg, 2008).

Koropatnick és munkatársai (1993) „*nonevent transition*”-ról, vagyis a szülővé válás eseményének elmaradásáról, eseménytelenségéről beszélnek, ahol az identitásprobléma a magas distresszel jellemezhető meddő személyek esetében alacsony önértékeléssel és differenciálatlan nemi szerep identitással jár együtt.

Az identitás érintettsége tetten érhető és magyarázható a szelf reprezentációk ellentmondásain keresztül is. Az ideális és a vágyott szelf diszkrepanciájáról ír Kikendall (1994). Higgins (1987) szelf diszkrepancia elméletét veszi ehhez alapul. Az aktuális, az ideális és elvárt szelf összefüggéseit térképezi fel. Eszerint az emocionális jóllétünk nagyban függ az önmagunkról alkotott tényleges vélekedéseink és a szelfvezérlők közötti eltérésektől. A meddőség, mint az aktuális szelf tapasztalata és az anyaság, mint a vágyott szelf képe, vagy az ideálisnak tartott szelf képe közötti egyezés hiánya a csalódottság érzését, szorongást, lehangoltságot és büntudat megjelenését generálhat.

#### 8.4. Pszichológiai következmények modell

Az alábbi szakaszban a meddőség pszichológiai következményeit vizsgáló, illetve összefoglaló kutatási eredmények ismertetését tesszük meg. Kiemeljük a nemi különbségeket, azt hogy a pár tagjai különböző módon élhetik meg a problémát.

Daar és munkatársai (2002) a meddőség kontinuum modelljét ismertetik. Kiemelik, hogy a termékenységi problémák az enyhétől a súlyos következményekig terjedhetnek, melyek egy kontinuum mentén értelmezhetőek. A modell különbséget tesz a fejlődő és a fejlett országok között abban a tekintetben, hogy a fejlődő országokban gyakrabban jár súlyos következményekkel a meddőségi probléma. Az alábbi súlyossági szinteket állapítják meg modellükben: a félelem, az önvád, és a büntudat, mely érzések az első szinten jelentkeznek, nagyon gyakori tapasztalatai a pároknak. A második szinthez a házassági problémák megtapasztalása, elidegenedés érzése, szorongás, depresszió, és reménytelenség érzése társul. A negyedik és hatodik szint problémái az öngyilkossági veszély, és a szociális izoláció kérdéskörét is érintik.

Más kutatásokban is bizonyították, hogy a félelem, a büntudat, a sikertelenség érzése a leggyakoribb érzések, melyek a meddőséggel együtt járnak. Az érintettek átélnek a társadalmi nyomást és azt, hogy nem tudnak megfelelni ennek az általános elvárásnak (Whiteford és Gonzalez, 1995; Greil, 1997).

A férfiak és a nők tapasztalatai egyaránt lehetnek a depresszió és a szorongás, azonban több vizsgálat kimutatta, hogy a nők átlagosan magasabb szintű pszichés problémákról számolnak be, mint a férfiak (Peterson, 2007; Noorbala, 2008; Jordan és Ravenson, 1999).

A nők alacsonyabb önértékeléssel jellemezhetőek, az élettel való elégedettségük alacsonyabb, és nagyobb mértékben vádolják magukat a probléma miatt, mint a férfiak (Greil, 1997).

Greil és munkatársai (2010) áttekintő tanulmányukban több kutatás eredményeit összefoglalva megállapítják, hogy a nők nagyobb fokú pszichés distresszt élnek át meddőségi probléma megtapasztalása esetén, mint a férfiak. A meddő párok igazságtalanság érzése kifejezett. A nők és a férfiak közötti különbségek között megállapítják, hogy a férfiak gyakran indirekt hatását tapasztalják meg a meddőségnek, mégpedig a partnerük reakcióin, és problémáin keresztül. Ez a kijelentés vizsgálataink szempontjából fontos adat. A férfiak

tapasztalatai között gyakran szerepel a partner irányába mutatott nagyfokú aggodalom. Kiemelik továbbá, hogy a nők nagyobb fokú megbélyegzést élnek át, mint a férfiak.

A férfiak saját meddőségi problémáit követő pszichés változások között az önértékelés csökkenését, a magasabb szorongás szintet és a reménytelenség érzését kell megemlítenünk, emellett a szomatikus panaszok száma is megemelkedhet (Kedem, Mikulincer, Nathanson és Bartoov, 1990).

A düh és az agresszió egyaránt jellemző lehet a meddő párok élményei között (Sultan, 2009). A sorozatos veszteségélmények, és a tehetetlenség élményének frusztrációja vezethet az agresszivitás megéléséhez.

## 8.5. Férfiak és a meddőségi probléma értelmezési kerete

A reprodukciós és a mentális egészség kapcsolatát, valamint az ezzel együtt járó, és ezt befolyásoló szociális és társadalmi aspektusokat az utóbbi néhány évtizedben kutatják szisztematikusan. A férfiak reprodukciós mentális egészségének kutatása az egyik ága a reprodukciós egészségpszichológiának (Pápay, 2012). Vizsgálatunkban olyan párok mentális állapotát térképeztük fel, akik meddőségi kezelésben részesültek. Kiemelten foglalkozunk a férfiak szorongásával és depressziójával.

Különbséget kell tennünk azok között a vizsgálatok között, melyek kizárólag azoknak a férfiaknak az egészségére koncentrálnak, akiknél meddőségi problémát diagnosztizáltak, illetve azon esetek között, ahol a meddőség, mint a pár problémája jelenik meg. Jelen vizsgálatban a meddőségi problémát, mint a pár problémáját tekintjük, az elemzés során esetenként külön kezeljük azt a helyzetet, amikor a férfinak is önálló meddőségi problémája van.

## 9. A vizsgálat bemutatása

### 9.1. Hipotézisek

Elemzésünkhöz a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. **Első hipotézis**ünk szerint a férfiak és a nők között szignifikáns különbség van a pszichés mutatók vonatkozásában. Feltételezzük, hogy a nőket magasabb szorongás és depresszió pontszámmal tudjuk jellemezni a mintánkban, valamint a reménytelenség tekintetében is a nőknél várunk kedvezőtlenebb eredményeket.

2. **Második hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy azok a férfiak, akiknél a meddőség régebb óta áll fenn, rosszabb mentális jóllétet mutató jellemzőket találunk, továbbá az idősebb kor esetében szintén rosszabb pszichés állapot lesz jellemző, a férfiak esetében.
3. **Harmadik hipotézis**ünk ellenőrzése során arra keressük a választ, hogy amennyiben a férfi is érintett a meddőségi probléma fennállásában, vagyis ha a férfinál is találtak problémát a kivizsgálások során, az hogyan befolyásolja a pszichés állapotát. Feltételezésünk szerint a férfi önálló, meddőséggel kapcsolatos problémája rosszabb pszichés mutatókat eredményez azokkal a férfiakkal összevetve, akik a meddőségi probléma által (orvosi értelemben) nem érintettek.
4. **Negyedik hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy azok a férfiak, akiknek jelenlegi párjukkal már van közös gyermekük, jobb pszichés mutatókkal jellemezhetőek, mint akiknek még nincsen. Kevesebb szorongást élnek, meg, alacsonyabb szintű reménytelenségről és depresszióról számolnak be. Továbbá feltételezzük, hogy amennyiben a férfinak előző kapcsolatából már van gyermeke, nem befolyásolja jelentős mértékben az aktuális hangulati állapotát, szorongás szintjét és reménytelenség érzését. Feltételezésünket arra alapozzuk, hogy az aktuálisan fennálló meddőségi problémában a pár mindkét tagja egyformán érintett, így a jelenlegi pszichés jóllétet az aktuális sikertelenség inkább meghatározza.
5. **Ötödik hipotézis**ünk alapján szoros összefüggést várunk a férfiak és a nők tüneteinek megjelenésében. Feltételezésünk szerint a vizsgált párok mentális állapotának egyes mutatói (depresszió, szorongás) összefüggésben állnak. Feltételezzük, hogy a férfi magasabb depresszió szintje összefüggést mutat a nő magasabb depresszió és szorongás szintjével.

## 9.2. A vizsgálat körülményei és a vizsgálat menete

### 9.2.1. Az adatfelvétel módja

A kutatást 2012. januárjában kezdtük el a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Meddőségi Szakrendelésén, és 2013. januárjáig folytattuk az adatgyűjtést. A vizsgálatot a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Tudományos Bizottságának Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (11. melléklet).

A meddőségi szakrendelésre várakozó vizsgálati személyeket (nőket és amennyiben jelen volt, a partnerüket) egy-egy kérdőív kitöltésére kértük meg, részletes szóbeli tájékoztatást követően, hozzájárulásukat kértük a vizsgálat megvalósulásához.

A kérdőívek felvételét egy éven keresztül többnyire minden rendelési napon (hétfő, kedd csütörtök, és esetenként péntek) végeztük.

### 9.2.2. A vizsgálati személyek

A most ismertetésre kerülő elemzés során a vizsgálatba bevont személyek közül azok adatait elemezzük, akik párban vettek részt a kutatásban, vagyis ahol nem csak a nő, hanem a férfi is kitöltötte kérdőívünket. Így összesen 202 vizsgálati személlyel dolgozunk, 101 nő és 101 férfi adatait elemezzük.

A meddő nő és a meddő férfi megnevezés értelmezése a vizsgálatban a következőképpen alakul: amikor meddő párokról, illetve a párok női illetve férfi tagjáról beszélünk, akkor nem teszünk különbséget, hogy orvosi értelemben a pár mely tagjának meddőségéről van szó. Az elemzés meghatározott szakaszaiban viszont külön csoportként kezeljük, illetve külön értelmezzük azoknak a férfiaknak a pszichés mutatóit, akiknél a meddőségi kivizsgálás során problémát találtak. A vizsgálati csoport alapegysége tehát a meddőségi problémával küzdő pár.

#### 9.2.2.1. A vizsgálati személyek demográfiai és meddőség specifikus jellegzetességei

A vizsgálati személyek legfontosabb demográfiai jellegzetességeit a 6. táblázatban foglaltuk össze. A meddőség specifikus jellemzők között a férfi oldalt érintő problémára külön hangsúlyt helyeztünk. A kérdőívben azt az egyszerű kérdést tettük fel, hogy vett-e már

részt meddőséggel kapcsolatos vizsgálatban, és ha igen, akkor találtak-e bármilyen problémát. Erre a kérdésre a férfiak 81,8%-a nem választ adott, 18,2%-nál pedig fény derült az érintettségre a meddőség lehetséges okainak meghatározásánál.

6. táblázat  
A párok demográfiai jellegzetességei

	<i>férfi</i>	<i>nő</i>
<b>N</b>	101	101
életkor		
<i>M (SD)</i>	34,4 (5,3)	31,23 (5,4)
<i>Minimum</i>	23	22
<i>Maximum</i>	50	41
<i>Meddőségi problémával küzdő párok</i>		
<b>A meddőség</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>ideje (év)</b>	2,46	1,66

### 9.3. Vizsgálati módszerek: a mérőeszközök bemutatása

A keresztmetszeti kérdőíves kutatás során a vizsgálati személyeket egy kérdőív csomag kitöltésére kértük fel, mely tartalmazta a jelen elemzés során is felhasználásra kerülő eszközöket.

A szóbeli tájékoztatást követően a kérdőív csomag elején a vizsgálati személyek egy leírást is olvashattak a vizsgálat menetéről, a vizsgálatban való részvétel anonimitásáról.

Kérdőívünk első részében demográfiai jellegzetességeket kérdeztünk meg. A férfiak és a nők némileg különböző kérdőív csomagot töltöttek ki. A most bemutatásra kerülő eszközök közül a Gotland Férfi Depresszó Skála volt az egyetlen, amit csak a férfiak kaptak meg.

#### 9.3.1. A depresszió mérésének eszközei

##### 9.3.1.1. A depresszió mérésére hagyományosan alkalmazott eljárás: Beck Depresszió Kérdőív

Vizsgálatunkban a 9 tételt tartalmazó rövidített Beck Depresszió Kérdőívet használtuk (9. melléklet). A Beck Depresszió Kérdőív az egyik legelterjedtebb módja a depresszió feltárásának. A válaszadónak 4 fokú skálán kell megítélnie, hogy mennyire ért egyet az egyes

állításokkal, mennyire tartja az adott itemet önmagára igaznak. A kérdőív itemei alvászavarra, fáradtságra, döntésképtelenségre, munkaképtelenségre, önvádásra, közönyösségre vonatkoznak. A kérdőív alapján diagnózis nem állítható fel, a depresszió súlyosságának megállapítására alkalmas (Kopp és Kovács, 2006).

#### *9.3.1.2. A férfi depressziós tünetek mérése: Gotland Férfi Depresszió Kérdőív (Gotland Male Depression Scale-GMDS)*

A férfi depressziós tünetek mérésére az első vizsgálatban is alkalmazott Gotland Férfi Depresszió Skálát használtuk (Innamorati és mtsai, 2011). A kérdőív jellemzése az első vizsgálatunk mérőeszközeinek bemutatásánál megtörtént, most azokra a vonatkozásaira térünk ki, melyek jelen vizsgálatunkhoz elengedhetetlenek.

A kérdőív eredetileg egy egydimenziós mérőeszköz, melyet később két lehetséges alskálára bontottak egy, a kérdőív validálását célzó vizsgálatban (Zierau, Bille, Rutz és Bech, 2002). A kérdőív így egy distressz alskálából (mely 7 itemet tartalmaz), illetve a depresszió alskálából (6 item) áll.

Egy korábbi, 655 vizsgálati személlyel folytatott tanulmányunkban főkomponens analízist végeztünk a kérdőív itemein, melynek célja az volt, hogy faktorokat, alskálákat azonosítsunk, és különítsünk el a kérdőívben belül (Almássy, Baksa, Papp és Szemán-Nagy, közlésre elfogadva). Erre egyrészt azért volt szükség, mert validáló tanulmányukban a szerzők alkohol betegekkel folytatták vizsgálatukat, ezért hazai, és egészséges felnőtt mintán szeretnénk volna ellenőrizni a kérdőívet, másrészt vizsgálatunkban teszteltük a Zierau és munkatársai (2002) által ismertetett faktorstuktúrát. Az ellenőrzés során kapott mutatók fényében nem fogadtuk el azt (a konfirmatív faktorelemzés eredménye:  $\chi^2/df= 8,20$ ;  $GFI=0,86$ ;  $NFI=0,87$ ;  $CFI=0,85$ ;  $RMSEA= 0,104$ ).

Főkomponens analízist végeztünk, promax forgatással. Az elemzés eredményeképpen két dimenzióját azonosítottuk a skálának: a férfi depresszió jellemző tüneteit vizsgáló itemek csoportját (továbbiakban: externalizáló tünetek alskála) és a hagyományos tüneteket vizsgáló itemek csoportját (továbbiakban: típusos depressziós tünetek alskála) különítettük el (7. táblázat).

## 7. táblázat

A GMDS faktorstruktúrája, a tételek számával, tartalmával és a faktorsúlyok feltüntetésével

GMDS tétel száma és tartalma		1. típusos tünetek	2. externalizáló tünetek
1- alacsonyabb tűréshatár	[→2. faktor]	,470	<b>,882</b>
2- agresszívabb megnyilvánulások	[→2. faktor]	,517	<b>,869</b>
3- kiégettség, üresség	[→1. faktor]	<b>,743</b>	,503
4- fáradtságérzés	[→1. faktor]	<b>,662</b>	,531
5- feszült, nyugtalan, hamar kijön a sodrából	[→2. faktor]	,530	<b>,895</b>
6- nehézségek a döntések meghozatalában	[→1. faktor]	<b>,648</b>	,523
7- alvászavarok	[→1. faktor]	<b>,647</b>	,462
8- nyugtalanság, szorongás, örömtelenség	[→1. faktor]	<b>,693</b>	,430
9- verrokonok között kóros szokások jellemzőek	[→1. faktor]	<b>,442</b>	,174
10- viselkedése megváltozott	[→1. faktor]	<b>,710</b>	,540
11- komor, negatív, reménytelen	[→1. faktor]	<b>,749</b>	,462
12- önsajnálát, panaszkodás	[→1. faktor]	<b>,649</b>	,343
13- eltúlzott magatartásformák	[→1. faktor]	<b>,537</b>	,243

Az első skálát *típusos depressziós tünetek alszájának* neveztük el (10 tétel: 3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13. itemek): többségében a kritériumrendszer alapú tünetek súlyosságát méri, mint az örömtelenség, kiégettség, üresség érzés, alvászavarok, reménytelenség, fáradtságérzés. A másodikat *externalizáló tünetek alszájának* neveztük el (3 tétel: 1., 2. és 5. item): agresszivitásra, frusztrációs tolerancia csökkenésre, feszültség és nyugtalanság megtapasztalására, agresszív megnyilvánulásokra vonatkozó itemeket tartalmaz.

A két elkülönített dimenzió a variancia 51,79%-át magyarázza. Az első elkülönített faktor 10 itemet tartalmaz, és a teljes variancia 42,51%-át magyarázza.

Elővizsgálatunkban (Mohácsi, Almássy, Sáy, Farkas és Szemán-Nagy, 2013) a GMDS skála használata relevánsnak mutatkozott a vizsgálati populációban.

### 9.3.2. A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (STAI)

A szorongás általános szintjét a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív magyar változatával mértük (Sipos, Sipos és Spielberger, 1994; Perczel Forintos, Kiss és

Ajtay, 2005). A kérdőív vonás szorongást mérő részével dolgoztunk (STAI-T), mely 20 állításból épül fel. A vizsgálati személynek 1-4-ig kell értékelnie az egyes állításokat aszerint, hogy mennyire jellemző rá az adott állítás: egyáltalán nem, valamennyire, eléggé vagy nagyon jellemző. A tételekre adott válaszok alapján összpontértéket számolunk.

### 9.3.3. Beck Reménytelenség Skála

A Beck Reménytelenség Skála a válaszadók önjellemzésén alapuló, 20 tételt tartalmazó mérőeszköz. A jövővel kapcsolatos negatív attitűdöket hivatott felmérni. A válaszadók igennel vagy nemmel válaszolnak az állításokra aszerint, hogy igaznak érzik-e az adott állítást önmagukra vonatkoztatva. Összesen 20 pont érhető el a mérőeszközön, mely alapján 0-3 a reménytelenség alacsony fokát, 4-8-ig mérsékelt reménytelenséget, 9-14-ig magas reménytelenséget, 15-20-ig pedig súlyos reménytelenséget jelöl. Az állítások a reménytelenség motivációs, érzelmi és kognitív elemeire vonatkoznak. A reménytelenség a szuicid veszélyeztetettség egyik legfontosabb előrejelzőjének tekintjük (Perczel Forintos, Sallai és Rózsa, 2010) (10. melléklet).

A vizsgálatunkban felhasználásra került kérdőíveket belső konzisztencia mutatóik alapján, megfelelőnek minősítettük a vizsgálati kérdéseink megválaszolásához (8. táblázat).

8. táblázat

A vizsgálatban felhasználásra kerülő eszközök Cronbach- alpha mutatói

Skála	Itemszám (N)	Cronbach $\alpha$	
		nő	férfi
<b>STAI</b>	20	0,88	
<b>GMDS</b>	13		0,87
Externalizáló tünetek alskála	3		0,86
Típusos depressziós tünetek alskála	10		0,81
<b>BDI</b>	9	0,89	0,71
<b>BHS</b>	20	0,74	0,75

## *Kiegészítés a meddőséggel összefüggésbe hozható pszichés problémák mérésének módszertanához*

Újabb tanulmányokban találkozni arra való utalással, hogy a hagyományosan használt mérőeszközök, melyek a pszichopatológiákat kívánják megragadni és felmérni, nem mérik elég specifikusan a megtapasztalt nehézségeket és nem elég érzékenyek arra, hogy a meddőségi problémával küzdő párok problémáit tükrözzék (Greil, McQuillan, Lowry és Shreffler, 2011). A meddőség specifikus mérőeszközök megjelenése, és használatuk elterjedése nagyfokú fejlődést jelenthet a megtapasztalt distressz mérésében.

Elemzésünk során az általánosan elterjedt, sztenderd eszközöket használjuk a depresszió, a szorongás és reménytelenség megtapasztalásának mérésére, mely folyamatokat a pár érzelmi állapotának összefüggésein keresztül próbáltuk elsősorban megragadni. Tudomásunk szerint eddig nem született olyan átfogó vizsgálat meddőségi problémával küzdő párokkal, melyben a férfi depressziós tünetek vizsgálata kitüntetett szerepet kapott volna.

## **10.Eredmények**

### 10.1. A férfiak és a nők pszichés jóllét mutatóinak különbözősége a mintában

A nők és a férfiak pszichés mutatóinak összehasonlításakor Wilcoxon próbát alkalmaztunk az összetartozó mintáink elemzéséhez, a depresszió, a szorongás és a reménytelenség esetében is, mivel az adatok nem mutattak normál eloszlást. A minta normalitás vizsgálatát Kolmogorov-Smirnov próbával végeztük el, melynek eredményei:  $BDI_{nő}$ :  $Z=1,89$ ,  $p=0,002$ ;  $BDI_{férfi}$ :  $Z=1,89$ ,  $p=0,001$ ;  $STAI_{nő}$ :  $Z=0,79$ ,  $p=0,55$ ;  $STAI_{férfi}$ :  $Z=1,38$ ,  $p=0,044$ ;  $BHS_{nő}$ :  $Z=2,19$ ,  $p=0,001$ ;  $BHS_{férfi}$ :  $Z=2,19$ ,  $p=0,001$ .

A nők szignifikánsan magasabb depresszió szinttel jellemezhetőek, mint a férfiak [ $Z=-5,49$ ,  $p<0,001$ ]. Szorongás tekintetében is szignifikánsan magasabb eredményeket értek el a nők ( $Mdn=44$ ), a férfiakkal összehasonlítva ( $Mdn=36,5$ ) [ $Z=-5,05$ ,  $p<0,001$ ]. Reménytelenség érzés tekintetében a férfiak és a nők mintája nem különbözött szignifikánsan egymástól.

Első hipotézisünket részben igazoltnak tekinthetjük. A szorongás és a depresszió vonatkozásában szignifikáns különbségeket találtunk a párok női és férfi tagjai között, viszont a reménytelenség érzés vonatkozásában nem tudtuk ugyanezt igazolni.

## 10.2. A férfi saját jellemzői (életkora, meddőségi probléma), a pár meddőségi problémájának fennállási ideje és a férfiak pszichés jólléte

Megvizsgáltuk, hogy a férfiak esetében a saját életkor, illetve a meddőség fennállásának ideje milyen hatással van a megélt pszichés terhek alakulására.

Lineáris kapcsolatot feltételezve a változók között, azt látjuk, hogy a BDI alapján mért depresszió szint és a férfi életkora tekintetében ( $r=0,263$ ;  $p=0,01$ ) korreláció áll fent. Ez azt jelenti, hogy a meddőségi problémával küzdő párok idősebb férfi tagjai nagyobb fokú depresszióról számolnak be. Adódik a kérdés (a harmadik hipotézisünkhöz kapcsolódva), hogy a férfiak esetében vajon a saját meddőségi probléma megtapasztalása (a „vett-e már részt meddőségi kezelésen, és találtak-e bármilyen problémát” kérdéseknél az utóbbi esetben igen válasz alapján) összefüggésbe hozható-e ezzel az eredménnyel, lehetséges-e az, hogy a férfi magasabb életkora és a saját meddőségi probléma összefüggésben állnak egymással, és pusztán ez okozza az életkor és a hangulati állapot összefüggését? A kérdés megfogalmazása kapcsolódik a szakirodalmi áttekintésben ismertetett kutatási eredményekhez, vagyis hogy a férfiak termékenységi mutatói csökkennek az évek előrehaladtával (Sartorius és Nieschlag, 2010). A meddőségi probléma megtapasztalása és az életkor között nem találunk szignifikáns összefüggést, vagyis a magasabb életkor nem jelenti mintánkban a meddőségi probléma valószínűbb fennállását. Az eredmény Khí-négyzet próbával elemezve nem szignifikáns [ $\chi^2(1, N=96)=2,18, p=0,14$ ].

Ezek után a férfi életkorának és saját meddőségi problémájának együttes hatását vizsgáltuk a depresszióra nézve. A férfiakat életkor alapján két csoportba soroltuk be. 35 éves korig az „alacsonyabb életkorral rendelkezőket” ( $M=31,18$  év;  $SD=2,77$ , kor intervallum: 23-35 év), 35 év felett a „magasabb életkorral rendelkező” férfiak csoportját alakítottuk ki ( $M=39,94$  év,  $SD=3,85$ , kor intervallum: 36-50).

A kétszemponos varianciaanalízis azt mutatja, hogy mindkét független változónknak, a kornak  $F_{kor}(1;94)=7,79, p=0,006$  és a problémának  $F_{probléma}(1;94)=13,29, p<0,001$  is szignifikáns főhatása van a BDI összpontszámra (18. ábra). Interakció nem mutatkozik a két változó között.

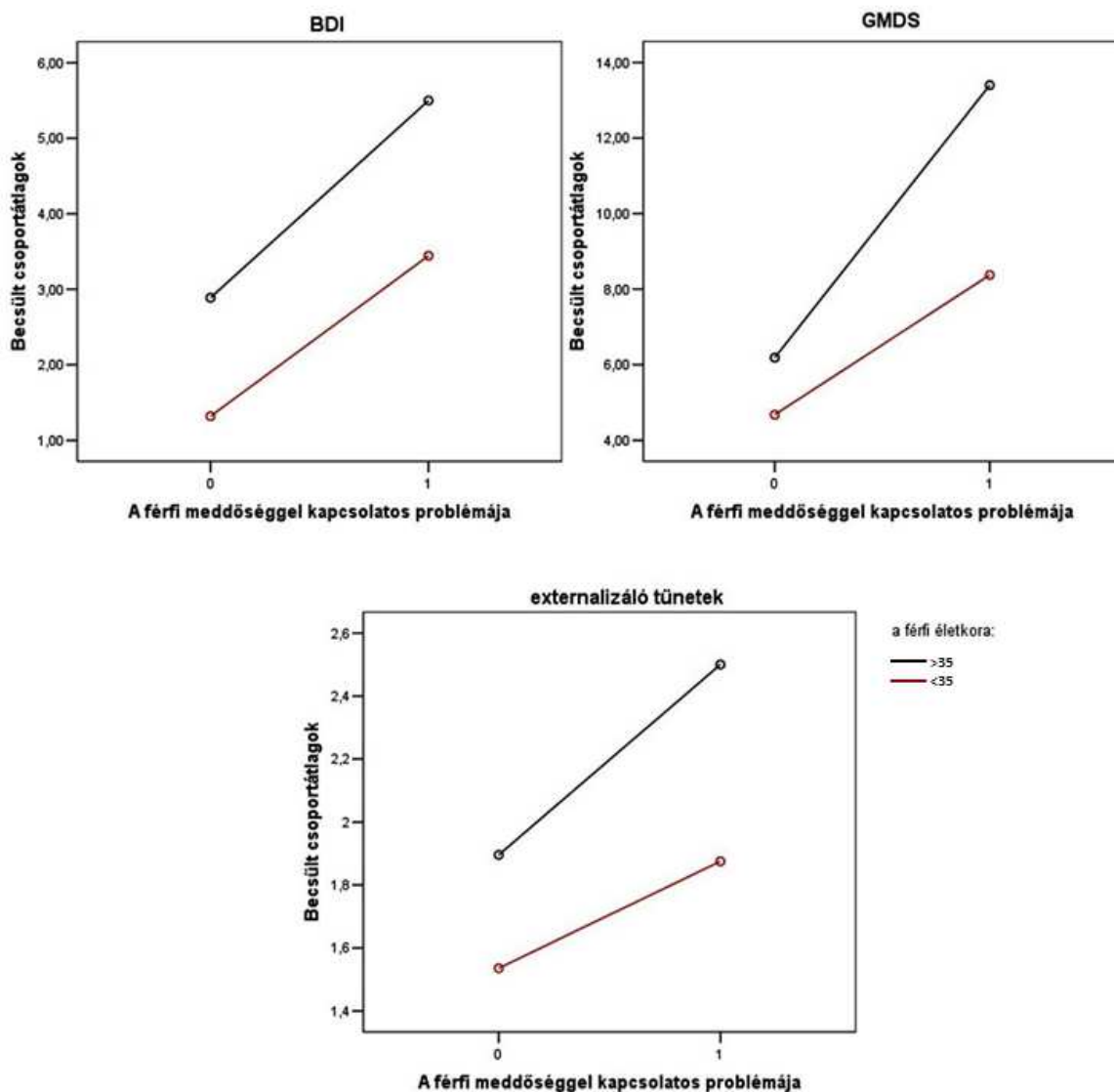
Tovább elemezve a depresszió megjelenését: az externalizáló tüneteket és a GMDS összpontszámot vizsgálva lineáris kapcsolatot feltételezve a változók között, nem kapunk szignifikáns kapcsolatra utaló eredményeket az életkor és a probléma tekintetében.

A kétszemponos variancia analízis ugyanakkor mindkét változó szignifikáns főhatását mutatja mind az externalizáló tünetek [ $F_{kor}(1;94)=6,92, p=0,01, F_{probléma}(1;94)=6,35, p=0,014$ ]

mind a GMDS összpontszámát tekintve [ $F_{kor}(1;94)=4,77$ ,  $p=0,032$ ,  $F_{probléma}(1;94)=13,28$ ,  $p<0,001$ ] (18. ábra).

18. ábra

A kor és a férfi meddőségi probléma főhatása a hangulati állapotot jellemző mutatók tekintetében



Láthatjuk, hogy a hangulatzavarral összefüggő tünetek megjelenése, legyen az hagyományosan értelmezett depressziós tünet, vagy nem kritériumrendszer alapú, férfi depressziós tünet, kifejezetten agresszivitással, irritabilitással jellemezhető externalizáló tünet, ugyanannak a két faktornak a hatására emelkedik meg. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy a férfi magasabb életkora és problémája együttesen meghatározza érzelmi

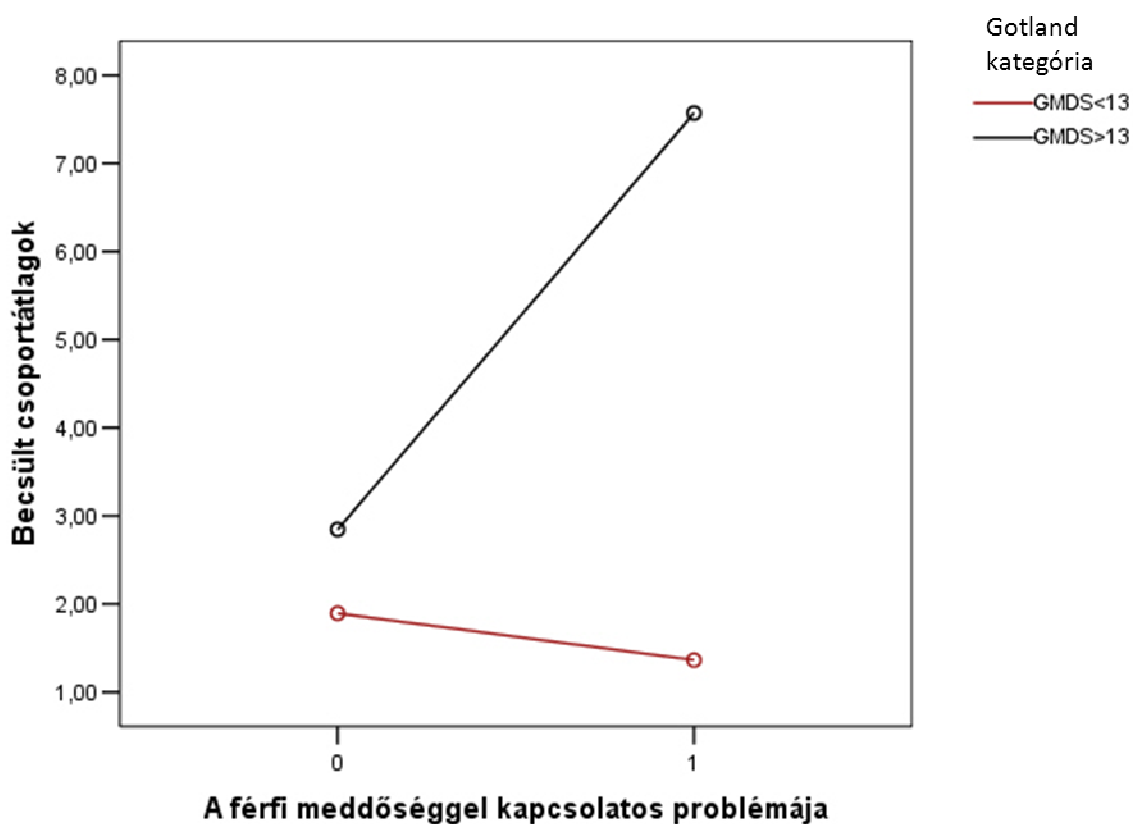
állapotát, növeli a depressziójának szintjét. A második és a harmadik hipotézis vizsgálata ezáltal összefonódott. Egy kérdés maradt még megválaszolatlanul: a hosszabb ideje fennálló meddőségi probléma vajon mutat-e összefüggést a pszichés jóllétet jellemző mutatókkal? A meddőség idejének hossza a reménytelenség érzésével mutatott szignifikáns kapcsolatot ( $r=0,26$ ,  $p=0,024$ ). Más változóval a meddőség ideje nem mutatott kapcsolatot: a depresszió egyik típusa, a reménytelenség, illetve a szorongás sem mutattak összefüggést a meddőség idejének hosszával. Továbbá a férfi saját életkora nem mutatott kapcsolatot a többi vizsgált változókkal.

Vizsgálatunk jelen dolgozatban ismertetésre kerülő elemzéseinek egy fontos célkitűzése, hogy a reménytelenség érzés növekedésével összefüggésbe hozható változókra fényt derítsen.

Feltételezésünk volt, hogy a férfi típusú depressziós tünetek megjelenése szoros összefüggésben állhat a reménytelenség érzésének megjelenésével. Az elemzés során a Gotland skála vágóértéke alapján felállítható kategóriákkal dolgoztunk, és így a férfi depressziós tüneteket mutató (valószínűsíthető a depresszió fennállása) és férfi depressziós tünetekkel jelentős mértékben nem jellemezhető csoportokat különítettünk el. A reménytelenség érzés és a férfi depressziós tünetek együttes fennállása különösen veszélyeztetett csoportra hívja fel a figyelmet. Ezen túl, mivel a férfi saját meddőségi problémája meghatározó faktornak mutatkozik a pszichés változók tekintetében, a változót bevontuk elemzésünk ezen szakaszába. A két említett faktor együttes hatását vizsgálva azt találjuk, hogy interakció mellett, mindkettőnek szignifikáns főhatása mutatkozik a reménytelenségre nézve (19. ábra): [ $F_{\text{probléma}}(1;97)=54$ ,  $p=0,001$ ;  $F_{\text{GMDS}}(1;97)=33,39$ ,  $p<0,001$ ; és az interakció is szignifikáns:  $F_{\text{probléma} \times \text{GMDS}}(1;97)=17,99$ ,  $p<0,001$ ]

19. ábra

A férfi depressziós tünetek, és a saját meddőségi probléma szerepe a reménytelenség érzés fokozódásában



Második és harmadik hipotézisünk eredményeit tekintve szintén azt mondhatjuk el, hogy részben igazolódtak feltevéseink. A BDI, GMSD és azon belül is az externalizáló tünetek vonatkozásában megfigyelhető szignifikáns összefüggések felhívják a figyelmet arra, hogy a férfi meddőségi problémája, és magasabb életkora együttesen veszélyt jelent a depressziós tünetek megjelenésére nézve. A hosszabb ideje fennálló meddőség pedig a reménytelenség érzésének növekedésével hozható összefüggésbe. A reménytelenség érzését továbbá a férfi depressziós tünetek megjelenése és a meddőségi probléma fennállása együttesen határozza meg, mely kiemelten felhívja a figyelmet arra, hogy a férfi problémájának és a férfi depressziós tüneteknek az együttes fennállása a reménytelenség olyan mértékű megemelkedését tudja eredményezni, mely a szuicid veszély kérdését is felveti.

### 10.3. A férfiak pszichés jóllét mutatói a párjával közös illetve saját gyermekek függvényében

Megvizsgáltuk, hogy a férfi pszichés mutatói miként változnak az alábbi esetekben:

1. Ha a párnak már van (illetve nincs) közös gyermeke
2. Ha a férfinak már van gyermeke (illetve nincs) előző párkapcsolatából

Az összefüggéseket Mann-Whitney próbával ellenőriztük.

1. A két csoportot megvizsgálva az eredmények azt mutatják, hogy amennyiben a párnak még nincsen közös gyermeke, a pár férfi tagja szignifikánsan több férfi depressziós tünett (GMDS) jellemezhető ( $U=270$ ,  $p=0,045$ ), mint azoknak a pároknak a férfi tagjai, ahol a pár már nevel közös gyermeket. A férfi depressziós tüneteket megvizsgálva az externalizáló tünetek tekintetében mutatkozik szignifikáns eltérés a két csoport között ( $U=230$ ,  $p=0,012$ ). Megfigyeléseink alapján elmondhatjuk, hogy azok a férfiak, akiknek még nincs közös gyermekük párjukkal, és meddőségi problémával néznek szembe, szignifikánsan több dühöt, irritabilitást, nyugtalanságot élnek meg. A csoportok mediánjait a független változó tekintetében a 9. táblázatban mutatjuk be.

9. táblázat

A GMDS és az externalizáló tünetek alsókála mediánjai a közös gyermek függvényében

		<b>GMDS</b>	<b>GMDS externalizáló tünetek</b>
<b>közös gyermek</b>	nincs	6	2
	van	2	0

2. Nem mutatkozott szignifikáns különbség a pszichés problémák mutatói tekintetében a férfiak azon csoportja között, akiknek már van gyerekük, illetve akiknek nincs gyerekük előző párkapcsolatukból.

#### 10.4. A nők és a férfiak pszichés jellemzőinek összefüggései

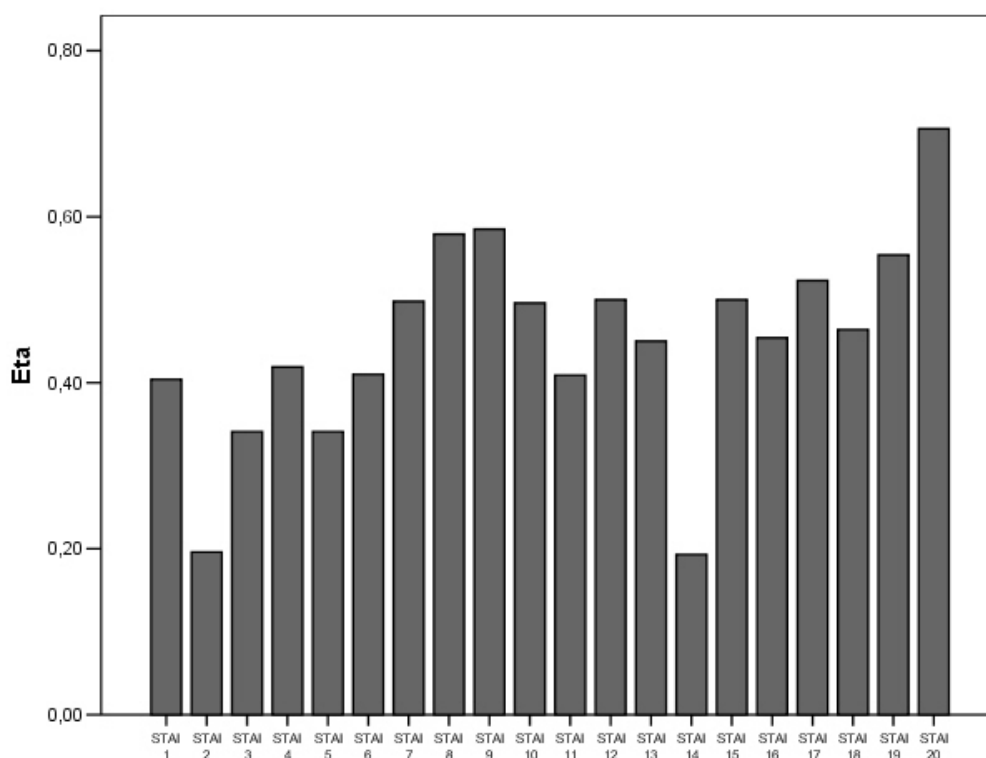
A továbbiakban a nők és a férfiak mentális állapotának összefüggéseit vizsgáltuk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a férfiak és a nők mentális állapota milyen összefüggésben áll egymással a meddőségi problémát megelő párok esetében.

Vizsgáltuk a nők szorongás, depresszió és reménytelenség szintjének, és a férfi szorongás, depresszió (klasszifikációs rendszer alapú tünetek és férfi depressziós tünetek) és reménytelenség szintjének összefüggéseit.

Ennek érdekében első lépésként a nők STAI pontszámát kategorikus változóvá alakítottuk. Kétlépéses klaszter analízissel a nők magasabb és alacsonyabb szorongás szinttel jellemezhető csoportját alakítottuk ki. Az első klaszter a nők 49%-át foglalja magában, ezt a magasabb szorongás szinttel ( $M=51,19$ ;  $SD=5,29$ ) jellemezhető csoportnak nevezzük. A második klaszter a nők csoportjának 51%-át teszi ki, őket jelöljük alacsonyabb szorongás szinttel ( $M=36,32$   $SD=5,23$ ). Hasonlóan az első vizsgálatunkban alkalmazott eszközhöz, az egyes itemeknek a klaszterek kialakításában játszott szerepét, súlyát az  $\eta$  értékekkel jellemezzük (20. ábra).

20. ábra

A  $STAI_{nő}$  itemeinek eta értékei



A klaszterképzés folyamatában hangsúlyosan jelen lévő itemek a következők voltak: 8. ( $\eta=0,579$ ); 9. ( $\eta=0,585$ ); 12. ( $\eta=0,500$ ); 15. ( $\eta=0,500$ ); 17. ( $\eta=0,523$ ); 19. ( $\eta=0,554$ ); 20. ( $\eta=0,706$ ). Hogyan jellemezhetjük ezek alapján a klasztereinket? Az első klaszterbe tartozó nők jellemzően kevesebb önbizalommal rendelkeznek, elégedetlenek, csüggedtek, megoldatlan problémáikon nem tudnak úrrá lenni, nem érzik magukat kiegyensúlyozottnak, feszültséggel tölti el őket, ha az utóbbi idők gondjaira gondolnak. A második klaszterbe sorolt nők mindezekből szignifikánsan kevesebbet mutatnak.

Lássuk, hogyan függ össze a nők STAI pontszáma a férfiak pszichés állapotát jellemző mutatókkal. Két változónk estében kaptunk szignifikáns eredményt, méghozzá a szorongás pontszámánál ( $U=848,5$ ;  $p=0,037$ ) és az externalizáló tünetek ( $U=896$ ;  $p=0,056$ ) tekintetében. A magasabb szorongással jellemezhető nők esetében a férfiak szorongása szignifikánsan magasabbnak mutatkozik, illetve a magasabb szorongással jellemezhető nők párijai szignifikánsan magasabb szintű agressziót, irritabilitást, feszültséget és nyugtalanságot élnek meg. A szignifikáns eredményeink esetében közöljük a csoportok mediánjait (10. táblázat).

10. táblázat

A GMDS externalizáló alskála és a STAI<sub>férfi</sub> összpontszám mediánjai a nők szorongás klaszterei alapján

		<b>GMDS externalizáló tünetek</b>	<b>STAI<sub>férfi</sub></b>
<b>STAI<sub>nő</sub></b>	alacsony	2	34
	magas	3	38

A nő depresszió szintjének tekintetében egy változónk esetében sem kapunk szignifikáns eredményt. Sem a férfi depresszió pontszámai, szorongása, sem a reménytelenség tekintetében (vagyis rendre: BDI, GMDS: externalizáló, típusos depressziós tünetek, STAI, BHS pontszámok). Vizsgáltuk a lineáris kapcsolatot a változók között, illetve a BDI<sub>nő</sub>>10 illetve BDI<sub>nő</sub><10 feltétel mellett sem figyelhető meg különbség a férfiak pszichés mutatói tekintetében.

#### 10.4.1. Az externalizáló tünetek megjelenését befolyásoló tényezők

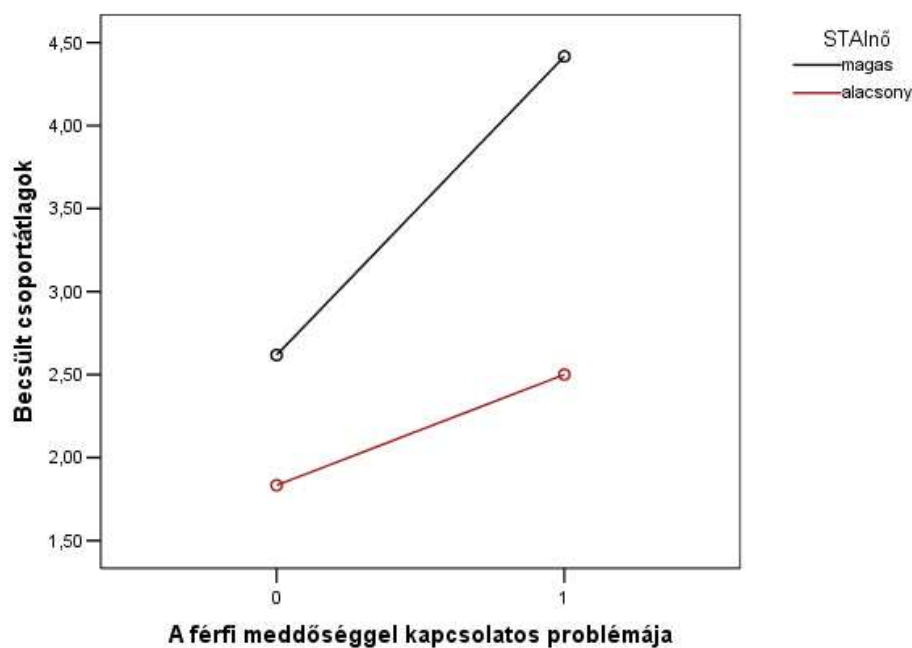
A 10.2. pont eredményei között láthattuk, hogy a férfi életkorának és saját meddőségi problémájának szignifikáns főhatása mutatkozik az externalizáló tünetek megjelenésének tekintetében. A továbbiakban azokat a faktorokat vesszük sorra, melyek szintén a férfiak externalizáló tüneteinek magasabb szintű kifejeződését eredményezhetik.

A férfi problémájának hatását tovább vizsgálva, és a szempontok közé beemelve a nők pszichés mutatóit, a nő szorongás mutatójának és a férfi saját meddőségi problémájának mutatkozik szignifikáns főhatása az externalizáló tünetek megjelenésében (21. ábra):

$[F_{\text{STAI}_n\ddot{o}}(1;94)=4,68, p=0,033]$  és  $[F_{\text{probl\acute{e}ma}}(1;94)=3,9, p=0,051]$ .

21. ábra

A nő szorongásának és a férfi saját meddőségi problémájának összefüggései

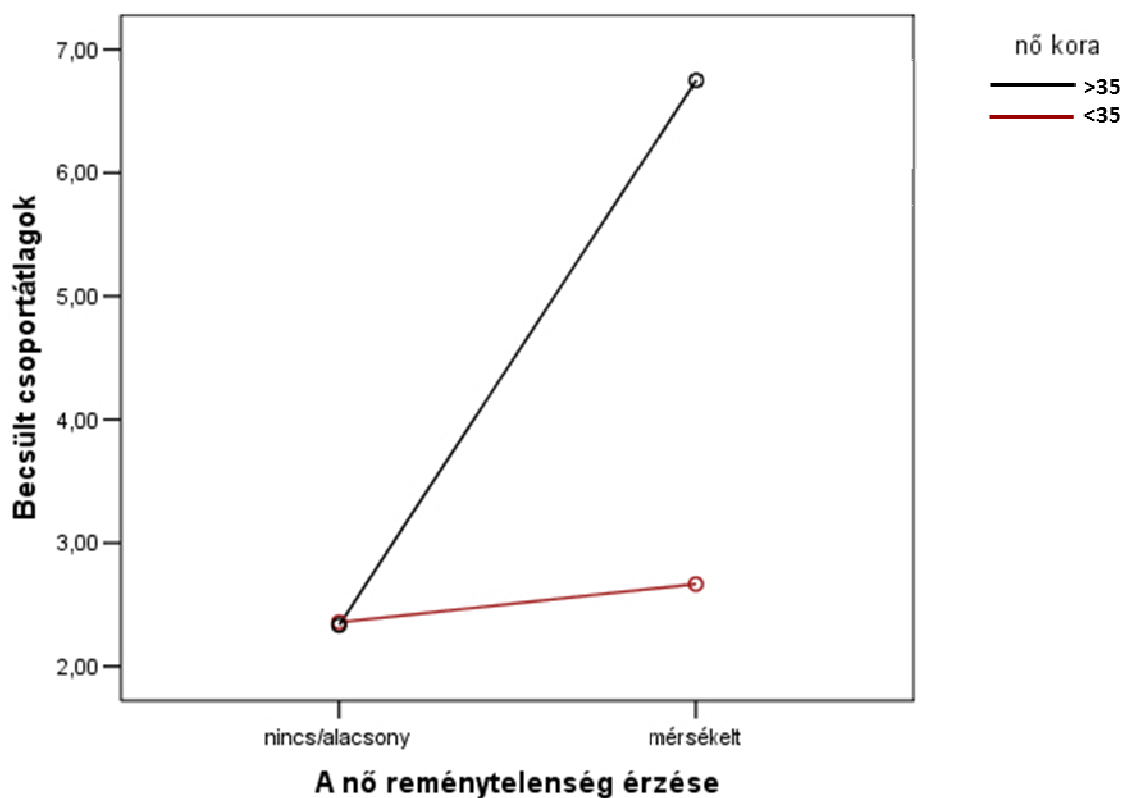


A nők két csoportját alakítottuk ki életkor tekintetében: 35 év alatti és 35 év feletti nők csoportját. Reménytelenség tekintetében szintén két csoportot alakítottunk ki, a BHS skála kritériumai alapján: 0-3-ig terjedő pontszám esetében nem jellemezhető a személy reménytelenséggel, 4-8-ig terjedő pontszám esetén a reménytelenség szintje magasabb, mérsékelt reménytelenségről beszélhetünk (2 vizsgálati személy esetében találkoztunk 9

feletti pontszámmal, akiket végül a mérsékelt reménytelenséggel rendelkező csoportba soroltunk be). Kétváltozós varianciaanalízissel vizsgáltuk a nő életkorának és reménytelenség érzésének hatását a partner externalizáló tünetei tekintetében. Mindkét változónak szignifikáns főhatása mutatkozik az externalizáló tünetek megjelenésére nézve: [ $F_{\text{nő\_kora}}(1;87)=7,99, p=0,006$ ]; [ $F_{\text{nő\_reménytelenség}}(1;87)=10,83, p=0,001$ ] a két változó interakciója [ $F_{\text{korxnő\_reménytelenség}}(1;87)=8,18, p=0,005$ ] eredményezi az externalizáló tünetek magasabb szintű megjelenését.

22. ábra

A nő életkorának és reménytelenség érzésének hatása a férfi externalizáló tüneteinek megjelenésére



## 11. A második vizsgálat összefoglalása

Eredményeink a férfiak és a nők depressziójának és szorongásának különbségeit vizsgálva egybe vágnak a nemzetközi szakirodalomban is közölt eredményekkel, miszerint a nők nagyobb fokú pszichés problémákat mutatnak meddőségi probléma megtapasztalása esetén, mint a férfiak (Peterson, 2007; Noorbala, 2008). Ugyanakkor arról is több tanulmány beszámol, hogy a férfiak számára is lehet kifejezetten megterhelő a meddőségi problémával együtt élni (Throsby és Gill, 2004).

A férfi saját meddőségi problémájának megtapasztalása az eredmények tekintetében úgy tűnik, hogy az egyik legmeghatározóbb faktora a pszichés jóllét mutatójának, méghozzá az életkorral összefüggésben: a férfi magasabb életkora és problémája együttesen növeli a depresszió szintjét. Amennyiben a férfi idősebb, és meddőségi problémát mutattak ki nála, nagyobb fokú agresszivitásról, irritabilitásról, nyugtalanságról és frusztrációs tolerancia szint csökkenésről számol be, és emellett a hagyományosnak mondható depressziós tünetek is jellemzőbbek lesznek. Thorn (2009) áttekintő tanulmányában kiemeli, hogy a férfiak meddősége, még napjainkban is nagyobb tabunak számít, mint a női infertilitás, a pszichés következményei éppen ezért számottevőek. Az életkor függvényében vizsgálva mindezt, tudjuk, hogy a társadalom által támasztott elvárás, a gyermekvállalással kapcsolatos életkori norma hatása, akkor igazán nagy, ha az a biológiai határok alatt húzódik (Paksi és Szalma, 2008). Amennyiben a kettő összekapcsolódik, a depresszió megjelenése tekintetében rizikófaktort jelenthet.

A nők és a férfiak különböző módon reagálnak reménytelennek tűnő helyzetekre (Rihmer és Rutz, 2000) éppen ezért a férfi meddőség és a férfi depressziós tünetek együttes fennállásának hatását vizsgálni kézenfekvő. Mivel az a reménytelenség érzésének emelkedését eredményezi, fel kell hívnunk a figyelmet a depresszió mélyülésének veszélyére, és a szuicid veszélyeztetettségre ebben az esetben, melyet arra alapozhatunk, hogy a depresszió és a reménytelenség együtt járása rizikó faktornak tekinthető, különösen, ha az férfi depressziós tünetekkel társul (Rihmer és Rutz, 2000).

Greil (1997) a meddőséggel kapcsolatos vizsgálatok egyik metodológiai hiányosságaként említi, hogy nagyobb figyelmet fordítanak a meddő párok női tagjainak vizsgálatára, mint a páron belül értelmezhető folyamatok tanulmányozására. A férfit a meddőségi problémát megtapasztaló párok vonatkozásában csupán mint a nőt támogató partnert emelik ki a vizsgálatok (Greil, Slauson-Blevins és McQuillan, 2010). Kutatásunkban kiemelt szerepet kaptak a férfiak, melynek során fény derült arra, hogy a kevesebb önbizalommal rendelkező, elégedetlenebb, nem kiegyensúlyozott (mintánkban: magasán szorongó) nők párjai magasabb

szorongást élnek meg, és több externalizáló tünettől jellemezhetőek. Az externalizáló tünetek megjelenése továbbá összefüggésben áll a férfi meddőségi problémájával és a nő magasabb szorongásával. Továbbá a nő magasabb életkora, és reménytelenség érzése együttesen szignifikánsan növeli a férfi externalizáló tüneteinek megjelenését.

Jelen vizsgálat limitációit is ismertetnünk kell. Nem történt meg a pár szintjén a meddőségi probléma pontos besorolása, melynek során fény derülhetett volna arra, hogy csak a férfi, a pár mindkét tagja, vagy csak a nő érintett-e a meddőségi problémában, vagy, hogy organikus háttér nem mutatható ki. Ezek az adatok tovább árnyalhatták volna elemzésünket. Vizsgálatunk elsősorban a férfi pszichés mutatóit befolyásoló faktorokra koncentrált, mely némiképp a mérleg másik oldalára billenti az egyensúlyt, vagyis vizsgálatunkban megint csak alul reprezentált a párok érzelmi állapotára vonatkozó adat.

## IV. HARMADIK VIZSGÁLAT

### A MEGKÜZDÉS POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSE: A PROAKTÍV MEGKÜZDÉS KÉRDŐÍV HAZAI ADAPTÁCIÓJA

#### Témafelvetés

A proaktivitás napjaink egyik nagyon divatos és gyakran használt kifejezése. Az előrelátó gondolkodás, vagyis a tudatos és felelős gondolkodás szinonímája, amely a fejlődésünk fontos meghatározója lehet. Előre látás és előre cselekvés. A fogalomban benne van a kezdeményező képesség és a felelősségvállalás egyaránt.

Életünk több területén találkozunk a kifejezéssel: a munka világában például az egyik leginkább elvárt beállítódást és az ahhoz tartozó elvárt viselkedésmódot jelöli. A pszichológia tudományában leggyakrabban az egészségpszichológia és munkapszichológia területén találkozhatunk vele.

A disszertáció első vizsgálatában a megküzdés mérésének eszköze a Magyarországon eddig még nem alkalmazott kérdőív, melynek elméleti alapjai a proaktív megküzdés koncepciójához kötődnek. A Proaktív Megküzdés Kérdőív hazai adaptációja a doktori tanulmányaim fontos részét képezi. A Greenglass (1999) által kidolgozott kérdőív, a *Proactive Coping Inventory (PCI)* magyar nyelvre való átültetését, és hazai mintán történő validálását elvégeztük.

Reményeink szerint a kérdőív hozzájárul a megküzdés kutatásának fejlődéséhez, és további értékes támpontokat szolgáltat mind az elmélet, mind a gyakorlat számára. Jelen vizsgálat célkitűzése egy hazánkban eddig még nem alkalmazott, ugyanakkor már közel 20 nyelvre lefordított, nemzetközi vizsgálatokban a megküzdést pozitív pszichológiai szemléletmódon keresztül megragadó, széleskörűen használt mérőeszköz adaptálása. A fejezet célja, hogy bemutassa a Proaktív Megküzdés Kérdőív adaptációs folyamatát, és hogy részletesen ismertesse a kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzőit.

## 12. A harmadik vizsgálat elméleti háttere: proaktív megküzdés

### 12.1. A pozitív pszichológia és a megküzdés fogalma

A pozitív pszichológiai irányzat térnyerésével az alapvető szemléletmód, melyben a negatívumok és a pszichopatológia oldaláról közelítjük meg a vizsgálatunk tárgyává tett jelenséget, alapvetően megváltozik. A pozitív pszichológia szakít a régi hagyományokkal, és az egyén erősségeinek, képességeinek és erényeinek tanulmányozását tűzi ki célul, melyen keresztül a személyes fejlődés biztosítható. A 20. század végén megjelenő és egyre inkább elterjedő pozitív pszichológiai irányzat fogalmi kerete lehetőséget biztosít arra, hogy tudjunk beszélni a pozitív életminőség eléréséről és fenntartásáról, illetve a pszichopatológiák megelőzéséről (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000). Az egyén erősségeiről való gondolkodás a megküzdés kutatások fejlődésében is megmutatkozott (Lopez, Snyder és Rasmussen, 2003).

Az elmúlt évtizedek pszichológiai kutatásiban kitüntetett szerepet kapott a megküzdés témaköre, a stresszel való megküzdés vizsgálata. Az egészségpszichológiai vizsgálatokban a coping nemcsak, hogy központi fogalommá vált, hanem egyre komplexebb fogalommá nőtte ki magát; a megküzdésnek számos definíciója és osztályozási szempontja mentén fogalmazódtak meg a kutatási kérdések (Schwarzer és Schwarzer, 1996).

A hagyományosan használt osztályozási szempontok elkülönítik az adaptív és az inadaptív megküzdési módokat, az alapján, hogy az adott cselekvés hozzájárul-e a probléma megoldásához, pozitív irányba mozdítja-e el a helyzet megváltozását. Egy másik lehetséges osztályozási mód, amikor azt vizsgáljuk, hogy az adott cselekvés aktívnek vagy passzívnek tekinthető-e a problémával való megküzdés folyamatában. Lazarus és Folkman (1984) alapvetően két típusáról beszél a copingnak: problémaközpontú és érzelempözpontú megküzdést különít el.

### 12.2. A megküzdés pozitív oldala: a proaktivitás

Ahogy arról már volt szó, a pozitív pszichológiai szemléletmód előtérbe kerülésének és elterjedésének eredményeképpen az elméletalkotók és a kutatók egyre nagyobb figyelmet és energiát fordítottak az egyének erősségeinek tanulmányozására, és ez megmutatkozott a megküzdés-elméletek fejlődésében is (Greenglass, 2002). A kutatások során a megküzdés pozitív oldalának és jellegzetességeinek kiemeléséhez, vizsgálatához a proaktív megküzdés konstruktuma elfogadott eszközzé vált. A proaktív coping egy többdimenziós megküzdési stratégia, melyre a nagyfokú jövőre irányultság jellemző. A proaktivitással jellemezhető

személy elővételezi a jövőben esetlegesen kialakuló stresszorokat, és előre cselekedve megakadályozza azokat. A stressz nagy részét tehát akkor kezeli a személy, amikor az még be sem következett (Greenglass, 2002).

### *12.2.1. A megküzdés hagyományos felfogása és a proaktív megküzdés*

Különbséget kell tennünk a hagyományos (pl. Folkman és Lazarus, 1980, 1985) és a pozitív pszichológiai szemléletet képviselő proaktív megküzdés között.

A kutatások, melyek a hagyományos coping felfogást veszik alapul, elsősorban azoknak a megküzdési stratégiáknak a vizsgálatára irányulnak, melyek az egyén distressz szintjét csökkentik, vagyis azokra a folyamatokra koncentrálnak melyeken keresztül az egyének a számukra megterhelő problémákkal, élethelyzetekkel megbirkóznak. A vizsgálatok, ha ki is emelik a sikeres megküzdéshez szükséges cselekvések, viselkedésmódok jellegzetességeit (lásd pl. Almássy, Szekanecz és Pék, 2010), ebben az esetben a megküzdéssel kapcsolatos alapfeltevés az, hogy az egyén számos megterheléssel találkozik az életben, amelyek szükségessé teszik a kockázatokkal, következményekkel való folyamatos szembenézést. Ez a folyamat tulajdonképpen kockázat menedzsment (*risk management*) (Schwarzer és Knoll, 2009; Greenglass, 2002; Greenglass és Fiksenbaum, 2009). A hagyományos megközelítés szerint az egyén a stresszel teli eseményt úgy értékeli, hogy az próbára teszi és igénybe veszi az erőforrásait, illetve veszélyezteti jóllétét (Schwarzer, 2001). Az alapfeltevés ebben az esetben az, hogy a megterhelő esemény már bekövetkezett. Vagyis a megküzdés ezen felfogása reaktívnak tekinthető, abban az értelemben, hogy az egyén olyan eseményre reagál, amely már megtörtént (Schwarzer és Taubert, 2002). Így az egyén törekvései csupán az ártalmak csökkentésére, a veszteségek, károk kompenzálására irányulnak, vagyis a múltira vonatkoznak (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum és Taubert, 1999; Abraham, Conner, Jones és O'Connor, 2008).

### *12.2.2. Proaktív megküzdés*

Amikor a pozitív pszichológiai értelemben vett megküzdésről beszélünk, akkor a proaktív coping fogalmával élhetünk (Schwarzer, 2000). Folkman és Moskowitz (2000) kiemeli, hogy a stresszel teli szituációra való reakciók vizsgálata mellett a kutatásoknak több figyelmet kell fordítani a megküzdés pozitív oldalának tanulmányozására. Továbbá a stresszorokkal való előzetes szembenézés beépítése a megküzdés modellekbe jelentős

fejlődést eredményezhet a terület kutatásaiban és az eredmények gyakorlati alkalmazásának terén (Folkman és Moskowitz, 2004)

A proaktív megküzdés a reaktívnak tekinthető hagyományos megküzdési felfogással szemben valami sokkal aktívabb és tervszerűbb fogalomként tűnik fel a megküzdéssel foglalkozó kutatásokban (Schwarzer és Taubert, 2002; Greenglass, 2002). A proaktív megküzdés magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek az általános erőforrások felépítésére irányulnak. Emellett a kihívást jelentő célok felé irányítja az egyén figyelmét, facilitáló tulajdonsága révén elősegítve a célok elérését és ezáltal a személyes növekedést. A proaktív megküzdés tehát cél menedzsmentnek tekinthető (*goal management*) (Greenglass, 2002).

Amennyiben a motivációs bázisára tekintünk a két coping megközelítésnek, láthatjuk, hogy a proaktív megküzdésre irányuló motiváció pozitívabb. Ez a motiváció pedig abból származik, hogy az egyén a különböző szituációkat, melyekkel találkozik ösztönzőnek, és kihívásokkal telinek észleli (Greenglass, 2002).

### 12.3. Elméleti keret a proaktív megküzdés értelmezéséhez

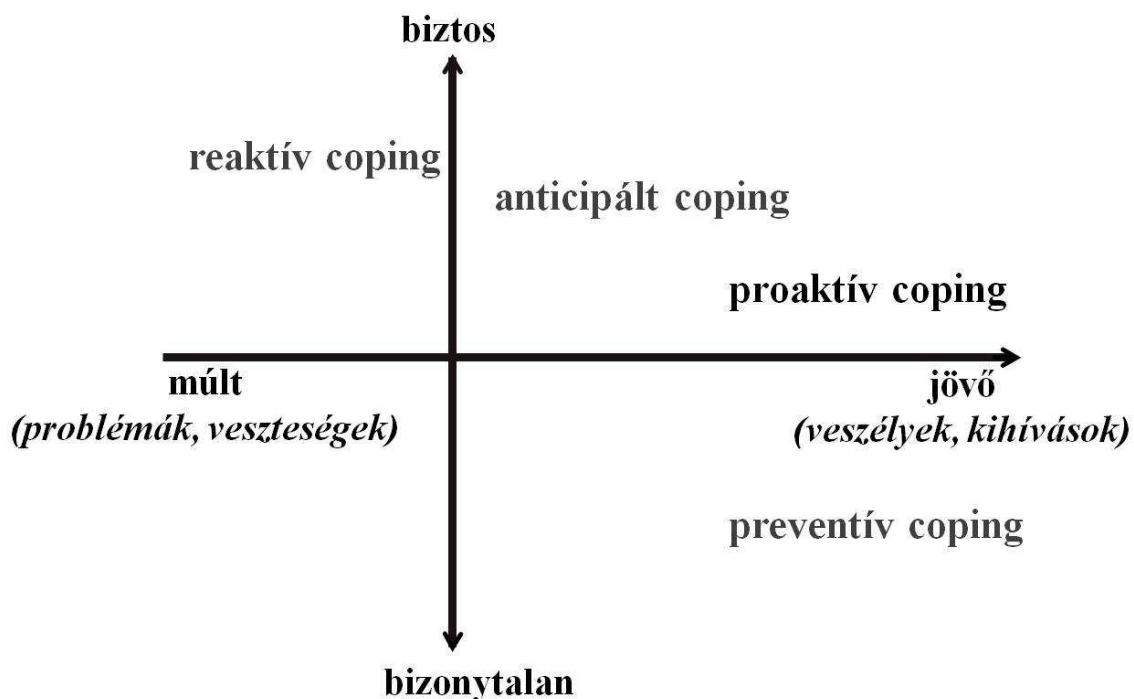
Schwarzer (2000, 2001) elméletében javasolta a megküzdés idői dimenzióin és bizonyossági szinten alapuló felosztását. A megküzdési stratégiák elkülönítésének alapja ily módon egyrészt az egyén arról való meggyőződése és tudása, hogy az adott esemény mekkora valószínűséggel fog bekövetkezni, másrészt az idői perspektíva, mely arra vonatkozóan hordoz információt, hogy az esemény mikor következik be. A megküzdés elméletekbe az idő és az esemény bekövetkezésének bizonyossági szintjének beemelése egyrészt árnyalhatja a megküzdés folyamatának, motivációjának, céljának a képét, másrészt ezzel egyfajta egyensúlyt alakíthat ki a megküzdés kutatásában, mely eddig jobbra a múltira irányult (Schwarzer és Luszczynska, 2008).

Az időtengelyt és a bizonyosságot alapul véve elkülöníthetünk négy, a korábbi megküzdési dimenziókat kiegészítő megküzdési formát: reaktív megküzdés, anticipált megküzdés, preventív megküzdés és proaktív megküzdés.

A dimenziókat a 23. ábra szemlélteti.

23. ábra

A megküzdési stratégiák idő és bizonyossági szint dimenziókon alapuló felosztása  
(Schwarzer, 2001, 404. oldal)



A *reaktív megküzdés* esetében az idői dimenzió a múlt vagy a jelen, az esemény már bekövetkezett, az egyén célja pedig a múltbéli veszteségek ellensúlyozása, céljainak újrászervezése. Ahhoz hogy a megküzdés sikeres legyen, az egyénnek hinnie kell, hogy saját képességei elősegítik a helyzet megoldását. Ugyanakkor a helyzet elfogadása, és az alkalmazkodás is egy lehetséges kimenetele lehet a megküzdés folyamatának (Schwarzer és Knoll, 2003, 2009; Schwarzer, 2001).

Az *anticipált megküzdés* lényege, hogy az esemény bár még nem következett be, de a közeljövőben be fog következni, és ezt az egyén tudja, vagyis a bizonyossági szint szintén magas ebben az esetben (Schwarzer és Knoll, 2003, 2009; Schwarzer, 2001).

A *preventív megküzdés* esetében az egyén nem biztos abban, hogy az adott esemény be fog következni, vagyis tulajdonképpen a jövő egy bizonytalan kockázatával számol (munkahely elvesztése, betegségek). A kritikus eseményre az egyén próbál felkészülni, próbál olyan általános erőforrásokat felépíteni, melyek

segítségére lesznek, hogy az adott esemény ártalmát vagy a bekövetkezésének valószínűségét csökkentsék.

A *proaktív megküzdés*ről már részben volt szó, amikor a hagyományos megküzdési modellekkal hasonlítottuk össze a pozitív pszichológiai megközelítéseket. Most a proaktív és a preventív megküzdés közötti különbség magyarázatára törekszünk. A megküzdésnek ezen két típusa tulajdonképpen hasonló viselkedésekben manifesztálódik. Felmerül a kérdés, hogy miben rejlik a kettő különbsége? A különbség az esemény értékelésében van. Míg a preventív megküzdés esetében a jövőbeli szituációt az egyén fenyegetőnek vagy negatívnak látja, addig a proaktív megküzdés esetében ezek az események kihívást jelentenek. Az egyén motivált arra, hogy különböző kihívásokkal szembesüljön, és birkózzon meg (Schwarzer és Taubert, 2002; Schwarzer és Luszczynska, 2008; Schwarzer és Knoll, 2009).

A proaktív megküzdés konceptuális keretét használó kutatások bizonyítéka szerint a vitalitás érzése és a proaktív megküzdés között szoros és pozitív kapcsolat van. Amennyiben az egyén a nehézségeket kihívásként értékeli, az pozitív hatással lesz vitalitására, az egyén életerősnek és boldognak érezheti magát (Greenglass, 2006).

A proaktív megküzdési stratégiák használata bizonyítottan együtt jár az étellel való elégedettség magas fokával, az alacsonyabb depresszió és szorongás szinttel, a magas általános jóllét mutatókkal és az optimizmussal (Uskul és Greenglass, 2005). A munkahelyi egészséggel foglalkozó kutatások pedig bizonyították, hogy a kiegészítő alacsonyabb foka jellemző azoknál, akik használják ezt a megküzdési stratégiát, illetve hatékonyabb munkavégzés jellemző rájuk (Greenglass, 2002).

Érdemes megemlítenünk, hogy a proaktív megküzdés koncepciójának elterjedése és ismertté válása maga után vonta az egymással versengő definíciók megjelenését. A két hasonló, de mint azt látni fogjuk, tulajdonképpen különböző fogalom egymással párhuzamosan támogatta a proaktív megküzdés bekerülését a kutatói köztudatba.

A proaktív megküzdés megnevezésével és koncepciójának ismertetésével elsőként Aspinwall és Taylor (1997) munkájában találkozunk. Tanulmányukban hangsúlyozzák a reaktivitás és a proaktivitás különbségeit. Értelmezésükben nagy szerephez jut az időbeliség, és kiemelik, hogy a proaktív megküzdés még azelőtt történik, hogy a kihívást jelentő esemény bekövetkezne. A probléma felismerése után az egyén lépéseket tesz annak érdekében, hogy elkerülje vagy megelőzze azt. Kiemelik, hogy a proaktív megküzdés a hagyományos megküzdésnél és az anticipált megküzdésnél korábban zajlik, éppen ezért esetében más

készségek és más viselkedésmódok lesznek hatásosak, eredményre vezetőek. Ez az előre mutató idői perspektíva új kutatási kérdéseket vetett fel, és segítségével az elméletalkotók túlléptek a reaktivitás hangsúlyú coping felfogáson. Hasonlóan a schwarzeri fogalomhoz ebben is benne foglaltatik a tervezés és a célélérés (Brannon és Feist, 2010).

Schwarzer (2001) elméletét ismerve azonban könnyen megállapíthatjuk, hogy amiről Aspinwall és munkatársai értekeznek (Aspinwall és Taylor, 1997; Aspinwall, 1997), tulajdonképpen a *preventív megküzdés*.

### 13. A Proaktív Megküzdés Kérdőív

A proaktív megküzdés kérdőív Schwarzer (2000) elmélete alapján került kidolgozásra. Greenglass és munkatársai 1999-ben publikálták az 55 ítemet tartalmazó kérdőívet. A kérdőív ítemei 7 alskálába sorolhatók, amelyek a megküzdés különböző aspektusaira adnak becslést; a kérdőív magában foglalja a proaktív copingot, a preventív copingot, a stratégiai tervezést, a reflektív copingot, az instrumentális és emocionális támaszkeresést, és az elkerülést. A kérdőív skálái közül a kutatási kérdéstől függően bármelyik felhasználható akár önállóan is. A kérdőív első alskáláját gyakran használják a proaktivitás önálló mérőeszközeként.

A kérdőív kitöltőjének 4 fokozatú skálán (*1. Egyáltalán nem igaz 2. Alig igaz 3. Valamennyire igaz 4. Teljesen igaz*) kell válaszait megjelölni a kérdőív egyes állításainak vonatkozásában. A mérőeszközben három fordított ítem található: a Proaktív megküzdés alskálájának 2., 9. és 14. tétele.

A kérdőív kitöltése körülbelül 15-20 percet vesz igénybe. A kérdőív egyes alskáláin elérhető minimum és maximum pontszámait a 11. táblázat tartalmazza.

11. táblázat

A PCI alskálákon elérhető pontszámok

Alskála	Pontszám
1. Proaktív megküzdés skála	14-56
2. Reflektív megküzdés skála	11-44
3. Stratégiai tervezés skála	10-40
4. Preventív megküzdés skála	3-12
5. Instrumentális támaszkeresés skála	8-32
6. Érzelmi támaszkeresés skála	5-20
7. Elkerülő megküzdés skála	4-16

A kérdőívhez vágóértéket, ami alapján a vizsgálati személyeket alacsony, illetve magas proaktivitású személyeknek nevezhetnénk, nem adnak meg a szerzők. Kutatási kérdéstől függően, a saját adatbázis függvényében, több módszerrel is be lehet sorolni a vizsgálati személyeket csoportokba (pl. klaszter analízis).

A kérdőív szerzői a hiányzó adatok vonatkozásában a következő iránymutatást nyújtják. A kérdőív alskáláit bizonyos számú hiányzó item mellett nem célszerű kiszámolni, és használni. Az erre vonatkozó szabályokat a 12. táblázat tartalmazza.

12. táblázat

A hiányzó adatok maximális száma

<b>Alskála</b>	<b>A hiányzó adatok száma</b>
1. Proaktív megküzdés skála	2 item
2. Reflektív megküzdés skála	1 item
3. Stratégiai tervezés skála	1 item
4. Preventív megküzdés skála	1 item
5. Instrumentális támaszkeresés skála	1 item
6. Érzelmi támaszkeresés skála	1 item
7. Elkerülő megküzdés skála	1 item

### 13.1. A kérdőív fordításának folyamata

A kérdőív végleges magyar változatának kidolgozása egy többlépcsős fordítási folyamat eredménye volt. A fordítás első lépéseként a kérdőívet három független fordító fordította le magyar nyelvre, majd a kérdőív egyeztetett, illetve véglegesített, konszenzusos alapon kialakított első verziójának az eredeti, angol nyelvre történő visszafordítása következett. A fordító a kérdőív eredeti, angol nyelvű változatát nem ismerte. A visszafordítást követően a nyelvi adaptáció érvényességének megítélése céljából a fordítást a kérdőív kidolgozója lektorálta. A fordítást a szerző az első alkalommal jóváhagyta, a kisebb átdolgozásra javasolt itemek, Esther R. Greenglass instrukciói mentén történő javítására ezután sor került.

A kérdőív végleges, magyar, 55 itemből álló változata a szerző honlapján 17 további fordítás mellett, elérhető (<http://www.psych.yorku.ca/greenglass/documents/THE-PROACTIVE-COPING-INVENTORY-Hungarian-version.pdf>). A kérdőív magyar változatát a 7. számú melléklet mutatja be.

## 14. A vizsgálat bemutatása

### 14.1. A vizsgálat célkitűzése és hipotézisei

A vizsgálat célja, hogy egy eddig Magyarországon nem használt kérdőív pszichometriai jellemzőiről beszámoljunk.

A kérdőív elméleti bevezetőben ismertetett jellegzetességei alapján a validálási folyamat során az alábbi hipotézisekkel élünk:

1. **Első hipotézis**ünk a kérdőív faktorstruktúrájának teszteléséhez kapcsolódik. Feltételezzük, hogy az eredeti, hét faktort magába foglaló struktúrára adataink megfelelő illeszkedést mutatnak.
2. **Második hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy a proaktív Megküzdés Kérdőív valid mérőeszköz a proaktivitás pozitív pszichológiai vonatkozásainak méréséhez. Feltételezzük, hogy az alskálákat megfelelő belső konzisztencia mutatók jellemzik.
3. **Harmadik hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy a kérdőív alskálái az elméletileg feltételezhető mértékben állnak egymással kapcsolatban. Alacsony illetve közepes kapcsolatot mutatva egymással (Greenglass, 2002).
4. **Negyedik hipotézis**ünkben feltételezzük, hogy a depresszió és a proaktivitás negatív összefüggést mutat egymással.

### 14.2. A vizsgálati személyek bemutatása

A vizsgálatban 452 személy, 357 nő és 87 férfi vett részt (8 fő nem adta meg nemét). A vizsgálati személyek átlagéletkora 22,84 év. A legfiatalabb válaszadó 18, a legidősebb 57 éves volt. A vizsgálati személyek felsőfokú tanulmányokat folytató egyetemi illetve főiskolai hallgatók voltak. A résztvevők toborzására három felsőfokú intézményből került sor: a

Debreceni Egyetem, a Nyíregyházi Főiskola és a Miskolci Egyetem, Comenius Tanítóképző Főiskolai Karának hallgatói töltötték ki kérdőívünket.

A kérdőívet kitöltőknek részletes írásbeli tájékoztatásban volt részük, és önkéntesen, a teljes anonimitás feltétele mellett töltötték ki a tesztsomagban található kérdőíveket. A kitöltési időt nem korlátoztuk.

A vizsgálati személyek demográfiai jellemzőit a 13. táblázat mutatja be részletesen.

13. táblázat

A vizsgálati személyek demográfiai adatai

A magyar minta		A minta jellemzői, nemekre lebontva					
		férfi		nő		nem válaszolt	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>A vizsgálati személyek</b>	<i>N</i> =452	87	19,2	357	79	8	1,8
<b>Életkora</b>							
átlag ( <i>M</i> )	25,84	29,45		24,96			
szórás ( <i>sd</i> )	8,972	10,404		8,368			
minimum	18	18		18			
maximum	57	57		57			
nem válaszolt	9	0		1		8	
<b>Oktatásban eltöltött idő (év)</b>							
átlag ( <i>M</i> )	15,61	17,48		15,16			
szórás ( <i>sd</i> )	3,11	3,90		2,711			
minimum	12	13		12			
maximum	34	34		28			
nem válaszolt	19	3		12		4	

#### 14.3. A vizsgálati eszközök bemutatása

A kutatás során használt tesztsomag első részében általános szociodemográfiai jellemzők felvételére került sor (életkor, nem, legmagasabb iskolai végzettség, oktatásban töltött évek száma, lakhely, családi állapot).

A Proaktív Megküzdés Kérdőív eredményeit a Beck Depresszió Kérdőív adataival vetettük össze. A Beck Depresszió Kérdőív a Második vizsgálat mérőeszközeinél ismertetésre került, ezért a mérőeszközre itt az ismétlés elkerülése érdekében csak utalást teszünk.

## 15. Eredmények

### 15.1. A PCI magyar változatának megerősítő faktorelemzése (CFA)

A mérőeszköz 55 tételét konfirmatív faktorelemzésnek (Confirmatory Factor Analysis- CFA) vetettük alá. A bemutatott eredményeink a kérdőív szerzői által prezentált, eredeti faktorstruktúra elemzésén alapulnak, vagyis az eredeti hét faktort tartalmazó modellt építettük fel az elemzés során (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum és Taubert, 1999). Az általunk tesztelt modellt a 24. ábra mutatja be.

A kérdőív faktorszerkezetének vizsgálata céljából Roesch és munkatársai 2009-es tanulmányukban a PCI faktorszerkezetét tesztelték. Eredményeik a kérdőív három, öt illetve hét faktoros változatának ellenőrzésére vonatkoznak, melyből a háromfaktoros modell fennállását erősítették meg, az eredeti hét faktorialtal szemben. Saját elemzésünkben ezt a kutatási eredményt is szem előtt tartva, az összehasonlíthatóságot biztosítva jártunk el.

Vizsgálatunkban az egyes itemeket az elméletileg feltételezhető latens faktorokhoz rendeltük hozzá. Az elemzés során Maximum Likelihood becslést alkalmaztunk, mivel adataink normál eloszlást mutattak. A normál eloszlás fennállását Kolmogorov- Smirnov próbával ellenőriztünk ( $Z=915$ ;  $p=0,372$ ).

Az elemzés első szakaszában az illeszkedési mutatókat megvizsgálva, kiemelten kezeltük az *RMSEA* és *SRMR* értékeket (a Roesch (2009) tanulmánnyal való összehasonlíthatóság szempontját kiemelve). Az illeszkedési kritériumok ezen mutatók esetében megfelelőnek bizonyultak, *RMSEA*=0,056 és *SRMR*=0,072 értékekkel. Az *RMSEA* esetében a 0,06-os, az *SRMR* esetében a 0,08-as elfogadható felső határértékeket vettük figyelembe (Schreiber, Stage, King, Nora és Barlow, 2006). A hagyományos illeszkedési mutató, a  $\chi^2$ -négyzet értéke szignifikáns ugyan ( $p<0,001$ ), és a  $\chi^2$ -négyzet ( $\chi^2=3434,739$ ) és a szabadsági fok ( $df=1409$ ) hányadosa a maximálisan elfogadható küszöbérték (3) alatti értéket vett fel ( $\chi^2 / df= 2,438$ ). Az elemzés ezen szakaszában azonban a vizsgált további illeszkedési kritériumok, a *CFI* (Comparative Fit Index) és a *TLI* (Tucker- Lewis Index) értéke elmaradt az elvárttól (*CFI*=0,768; *TLI*=0,747).

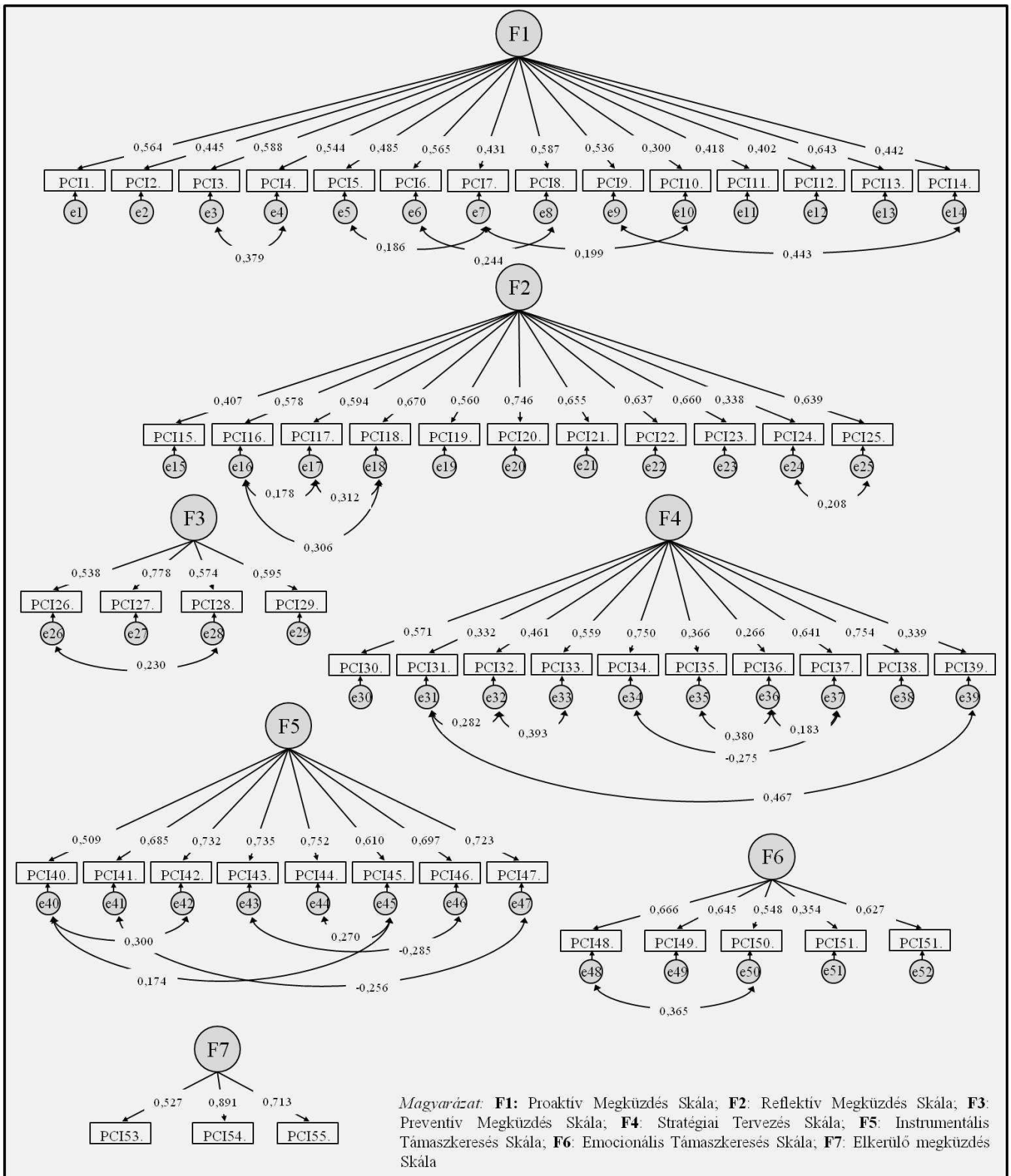
Az elemzés második szakaszában megvizsgáltuk, hogy a modell mely legkisebb változtatásaival tudjuk az illeszkedés javulását elérni. A modifikációs indexek alapján engedélyeztük egy faktoron belül azon hibatagok közötti kovarianciát, amelyek a  $\chi^2$  statisztika értékét 10-nél nagyobb értékkel csökkentik.

Immár elfogadtuk az elemzett struktúra eredményeit. Az adatok megfelelőnek bizonyulnak az elméleti modellben leírt, az eredeti, hét faktort tartalmazó struktúra igazolásához. A chí-négyzet értéke továbbra is szignifikáns maradt ( $p < 0,001$ ). A chí-négyzet ( $\chi^2 = 2593,133$ ) és a szabadsági fok ( $df = 1387$ ) hányadosának értéke viszont tovább javult:  $\chi^2 / df = 1,870$ . Hasonlóan történt ez a modellek gazdaságosságát is figyelembe vevő *RMSEA* és az *SRMR* esetében is. Az említett két mutató, melyek megfigyeléseink alapját képezték, a modell tökéletes illeszkedését mutatják (*RMSEA* = 0,045; *SRMR* = 0,0678). A *CFI* és a *TLI* értékei pedig megközelítették a jó illeszkedést alátámasztó 0,9-es határértéket, így ezeket is elfogadhatónak minősítettük (*CFI* = 0,855; *TLI* = 0,845) (Hu és Bentler, 1999; Hair, Black, Babin, Anderson és Tatham, 2006).

A faktorsúlyok a Proaktív megküzdés skála esetében (1. faktor) 0,300-tól 0,588-ig terjedtek, a Reflektív megküzdés skála esetében (2. faktor) 0,338-0,746-ig, a Preventív megküzdés skála esetében (3.faktor) 0,538-0,778-ig, a Stratégiai tervezés skálán (4.faktor) 0,266-0,750-ig, az Instrumentális megküzdés skálán (5. faktor) 0,509- 0,735-ig, az Emocionális megküzdés skálán (6.faktor) 0,354-0,666-ig az Elkerülő megküzdés skálán (7. faktor) 0,527- 0,891-ig terjedő faktorsúlyokat találtunk.

24. ábra

A Proaktív Megküzdés Kérdőív faktorstruktúrája



## 15.2. A mérőeszköz leíró statisztikai adatai és pszichometriai jellemzése

### 15.2.1. A mérőeszközt jellemző belső konzisztencia mutatók

Megvizsgálva a mérőeszköz megbízhatóságát láthatjuk, hogy a skálák tételeinek belső konzisztenciáját vizsgáló Cronbach-alfa mutatók mind a hét alskála esetében megfelelnek az általánosan alkalmazott minimálisan elfogadott 0,6-os és a jónak ítélt 0,7-es kritérium szintnek egyaránt.

A kérdőívet alkotó alskálák megbízhatósága kiváló. A reliabilitást mérő Cronbach-alfa értékek az egyes skálák esetében 0,71-től (Stratégiai tervezés skála) 0,86-ig (Instrumentális támaszkeresés skála) terjednek. A kérdőív alskálái és a kérdőív ezek alapján megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető a megküzdés pozitív szemléletű vizsgálatához. A PCI alskálák belső konzisztencia mutatóit a 14. táblázat mutatja be részletesen.

14. táblázat

A PCI alskálák Cronbach-alfa értékei

PCI alskálák	Kanadai minta Cronbach-alfa értékek $\alpha$	Magyar minta Cronbach-alfa értékek $\alpha$	Az alskálát alkotó itemek száma $N$
1. Proaktív megküzdés skála	0,85	0,82	14
2. Reflektív megküzdés skála	0,79	0,85	11
3. Stratégiai tervezés skála	0,71	0,71	4
4. Preventív megküzdés skála	0,83	0,80	10
5. Instrumentális támaszkeresés skála	0,85	0,86	8
6. Érzelmi támaszkeresés skála	0,73	0,78	5
7. Elkerülő megküzdés skála	0,61	0,73	3

### 15.2.2. Az alskálák jellemzése, és a nemi különbségek ismertetése

Az alskálák átlagát és szórás mutatóit a teljes mintán és a nemek tekintetében is elemeztük. A skálákat jellemző mutatókat (átlag, szórás) a 15. táblázat mutatja be.

A nők és a férfiak összehasonlításakor független mintás t-próbával elemeztük a nők és a férfiak közötti különbséget az egyes alskálákon elért eredményeik tükrében. Statisztikailag szignifikáns eltérést hat alskála esetében találtunk. A nők magasabb pontszámot értek el az Instrumentális támaszkeresés [ $t(442)=-2,452$ ,  $p=0,015$ ] és az Emocionális támaszkeresés alskála [ $t(442)=-4,342$ ,  $p<0,001$ ] tekintetében, vagyis a nők nagyobb mértékben keresnek érzelmi támaszt, keresik azoknak a személyeknek a társaságát, akik törődnek velük és gyakrabban próbálják meg megbeszélni problémáikat azokkal az emberekkel, akikben megbíznak; illetve gyakrabban néznek konkrét, és adekvát, speciálisan a probléma megoldására irányuló segítség után, a férfiakal összehasonlítva. Négy alskála esetében: Reflektív megküzdés skála:  $t(442)=2,736$ ,  $p=0,006$ ; Stratégiai tervezés skála:  $t(442)=2,571$ ,  $p=0,010$ ; Preventív megküzdés skála:  $t(442)=2,451$ ,  $p=0,015$ ; Elkerülő megküzdés skála:  $t(442)=2,429$ ,  $p=0,016$ , a férfiak értek el magasabb pontszámokat. A Proaktív megküzdés alskála esetében nem mutatkozott különbség a két nem között.

#### 15. táblázat

A PCI alskálák átlagai és szórásai (teljes mintán és nemek szerinti bontásban)

PCI alskálák	Teljes minta		Nő		Férfi	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
	(M)	(SD)	(M)	(SD)	(M)	(SD)
1. Proaktív megküzdés skála	3,063	0,428	3,058	0,429	3,081	0,438
2. Reflektív megküzdés skála	3,019	0,482	2,986	0,490	3,043	0,434
3. Stratégiai tervezés skála	2,601	0,630	2,565	0,633	2,755	0,562
4. Preventív megküzdés skála	2,879	0,489	2,849	0,488	2,992	0,473
5. Instrumentális támaszkeresés skála	3,040	0,569	3,071	0,567	2,905	0,556
6. Érzelmi támaszkeresés skála	3,090	0,621	3,151	0,602	2,834	0,641
7. Elkerülő megküzdés skála	2,429	0,783	2,386	0,786	2,613	0,752

#### 15.2.3. Az egyes alskálák és az azokhoz tartozó itemek részletes jellemzése

A Proaktív megküzdés alskála 14 iteme, mint ahogy azt az előzőekben láttuk, magas belső konzisztenciával jellemezhető ( $\alpha = 0,82$ ). A skálához tartozó itemek megfelelő item-totál korrelációt mutatnak, értékük 0,194-től 0,563-ig terjed.

A kérdőív egy iteme, a 10. tétel: „Ha megpályázok egy állást, elképzelem magam, ahogy betöltöm azt” alacsony item totál korrelációt mutatott, 0,194-et. A 0,3 alatti értékek azt

mutatják, hogy az adott item nem korrelál megfelelő mértékben a skála többi tételével, és ezért annak kizárása javasolt lehet. Mivel az item kizárása nem hozott jelentős változást, és javulást sem a Cronbach's alpha mutatókban, ezért nem zártuk ki azt.

A Proaktív megküzdés skála önszabályozáson alapuló folyamatokat foglal magába, célvezérelt kogníciókkal és viselkedésekkel jellemezhető személyt ír le. Nem a veszély érzése készleten cselekvésre a személyt, hanem a céljainak elérése és a személyes fejlődése, növekedése (Greenglass, 2002). A Proaktív megküzdés skála részletes jellemzését a 16. táblázat mutatja be.

16. táblázat

A Proaktív megküzdés skála itemeinek részletes bemutatása

Proaktív Megküzdés Skála Itemei	Átlag (M)	Szórás (SD)	Item-totál korreláció
1. Olyan ember vagyok, aki a kezébe veszi a dolgok irányítását.	3,19	0,68	0,505
2. Próbálom hagyni, hogy a dolgok maguktól haladjanak.	2,80	0,81	0,379
3. Miután elértem egy célt, keresek egy másikat, ami nagyobb kihívást jelent számomra.	3,98	0,82	0,533
4. Szeretem a kihívásokat, és legyőzni a lehetetlent.	2,90	0,88	0,532
5. Látom magam előtt az álmaimat, és megpróbálom elérni azokat.	3,39	0,73	0,433
6. Számos akadály ellenére is, általában elérem, amit akarok.	3,14	0,67	0,503
7. Igyekszem pontosan meghatározni, hogy mire van szükségem a sikerhez.	3,22	0,70	0,372
8. Mindig megtalálom a módját az akadályok legyőzésének, igazán semmi nem állhat az utamba.	2,88	0,68	0,524
9. Gyakran sikertelennek látom magam, ezért nem remélek túl sokat.	3,01	0,93	0,519
10. Ha megpályázok egy állást, elképzelem magam, ahogy betöltöm azt.	3,20	0,84	0,194
11. A nehézségeket is tudom pozitív élményként értelmezni.	2,79	0,83	0,381
12. Ha valaki azt mondja, hogy nem vagyok képes valamire, akkor én azt feltétlenül megcsinálom.	2,98	0,84	0,383
13. Ha problémával szembesülök, megteszem a megoldására irányuló első lépéseket.	3,26	0,65	0,563
14. Amikor problémám van, gyakran úgy érzem, hogy csak vesztésként jöhetnek ki a helyzetből.	3,16	0,86	0,448

A *Reflektív megküzdés skála* 11 itemet tartalmaz. Kiváló belső konzisztenciával jellemezhető ( $\alpha = 0,85$ ). A totál item korrelációk értéke a skála minden tétele esetében eléri a 0,3-as határt: 0,304-0,662-ig terjednek.

A skála magában foglalja a brainstormingot, a problémák, és a problémák megoldásához szükséges erőforrások elemzését, és a cselekedetek hipotetikus tervezését. A megoldás több lehetséges alternatívájának szimulációját írja le (Greenglass, 2002). A skála részletes jellemzését a 17. táblázat mutatja be.

17. táblázat

A Reflektív megküzdés skála itemeinek részletes bemutatása

Reflektív Megküzdés Skála Itemei	Átlag (M)	Szórás (SD)	Item-totál korreláció
1. El tudom képzelni magamról, hogy nehéz problémákat is meg tudok oldani.	3,25	0,713	0,307
2. Ahelyett, hogy meggondolás nélkül cselekednék, több lehetséges módot gondolok ki a probléma megoldására.	3,17	0,728	0,567
3. Gondolatban számtalan forgatókönyvet áttekintek annak érdekében, hogy különböző lehetséges végkifejletekre fel legyek készülve.	3,07	0,807	0,587
4. Úgy küzdök meg egy problémával, hogy lehetséges megoldásmódokat gondolok ki.	3,15	0,725	0,646
5. Ha problémám van a munkatársaimmal, barátaimmal vagy a családommal, előre átgondolom, hogyan fogom ezt velük sikeresen megoldani.	3,12	0,743	0,509
6. Egy nehéz feladat megoldása előtt, átgondolom azokat a megoldásmódokat, melyek sikerhez vezetnek.	3,22	0,700	0,662
7. Csak azután cselekszem, hogy alaposan átgondoltam a problémát.	2,91	0,780	0,565
8. Mielőtt ténylegesen szembenéznék egy nehéz problémával, elképzelem, hogy megoldom azt.	2,96	0,801	0,571
9. Mindaddig vizsgálom különböző nézőpontokból a problémát, míg meg nem találok a megfelelő megoldást.	3,00	0,737	0,592
10. Amikor súlyos félreértésem adódik munkatársaimmal, barátaimmal, családtagjaimmal, előre begyakorlom, hogy hogyan fogom ezt velük megoldani.	2,48	0,912	0,304
11. Átgondolom minden lehetséges kimenetelét a problémának, mielőtt nekilátok a megoldásához.	2,90	0,771	0,587

A *Stratégiai tervezés alskála* ( $\alpha= 0,71$ ) egy négy tételből álló skála, mely a célorientált viselkedéshez szükséges cselekvési terv készítésének folyamataira koncentrál, amelyben átfogó, nagyobb feladatok vannak lebontva kezelhető komponensekre (Greenglass, 2002). A kérdőív itemei 0,444-től 0,556-ig terjedő item-totál korrelációval jellemezhetőek. A skála tételeinek részletes jellemzését a 18. táblázat mutatja be.

18. táblázat

A Stratégiai tervezés skála itemeinek részletes bemutatása

Stratégiai Tervezés Skála Itemei	Átlag (M)	Szórás (SD)	Item-totál korreláció
1. Gyakran megtalálom a módját, hogy a bonyolult problémákat kisebb, kezelhető részekre bontsam.	2,73	0,724	0,444
2. Tervet készítek és követem azt.	2,52	0,892	0,556
3. Kisebb részekre bontom a problémát, és egyszerre csak egyvel foglalkozom.	2,56	0,831	0,535
4. Listát készítek, és megpróbálok először a legfontosabb dolgokra összpontosítani.	2,60	0,973	0,483

A *Preventív megküzdés alskála* ( $\alpha= 0,80$ ) 10 iteme, a lehetséges stresszorok elkerülésével, megelőzésével, és a felkészülés elkezdésével foglalkozik, azelőtt, hogy ezek a stresszorok kialakulnának. A preventív megküzdés erőfeszítése a jövő egy lehetséges veszélye felé irányul, a tapasztalatok, a megelőzés hatékonyságának vagy tudás mérlegelésével. Az alskálát alkotó itemek item-totál korrelációja megfelelő, 0,340-0,582-ig terjednek. A skála részletes jellemzését a 19. táblázat mutatja be.

## 19. táblázat

## A Preventív megküzdés skála itemeinek részletes bemutatása

Preventív Megküzdés Skála Itemei	Átlag ( <i>M</i> )	Szórás ( <i>SD</i> )	Item- totál korreláció
1. Előre készülök a jövőbeli történésekre.	2,68	0,887	0,461
2. Ahelyett, hogy minden megkeresett filléremet elkölteném, szeretek spórolni a rosszabb napokra.	2,96	0,948	0,452
3. Felkészülök a kedvezőtlen eseményekre.	2,76	0,796	0,540
4. Mielőtt megtörténne a baj, én már jól fel vagyok készülve a következményeire.	2,37	0,731	0,548
5. Mielőtt cselekednék, a helyzet megváltoztatására stratégiai tervet készítek.	2,38	0,862	0,506
6. Szakmailag képezem magam, hogy elkerüljem a munkanélküliséget.	3,45	0,729	0,340
7. Biztos akarok lenni abban, hogy jól gondoskodtam a családomról ahhoz, hogy megvédjem őket a jövőbeni viszontagságokkal szemben.	3,45	0,698	0,350
8. Előre gondolkodom, hogy elkerüljem a veszélyes helyzeteket.	2,96	0,770	0,582
9. Megtervezem a stratégiákat, amelyekkel vélhetően a legjobb eredményt érem el.	2,82	0,775	0,561
10. Megpróbálok úgy gazdálkodni a pénzemmel, hogy idős koromra ne kelljen nélkülözni.	2,97	0,906	0,464

Az *Instrumentális támaszkeresés alskála* ( $\alpha = 0,86$ ) 8 tétele arra kérdez rá, hogy az egyén társas hálóját alkotó emberektől származó tanács, információ és visszajelzés megszerzésére milyen mértékben koncentrálnak és támaszkodnak, a stresszorok kezelése során.

A skála item-totál korrelációi kiválóak, 0,489-től 0,717-ig terjednek. A skála részletes jellemzését a 20. táblázat mutatja be.

## 20. táblázat

## Az Instrumentális támaszkeresés skála itemeinek részletes bemutatása

Instrumentális Támaszkeresés Skála Itemei	Átlag ( <i>M</i> )	Szórás ( <i>SD</i> )	Item-totál korreláció
1. A problémáim megoldásánál hasznosak lehetnek mások tanácsai.	3,13	0,739	0,489
2. Megpróbálok beszélni a feszültségeimről azért, hogy visszajelzést kapjak barátaimtól.	3,02	0,846	0,586
3. A másoktól kapott információ gyakran segített a problémáim megoldásában.	3,04	0,775	0,717
4. Általában megtalálom azokat, akik tudnak segíteni abban, hogy a saját megoldásaimat találjam meg a problémára.	3,09	0,781	0,646
5. Másokat is megkérdezek, hogy ők mit tennének a helyzetemben.	2,98	0,859	0,701
6. Hasznos lehet másokkal beszélgetni, mert más szemszögből világítják meg a problémát.	3,39	0,681	0,629
7. Mielőtt teljesen belebonyolódnék a problémába, felhívom egy barátomat, hogy beszéljünk róla.	2,71	0,916	0,564
8. Ha bajban vagyok, általában tudok valamilyen megoldást találni mások segítségével.	2,95	0,717	0,629

Az 5 tételes *Emocionális támaszkeresés alskála* ( $\alpha = 0,78$ ) az átmenetileg jelentkező érzelmi distressz szabályozására jellemző folyamatokra kérdez rá. Az érzelmek társaknak való feltárásának, empátias érzések kiváltásának és társaság keresésének jellegzetességeit szondázza kérdéseivel.

A 0,525-től 0,625-ig terjedő item-totál korreláció értékei igen jónak mondhatók. A skála részletes jellemzését a 21. táblázat mutatja be.

## 21. táblázat

## Az Emocionális Támazskeresés Skála itemeinek részletes bemutatása

Emocionális Támazskeresés Skála Itemei	Átlag ( <i>M</i> )	Szórás ( <i>SD</i> )	Item-totál korreláció
1. Ha rossz a kedvem, tudom, hogy kit hívhatok segítségül, hogy jobban érezzem magam.	3,34	0,801	0,625
2. Mások jelenléte segít nekem abban, hogy érezzem, törődnek velem.	3,30	0,760	0,533
3. Tudom, hogy kire számíthatok, amikor döntésre kerül a sor.	3,46	0,718	0,525
4. Ha rossz kedvem van, társaságot keresek, és elmondom valakinek.	2,82	0,964	0,606
5. Bizalmasan beavatom a többieket az érzéseimbe, hogy szoros kapcsolatokat építsek és tartsak fenn.	2,54	0,954	0,564

Az *Elkerülő megküzdés alszála* a kérdőív egyetlen alszála, mely a pozitív pszichológiai szemléletmódba nem illeszthető be. A probléma megoldásának halogatására tartalmaz itemeket. Belső konzisztencia mutatója jó, ( $\alpha = 0,73$ ), item-totál korrelációi 0,438-0,680-ig terjednek. A skála részletes jellemzését a 22. táblázat mutatja be.

## 22. táblázat

## Az Elkerülő Megküzdés Skála itemeinek részletes bemutatása

Elkerülő Megküzdés Skála Itemei	Átlag ( <i>M</i> )	Szórás ( <i>sd</i> )	Item-totál korreláció
1. Ha problémám van, szeretek rá aludni egyet.	2,72	0,980	0,438
2. Ha túl nehéznek találom egy problémát, félreteszem addig, míg nem vagyok kész arra, hogy foglalkozzak vele.	2,33	0,957	0,680
3. Ha van egy probléma, általában egy ideig halogatom a megoldását.	2,24	0,976	0,561

## 15.2.4. Az alszála közötti kapcsolatok elemzése

Ahogy az elméleti koncepcióból kiindulva várni lehetett, a Proaktív megküzdés skála pozitív korrelációt mutatott más alszálaikkal, nevezetesen: a Reflektív megküzdés skálával ( $r=0,495$ ,  $p<0,001$ ), a Stratégiai tervezés skálával ( $r=0,268$ ,  $p<0,001$ ), a Preventív megküzdés skálával ( $r=0,321$ ,  $p<0,001$ ), és az Emocionális támaszkérés skálával ( $r=0,147$ ,  $p=0,002$ ) (minden esetben Pearson-féle korrelációt használtunk).

A támaszkeresésre vonatkozó két skála közepesen korrelált egymással, ami szintén elvárt kapcsolat volt ( $r=0,560$ ,  $p<0,001$ ). A CFA eredményei korábban már bizonyították a két skála függetlenségét, különbözőségét.

Proaktív megküzdés skála negatív korrelációt mutatott az Elkerülő megküzdéssel ( $r=-0,132$ ,  $p=0,005$ ). Ez az eredmény alátámasztja azt az elképzelést, miszerint a proaktivitás egy aktív módja a megküzdésnek, míg az elkerülés annak egy passzív módját jelöli. A cél elérése a proaktivitás a problémahelyzettel való szembenézést feltételezi, míg az elkerülés a probléma halogatását is magába foglalja.

A Reflektív megküzdés skála közepes korrelációt mutatott a Stratégiai tervezés skálával ( $r=0,549$ ,  $p<0,001$ ) és a Preventív megküzdés skálával ( $r=0,593$ ,  $p<0,001$ ). A Stratégiai tervezés skála szintén közepes korrelációt mutatott a Preventív megküzdés skálával ( $r=0,560$ ,  $p<0,001$ ). Ahogy azt Greenglass (2002) írja, a reflektivitást egyértelműen a preventív megküzdés és a stratégiai tervezés részének kell tekintenünk. A tervezés és a prevenció kapcsolata szintén elvárt, mivel mindkettő magába foglalja a kognitív kiértékelést a jövő eshetőségeire való előzetes felkészülése érdekében.

A skálák közötti kapcsolatok megegyeznek az eredeti kérdőív validálási folyamatában kapott eredményekkel.

#### *15.2.5. A kérdőív külső validitása*

Annak érdekében, hogy a kérdőív külső validitását teszteljük, a Beck Depresszió Kérdőívet használtuk. Pearson korrelációval vizsgálva az alskálák és a depresszió közötti kapcsolatot, azok az elvárt irányt és az elvárt erősséget mutatják.

A két legfontosabb kapcsolatot kiemelve: a Proaktív megküzdés skála esetében negatív a kapcsolat ( $r= -0,439$ ,  $p<0,001$ ), az Elkerülő megküzdés skála esetében pedig pozitív ( $r=0,228$ ,  $p<0,001$ ). A BDI és a PCI alskálák közötti további kapcsolatokat a 23. táblázat mutatja be.

## 23. táblázat

### A BDI és a PCI alszkálái közötti kapcsolatok

PCI alszkálák	BDI
1. Proaktív megküzdés skála	-0,439**
2. Reflektív megküzdés skála	-0,175**
3. Stratégiai tervezés skála	-0,098*
4. Preventív megküzdés skála	-0,035
5. Instrumentális támaszkeresés skála	-0,070
6. Érzelmi támaszkeresés skála	-0,163**
7. Elkerülő megküzdés skála	0,228**

\*\*A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

\*A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

## 16. A harmadik vizsgálat összefoglalása

A megküzdés funkciója nem csak a stressz csökkentése lehet, hanem a növekedés fokozása, a jobb életminőség elérése is. Amennyiben a megküzdés a prevencióra, az erőforrások felépítésére, a célelérésre koncentrál, abban az esetben a megküzdés pozitív jellegű (Greenglass, 1999; Schwarzer, 2000, 2001).

Amennyiben az egyének azonosítani és mobilizálni tudják társas erőforrásaikat, úgy tudják növelni a megküzdés hatékonyságát.

A megküzdés vizsgálatához egy olyan megbízható mérőeszközt validáltunk (Almássy, Pék, Papp és Greenglass, 2014), melyet nemzetközi kutatásokban eredményesen alkalmaznak az egészségpszichológia és a munkapszichológia terén egyaránt; a munkahelyi adaptív stratégiák olyan viselkedésmódokat foglalnak magukban, melyek a problémamegoldás, fejlődés és az előmenetel irányába mutatnak, elkerülve a munkahelyi stressz negatív hatásait, így a kiégést is (Greenglass, 2002).

Célunk az volt, hogy teszteljük a kérdőív faktorstruktúráját, és pszichometriai jellemzőit, melyek eredménye alapján alkalmasnak tekintjük a kérdőívet hazai mintán történő felhasználásra.

A Proaktív Megküzdés Kérdőív faktorszerkezete az eredeti hét faktoros struktúrát követi, emellett a skálát alkotó alszkálák kiváló belső konzisztenciával rendelkeznek. Az item analízis során nem kellett kizárnunk a kérdőív egyetlen tételét sem, így az 55 állítást tartalmaz, hasonlóan az eredeti kérdőívhez (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum és

Taubert, 1999). Egyetlen item kizárása merült fel (10. item, Proaktív megküzdés alskála), viszont annak kizárásával nem javultak a skála mutatói, így az nem került törlésre.

A kérdőívet alkotó alskálák pozitív kapcsolatban állnak egymással, mely elvárt, mivel a proaktívan megküzdő személy olyan pszichológiai és szociális eszközök felhasználásán keresztül integrálja a proaktivitás magas fokának eléréséhez szükséges folyamatokat, melyek egymással szoros összefüggésben állnak, elválaszthatatlanok (Greenglass, 2002). A kérdőívnek egy alskálája van, amely az elvárásoknak megfelelően negatív kapcsolatot mutat a többivel, az pedig az Elkerülő megküzdés skála.

Nemi különbségek tekintetében is az elvárt irányú és mértékű összefüggéseket találtuk. A nők szignifikánsan több segítséget vesznek igénybe céljaik eléréséhez, legyen az konkrét tanács vagy információ, vagy akár érzelmi támaszkeresés. A nemi különbségek hátterében olyan folyamatokat feltételezhetünk, melyek azt mutatják, hogy a férfi nemmel nehezebben összeegyeztethető a segítségkérő viselkedés (Addis és Mahalik, 2003; Mansfield, Addis és Mahalik, 2003). A férfiak gyakrabban alkalmazzák az elkerülő megküzdés stratégiáját, ugyanakkor a reflektív megküzdés, stratégiai tervezés és a preventív megküzdés területén magasabb pontszámmal jellemezhetőek, mint a nők. A nőkkel összehasonlítva, a férfiak eredményesebben használják a megküzdés során a problémahelyzet megoldási alternatíváinak felsorakoztatását, számbavételét, az erőforrások racionális elemzését, a lehetőségek, és a hatékonyság elemzésének stratégiáját. Az előbb felsorakoztatott tények fontosak lehetnek az eredmények gyakorlatban történő felhasználásában is, melyre a disszertáció összefoglaló részében részletesebben kitérünk.

Összességében elmondhatjuk, hogy a Proaktív Megküzdés Kérdőív érvényes és megbízható kérdőívnek bizonyul (Almássy, Pék, Papp és Greenglass, 2014). Alkalmos mérőeszköz lehet olyan kutatások kivitelezésénél, és a gyakorlatban adódó probléma helyzetekben, melyben az egyének erősségeinek feltérképezése, a fejlesztés lehetőségének megtalálása lehetőségként merül fel.

## V. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS GYAKORLATI VONATKOZÁSOK

Vizsgálataink kérdésfeltevése alapvetően két probléma köré csoportosult. Az egyik megválaszolása arra irányult, hogy van-e létjogosultsága a férfiak depressziós tüneteit több szempont alapján vizsgálni a gyermekvállalás időszakában; a férfi depressziós tünetek megismerése és feltérképezése, illetve az azokkal igazoltan együtt járó dimenziók leírása fontos célkitűzésünk volt. Továbbá az is célunk volt, hogy bemutassunk egy pozitív pszichológiai szemléletet hordozó kérdőívet, annak magyar, adaptált változatát, validációs eredményeit. A férfi depressziós tünetek vizsgálata során eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy a férfiak agresszivitásának, dühének, és összességében véve externalizáló tüneteinek megismerése fontos lehet a családok egészségének megőrzése érdekében. Ez különösen azért kiemelendő, mert a férfiak és a nők mentális állapota között erős összefüggéseket mutattunk ki, hasonlóan más vizsgálatokhoz.

Hipotéziseink ellenőrzése során, és azok után, az egyes fejezetek összefoglaló részében ismertettük legfontosabb eredményeinket, azokat a nemzetközi szakirodalom által kínált eredményekkel összevetettük, értelmeztük. Ezért jelen összefoglalóban a három kutatásunk legfontosabb eredményeit soroljuk fel tézisszerűen, majd a vizsgálatok integrált bemutatására törekszünk. A jövő vizsgálatainak, illetve terápiás lehetőségeinek számára hasznosítható információk és összefüggések bemutatása is célunk.

Az első vizsgálatban kimutatott eredményeink bizonyítják, hogy a férfiak depressziójának vizsgálata a posztpartum időszakban releváns. Vizsgálatunk nemcsak a férfiak hangulatzavarainak vizsgálatára, és annak fontosságára kívánja felhívni a figyelmet, hanem arra is, hogy a depresszió két dimenzióban történő vizsgálata tovább érzékenyítheti a szűrési feltételeket, ezáltal több férfi tünete kerülhetnek felismerésre, így többen részesülhetnek megfelelő ellátásban.

A hagyományos férfias normákkal nehezen összeegyeztethető tünetek megjelenésének elmaradása várható egy olyan élethelyzet kapcsán, mely fokozott mértékben érinti a nemi szerepek kialakítását és a férfias viselkedésformák, jellemzők bővülését (az apaság szerepének elsajátítása). Az a tény viszont, hogy a férfiaknak is szembe kell nézni olyan problémákkal, mely az érzelmi életre negatív hatással lehet, szintén megerősíti a férfi depressziós tünetek vizsgálatának helyét a posztpartum időszakban. Különösen azért fontos ez, mert az egyén számára is énidegen lehet ezen tünetek megjelenése, és nem is emlékeztet a klasszikus depressziós állapotra. A férfiak esetében ugyanakkor nem csak a tünetek

megjelenésének különbözőségével kell számolnunk, hanem a segítségkérés elmaradásával is. Mivel a családok és az egyén szempontjából is igen fontos időszakról van szó, és egy kevés figyelmet kiérdemlő vizsgálati területről, így vizsgálatunk célja az általános figyelemfelkeltés is. Egy életciklus fókuszú prevencióban helyet kell, hogy kapjon a férfiak mentális állapotának megőrzése. Elméleti bevezetőnk egyik alap megállapításához kapcsolódva elmondhatjuk, hogy a depressziós tünetek előfordulásának nagy aránya bizonyítja, hogy az életciklus átmenetek vulnerabilitást jelentenek a pszichés zavarok kialakulására. Emellett Rutz idézett gondolata is igazoltnak tekinthető, miszerint a férfiak és a nők különböző módon reagálhatnak érzelmi témákkal kapcsolatban. A nők és a férfiak, vagyis az anyák és az apák mentális állapotában kimutatható összefüggések a családi egészségmegőrzés fontosságára hívják fel a figyelmet. Az agresszivitás megjelenésének bizonyítása pedig további kérdéseket vet fel. Külföldön egészségügyi, elsősorban pszichiátriai és pszichológiai kampányok hívják fel a figyelmet a téma fontosságára. Hazánkban is célszerű lehetne olyan fórumok létrehozása, ahol információt lehet kapni a szülés körüli időszakban az apákat érintő problémákról. Vizsgálatunk amellet érvel, hogy a tervezett további kutatásoknak ezen a területen elsődleges célnak kell tekinteni, hogy a prevenció és a felismerés, illetve a kezelés területén nyújtson tudományos, elméleti és gyakorlati szempontok alapján is értékelhető információt a szociális és egészségügyi ellátórendszerek részére, melyek számára a gyermekvállalás időszakában a férfiak sok esetben láthatatlanok maradnak. A férfiak esetében felhasználható, megfelelő kutatási eszközök, illetve a gyors és hatékony szűrést megalapozó mérőeszközök kidolgozása, és kipróbálása szintén az elsődleges célok között kell, hogy szerepeljen.

Annak ellenére, hogy meddőségi probléma megtapasztalása estében a nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan saját vizsgálatunkban is jellemző, hogy a férfiak kisebb mértékben mutatnak pszichés problémákat, nem elhanyagolható tüneteik megismerése. Bizonyítékok szólnak amellet is, hogy a meddőség a férfiak számára is egy rendkívül megterhelő esemény. A prevenció alapelveinek kidolgozásához fontos eredmény lehet, hogy a saját meddőségi problémát megtapasztaló férfiak különösen veszélyeztetettek a hangulatzavarok tüneteinek kialakulása szempontjából. A tünetek tekintetében a hagyományos férfi depressziós tünetek és az externalizáló tünetek megjelenése egyaránt jellemző volt. A reménytelenség érzésének és a depressziós tünetek megjelenésének, azon belül is az agresszivitás, impulzivitás, irritabilitás tüneteinek megjelenése veszélyeztetett vizsgálati csoportra hívja fel a figyelmet. Vizsgálatunkban azt a hiányt szeretttük volna pótolni a kutatások sorában, amelyben a férfit a meddőségi problémát megtapasztaló párok vonatkozásában, csupán mint a nőt támogató partnert említik. A férfiak tüneteinek felismerése éppúgy fontos lehet ebben a nehéz

élethelyzetben, mint a nők tüneteinek felismerése és kezelése. A meddőségi probléma leküzdése után ugyanis a párnak mint szülőknek kell együtt működni, és ahogy azt előző vizsgálatunk eredményei alapján kiemeltük, két egészséges szülő az alapja a gyermek egészséges fejlődésének.

A Proaktív Megküzdés Kérdőív adaptációs eredményei alapján valid és megbízható mérőeszköznek mutatkozik. A kutatások és a gyakorlati munka során való felhasználása lehetővé teszi, hogy a nehéz élethelyzetekre való felkészülésről, és az adott élethelyzetekhez való alkalmazkodásról az erősségek feltérképezésén, és pozitív szemléletmódon keresztül kapjunk információt.

Összességében elmondhatjuk, hogy bár a férfiak és a nők depressziós és szorongásos tüneteinek együtt járása már sokszor bizonyítást nyert a kutatások során, a férfiakra speciálisan jellemző externalizáló tünetekről, továbbá azon belül az agresszió vonatkozásában ismertetett eredményeink tovább árnyalhatják a képet az összefüggések tekintetében. A férfi típusú depressziós tünetek jellegzetességeinek megismerése segítheti nemcsak a felismerés és a kezelés hatékonyságának növelését, hanem értékes információt szolgáltat a prevenció területén is, melynek nemcsak az egyén szintjén, de a családi egészség megőrzés szintjén is fontos hozadéka lehetnek.

Az erősségek, és a hatékony megküzdési módok megtalálása pedig segítségére lehet a szakembereknek akár a terápiás folyamat tervezésében is.

## SUMMARY

### **DIFFICULTIES IN THE WAY OF BECOMING A PARENT: EXAMINATION OF MALE'S DEPRESSION RELATED TO A NORMATIVE AND A PARANORMATIVE CRISES**

Life cycle transitions are considered to be vulnerable factors for developing mental disorders. Most of the researches that focus on the childbearing period often concentrate on women and children. Significantly less attention is paid to men. Our research focuses on men: the aim of the investigations is to examine depression (especially male-type depression) of men experiencing a normative life crisis (childbirth) or a paranormative life crisis (facing infertility). We also present the Hungarian version of the Proactive Coping Inventory (PCI) which was used in the first research to determine strength of male subjects. Our examinations follow researches which emphasize that depressive symptoms of men and women should be measured in different ways. This approach has turned scientist's attention to the special features of depression in the case of men. According to this approach the examination of men's depression should be a two-step process. Evaluation of the symptoms according to the established criteria for major depressive disorder is warranted. In addition, they emphasize that masculine-specific symptoms of depression should also be measured.

In the first study the sample consists of 84 couples and an additional 13 men were examined whose partner did not participate. The participants must meet the requirement of having a 0-12 months old child. All subjects filled out self-report questionnaires: demographic questions and information about childbearing; depression of fathers was measured with Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Gotland Male Depression Scale (GMDS); Mother's depressive symptoms were assessed with EPDS. State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T), Vital Exhaustion Questionnaire and the PCI were used, and peer support was also measured. Men completed the Buss-Perry Aggression Questionnaire.

In the second study 101 couples facing with infertility were participated. In order to measure male's depressive symptoms, the GMDS were used with two subscales: typical depressive symptoms and externalized symptoms subscale. Beck Depression Inventory (BDI)

was also used. Anxiety was measured using the STAI-T, whereas the hopelessness was measured using the Beck Hopelessness Scale.

In the third study the Hungarian version of the PCI was applied to a sample of 452 College and University students. After filling out a demographic questionnaire, subjects completed PCI and the BDI.

To sum up the main findings of our researches we conclude that based on the first study: the incidence of paternal postpartum depression was 12.5%, while 15.5% of fathers met the criteria for male-type depression. Mothers presented more mental health problems than men. It was supported that paternal depression is linked to maternal depression. The incidence of paternal depression was 36.8% (measured with EPDS) and 31.6% (measured with GMDS) among men whose partners experienced postpartum depression. Reporting more intensive male type depression symptoms goes along with increased aggressiveness. The anxiety level of women is associated with higher level of male's aggression. The partners of those mothers who meet the criteria of postpartum depression show significantly higher level of physical aggression. Proactive individuals show lower level of depression and present lower level of anger.

According to the results of the second study, women display higher level of depression and anxiety level than men. Experiencing their own infertility problem is one of the most determining factors of the psychical well-being of men, and it corresponds with their age: the higher age and infertility problem together increase the level of depression. Older male subjects having their own infertility problems report higher level of aggression, irritability, restless and decreased frustration tolerance level. Male type depression together with the infertility problem experienced by males determines the appearance of hopelessness. Men whose partner shows higher anxiety levels can be described with higher anxiety levels too, and express significantly higher levels of externalizing symptoms. The appearance of externalizing symptoms are determined by the anxiety level of women and the men's own infertility problem.

Overall, the results of the third study are promising. The subscales of the PCI have good reliability and construct validity, moreover the results of the Confirmatory Factor Analyses verify that the seven-factor model represents the original factor structure of PCI in an appropriate way.

The dissertation aimed to provide information about the mental health of men examining the symptomatology of male's depression. This work would like to supply information regarding practical and theoretical guideline while working with men in the childbearing period. Assessing masculine specific symptoms of depression is relevant in this

life cycle. Although it is widely accepted that male and female symptoms often concordance with each other, our results can reveal more detailed information, namely in the case of the appearance of externalizing symptoms and aggression. The extended knowledge of male's specific depressive symptoms contributes not only to the recognition and the therapy but also provide information to the field of prevention.

## ÖSSZEFOGLALÁS

### NEHÉZSÉGEK A SZÜLŐVÉ VÁLÁS ÚTJÁN: A FÉRFIAK DEPRESSZIÓJÁNAK VIZSGÁLATA NORMATÍV ÉS PARANORMATÍV KRÍZIS MENTÉN

Az életciklus-átmenetek vulnerabilitást jelentenek a pszichés zavarok kialakulása szempontjából. A gyermekvállalást vizsgáló kutatások túlnyomó része a nőket és a gyerekeket helyezi érdeklődésének középpontjába. Kevesebb figyelem irányul a férfiakra. Vizsgálataink központi szereplői a férfiak: kutatásaink célja egy normatív krízis (gyermek születése) és egy paranormatív krízis (meddőségi probléma) mentén vizsgálni a depressziós tünetek kialakulását. Kutatásunk részeként bemutatjuk a Proaktív Megküzdés Kérdőív (PCI) magyar változatát, mely kérdőívet az első vizsgálatunkban alkalmaztunk a férfiak erősségeinek leírásához.

Az első vizsgálatban 84 pár adatait elemeztük, és további 13 férfi adatai szintén elemzésre kerültek. A mintába való bekerülésnek a feltétele az volt, hogy a család 0-12 hónapos gyermeket neveljen.

A vizsgálati személyek önkitöltős kérdőíveket töltöttek ki: demográfiai kérdéseket és a gyermekvállalásra vonatkozó kérdéseket válaszoltak meg; a férfiak depresszióját az Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőívvel (EPDS) és a Gotland Férfi Depresszió Kérdőívvel mértük (GMDS); míg a nők depresszióját az EPDS-sel mértük. A Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívet (STAI-T), a Vitális Kimerültség Skálát és a PCI-t használtuk, valamint mértük a társas támogatás mértékét. Ezen túl a férfiak kitöltötték a Buss-Perry Agresszió Kérdőívet.

A második vizsgálatban 101, meddőségi problémával küzdő pár vett részt. A férfi depressziós tünetek mérésére a GMDS-t használtuk. Jelen vizsgálatban a kérdőív két alskáláját különítettük el: a típusos depressziós tünetek alskálát és az externalizáló tünetek alskálát. A GMDS mellett a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) is használtuk. A szorongás mérésére a STAI-T szolgált; a reménytelenséget a Beck Reménytelenség Skálával mértük.

A harmadik vizsgálatban 452 egyetemi és főiskolai hallgatóval vettük fel a Proaktív Megküzdés Kérdőívet. Az általános szociodemográfiai jellemzőkre vonatkozó kérdések kitöltése után a PCI-t és a BDI-t töltötték ki a vizsgálati személyek.

A vizsgálatok legfontosabb eredményeinek összefoglalása: az első vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy posztpartum depressziós tünetek a férfiak 12,5%-a esetében,

férfi depressziós tünetek 15,5%-uk esetében figyelhető meg. Az anyák több pszichés problémát mutatnak, mint a férfiak. A férfiak és a nők posztpartum depressziója között összefüggés van: a férfiak 36,8%-a (EPDS skálán) illetve 31,6%-a (GMDS skálán) jellemezhető depressziós tünetekkel, amennyiben a partner depressziós. A férfi típusú depressziós tünetek intenzívebb kifejezése az agresszivitás növekedésével együtt jár. A nők szorongás szintje, és a férfiak agressziója összefügg. A posztpartum depressziót mutató anyák partnereinél a fizikai agresszió szintje lesz szignifikánsan magasabb. A magasabb proaktivitással jellemezhető személyek, kisebb mértékben mutatnak depressziós tüneteket, és dühöt.

Második vizsgálatunk eredményei: a nők nagyobb fokú pszichés problémákat mutatnak meddőségi probléma megtapasztalása esetén, mint a férfiak. A férfi saját meddőségi problémájának megtapasztalása az egyik legmeghatározóbb faktora a pszichés jóllét mutatójának, méghozzá az életkorral összefüggésben: a férfi magasabb életkora és saját meddőségi problémája együttesen növeli a depresszió szintjét. Ha a férfi idősebb, és meddőségi problémát mutattak ki nála, nagyobb fokú agresszivitásról, irritabilitásról, nyugtalanságról és frusztrációs tolerancia szint csökkenésről számol be. A férfi által megtapasztalt meddőségi probléma és a férfi típusú depresszió fennállása együttesen határozzák meg a reménytelenség megjelenését. A magasabb szorongás szintet mutató nők partnerei magasabb szorongást és magasabb szintű externalizáló tüneteket mutatnak. Az externalizáló tünetek megjelenését a nő szorongása és a férfi saját meddőségi problémája meghatározza.

A harmadik vizsgálat eredményei meggyőzőek. A PCI alskálái megbízhatóak, a szerkezeti validitás megfelelő. A megerősítő faktoranalízis eredményei igazolják a PCI eredeti hét faktoros modelljét.

A disszertáció azzal az elsődleges céllal született, hogy gyarapítsa a tudásunkat a férfiak mentális állapotáról, a depressziójuk tüneti jellegzetességeit vizsgálva. A dolgozat célja, hogy elméleti és gyakorlati támpontokat egyaránt szolgáltatson a gyermekvállalás időszakában lévő, fiatal felnőtt férfiakkal való munkához.

A férfi depressziós tünetek vizsgálata releváns ebben az életszakaszban. Bár a férfiak és a nők depressziós és szorongásos tüneteinek együtt járása már sokszor bizonyítást nyert a kutatások során, a férfiakra speciálisan jellemző externalizáló tünetekről, továbbá azon belül az agresszió vonatkozásában ismertetett eredményeink tovább árnyalhatják a képet az összefüggések tekintetében. A férfi típusú depressziós tünetek jellegzetességeinek megismerése segítheti nemcsak a felismerés és a kezelés hatékonyságának növelését, hanem értékes információt szolgáltat a prevenció területén is.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Abraham C, Conner M, Jones F, & O'Connor, D (2008). *Health Psychology. Topics in Applied Psychology*. London: Hodder Education.
- Adamson, P. C., Krupp, K., Freeman, A. H., Klausner, J. D., Reingold, A. L., & Madhivanan, P. (2011). Prevalence & correlates of primary infertility among young women in Mysore, India. *Indian Journal of Medical Research*. 134(4), 440–446.
- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 15(3), 153–168.
- Addis, M. E., & Cohane, G. H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1–15.
- Addis, M. E., & Mahalik J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*. 58(1), 5–14.
- Almássy Zs., Baksa N., Papp G., & Szemán-Nagy A. (közlésre elfogadva): Nemi különbségek vizsgálata a depressziós tünetegyüttesben az alexitímia mentén, különös tekintettel a férfi depresszióra. *Magyar Pszichológiai Szemle*
- Almássy Zs., Mohácsi B., & Szemán-Nagy A. (2014). Gyermekvállalás és mentális egészség a férfiak szemszögéből. In: Á Münnich (ed.): *Pszichológiai kutatások. Debreceni Egyetem Pszichológiai Doktori Program*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 39-49.
- Almássy Zs., Pék Gy., Papp G., & Greenglass, E. R. (2014). The Psychometric Properties of the Hungarian Version of the Proactive Coping Inventory: Reliability, Construct Validity and Factor Structure. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 14(1), 115-124.

- Almássy Zs., Szekanecz Z., & Pék Gy. (2010). A reumatoid arthritisben szenvedő betegek eredményes megküzdésében szerepet játszó tényezők vizsgálata. *Immunológiai Szemle*, 5, 9–13.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*. 89(6), 1603.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 99(1), 63.
- APA (2005). *A different depression* [online közlemény]. Letöltés helye: <http://www.apa.org/research/action/men.aspx> [Letöltés ideje: 2013. 07. 25.]
- Appels, A., & Mulder, P. (1988) Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal* 9(7), 758–764.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*. 169(1), 36–41.
- Aspinwall, L. G. (1997). Where planning meets coping: Proactive coping and the detection and management of potential stressors. In.: S., L. Friedman & E., K. Scholnick (Eds.) *The developmental psychology of planning: Why, how, and when do we plan?* (285–320). London: Lawrence Erlbaum Associates
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A Stitch in Time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*. 121(3), 417–436.
- Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 1013–1020.
- Belső N. (2001). A nők speciális hangulatzavarai. In.: E., Szádóczky & Z., Rihmer (szerk.) *Hangulatzavarok (93–111)*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató (1994). Budapest: WHO-MPT.

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512.
- Branney, P., & White, A. (2008). Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 256–262.
- Brannon, L., & Feist, J. (2010). *Health Psychology. An introduction to behavior and health*. Belmont (CA): Wadsworth.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., & Barclay, L. (2005) 'Big build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921–931.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). *The Aggression Questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459.
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127–136.
- Carr, A. (2006). *Family therapy, concepts, process and practice*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Carro, M., Grant, K. E., Gotlib, I. H., & Compas, B. E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567–579.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). *The expanded family lifecycle. Individual, family and social perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: An update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(4), 583–589.

- Chuick, C. D., Greenfeld, J. M., Greenberg, S. T., Shepard, S. J., Cochran, S. V., & Haley, J. T. (2009). A qualitative investigation of depression in men. *Psychology of Men and Masculinity*. 10(4), 302–313.
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cochran, S. W., & Rabinowitz, F. E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice*. 34(2), 132–140.
- Cole, M., & Cole, S. R. (1997). *Fejlődéslektan*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 50, 1385– 1401.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 21(2), 293–308.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 150, 782–786.
- Crosignani, P. G., & Rubin, B. (1996). ESHRE: Guidelines to the prevalence, diagnosis, treatment and management of infertility. *Human Reproduction*. 11(8), 1775–1807.
- Daar, A. S., & Merali, Z. (2002). Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: E., Vayena, P. J., Rowe & P. D., Griffin (szerk.) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. (15-21). Geneva: WHO
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J. F., & Golding, J. (1998) Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. *American Journal of Psychiatry*. 155(6), 818–823.

- DSM-IV-TR. A módosított DSM-IV Hungarian translation. (2001). Budapest: Animula Kiadó.
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 19*(3), 187–202.
- Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Lundh, W., & Widström, A. M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health, 8*(4), 221–231.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders, 125*(1/3), 365–368.
- Erikson, E. (1992). A fiatal Luther és más írások. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Evers, J. L. (2002). Female subfertility. *The Lancet, 360*(9327), 151–159.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development, 33*(1), 1–6.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders, 132*(1), 146–157.
- Fleming, A. S., Corter, C., Stallings, J., & Steiner, M. (2002). Testosterone and prolactin are associated with emotional responses to infant cries in new fathers. *Hormones and Behavior, 42*(4), 399–413.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219–239.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48(1), 150–170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 55(6), 647–654.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 55, 745–774.
- Galasinski, D. (2008). *Men's discourses of depression*. New York: Palgrave Macmillan.
- Gerevich, J., Bácskai E., & Czobor, T. (2007). The generalizability of the Buss–Perry Aggression Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 16(3), 124–136.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 119(5), 350–364.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*. 45(1), 26–35.
- Goldenberg, H., & Goldenberg I. (2008). *Áttekintés a családról*. Budapest: Animula Kiadó.
- Greenglass, E. R. (2002). Proactive coping and quality of life management. In.: E., Frydenberg (Ed.) *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges*. (37–62). London: Oxford University Press.
- Greenglass, E. R. (2006). Vitality and vigor: Implications for healthy functioning. In.: P., Buchwald (Ed.) *Stress and Anxiety. Application to health, work place, community, and education*. (65–86). Newcastle (UK): Cambridge Scholars Press.

- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist, 14*(1), 29–39.
- Greenglass, E. R., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). The *Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12–14.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine, 45*(11), 1679–1704.
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science and Medicine, 73*(1), 87–94.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness, 32*(1), 140–162.
- Hadas M. (2011). *Férfikutatások. TÁMOP online szöveggyűjtemény*. Budapest: BCE Szociológia Intézet.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Pearson University Press.
- Heifner, C. (1997). Male experience of depression. *Perspectives in Psychiatric Care, 33*(2), 10–18.
- Higgins, E. (1987). Tory Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*(3), 319–340.
- Huang, C. C., & Warner, L. A. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review, 79*(1), 95–118.

- Hu., L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 6(1), 1–55.
- Innamorati, M., Pompili, M., Gonda, X., Amore, M., Serafini, G., Niolu, C., Lester, D., Rutz, W., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2011). Psychometric properties of the Gotland Scale for Depression in Italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. 132 (1/2), 99–103.
- Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research*. 39(1), 11–16.
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 22(4), 341–358.
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y. E., & Bartoov, B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *British journal of medical psychology*, 63(1), 73–80.
- Kennedy, H. (2001). Do men need special services? *Advances In Psychiatric Treatment*. 7, 93–99.
- Kikendall, K. A. (1994). Self- discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Professional Psychology: Research and Practice*. 25(3), 214–220.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P., S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*. 3, 137–158.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in Men: Communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health & Gender*. 2(1), 95–99.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: Postpartum paternal depression. *Psychiatry: Matrix Medical Communications*. 4, 36–47.

- Kopp M. & Kovács M. E. (2006). Melléklet: a Hungarostudy 2002 felmérésben használt kérdőívek. In.: M. Kopp & M.E. Kovács: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (539-550). Budapest : Semmelweis Kiadó.
- Kopp, M., Falger, P. R., Appels, A., & Szedmák, S. (1998). Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 752–758.
- Koropatnick, S., Daniluk, J., & Pattinson, H. A. (1993). Infertility: a non event transition. *Fertility and Sterility*, 59(1), 163–171.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2011). A hazai termékenység legújabb irányzatai. *Statisztikai Tükör*, 5(80), 1–4.
- Kühnert, B., & Nieschlag, E. (2004). Reproductive functions of the aging male. *Human Reproduction Update*, 10(4), 327-239.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2001). Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 233-238.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In.: S. J., Lopez & C. R., Snyder (Eds.) *Positive Psychological Assessment. Handbook of Models and Measures*. (3–20). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592.

- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender, 4*(1), 26–31.
- Mahalik, J. R. (2008). A biopsychosocial perspective on men's depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(3), 174–177.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility, 43*(3), 335–346.
- Mander, R. (2004). *Men and maternity*. New York: Routledge.
- Mansfield, A. K., Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). 'Why don't he go to the doctor?': The psychology of men's health seeking. *International Journal of Men's Health, 2*(2), 93–109.
- Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 25*(11), 926–931.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders, 64*(2/3), 175–184.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders, 60*(2), 75–85.
- McCoy, S. B. J. (2012). Postpartum depression in men. In: M. G. R., Castillo (Ed.) *Perinatal Depression*. (163–176). Rijeka: In Tech.
- Meighan, M., Davis, M. W., Thomas, S. P., & Droppleman P. G. (1999). Living with postpartum depression: the father's experience. *American Journal of Maternal Child Nursing, 24*(4).202–208.

- Miller, J., & Bell, C. (1996). Mapping men's mental health. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 6(5), 317–327.
- Minuchin, S. (2006). *Családok és családterápia*. Budapest: Animula Kiadó
- Mohácsi B., Almássy Zs., Sápy T., Farkas Á., & Szemán-Nagy A. (2013). Psychological approach to Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and Endometriosis. In: G. Angyalosi, Á. Münnich, G. Pusztai (eds.): *Interdisciplinary Research in Humanities*. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, Nitra, 247-256.
- Möller-Leimkühler, A. M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*. 121(1/2), 22–29.
- Mönks, F. J., & Knoers, A. M. P. (1998). *Fejlődéslélektan*. Szentendre: Fitt Image–Ego School.
- Nazroo, J. Y., Edwards, A. C., & Brown, A. C. (1998). Gender Differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health & Illness*. 20(3), 312–330.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 101(2), 259–282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). Emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*. 115(3), 424–443.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*. 10(5), 173–176.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*. 8, 161–187.
- Noorbala, A. A., Ramazanzadeh, F., Malekafzali, H., Abedinia, N., Forooshani, A. R., Shariat, M., & Jafarabadi M. (2008). Effects of a psychological intervention on

- depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology & Obstetric*. 101(3), 248–252.
- Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2011). Men and depression. *Canadian Family Physician*. 57, 153–155.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*. 5(3), 194–202.
- Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M. M., & Mann, J. J. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*. 158, 1652–1658.
- Paksi V. & Szalma I. (2008). A gyermekvállalás életkori normái. In.: L., Füstös, L., Guba & I., Szalma (szerk.) *Társadalmi regiszter 2008/2*. (79–106). Budapest: MTA PTI-MTA SZKI
- Pápay N. (2012). A termékenységi problémák egészségpszichológiája. In.: R., Urbán, Zs., Demetrovics, A., Rigó & A., Oláh (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Klinikai egészségpszichológia* (87–123). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Patel, M. X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*. 9, 229–238.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961–1969.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*. 118(2), 659–668.
- Perczel Forintos D., Kiss Zs., & Ajtay Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Országos Pszichátriai és Neurológiai Intézet.

- Perczel Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*. 19(2), 307–321.
- Peterson, B. D., Newton C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*. 88(4), 911–914.
- Pikó, B. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Pinheiro, R. T., Magalhães, P. V., Horta, B. L., Pinheiro, K. A., da Silva, R. A., & Pinto, R. H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113(3), 230–232.
- Pollack, W. (1998). Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: W., Pollack, R., Levant (eds.) *New Psychotherapy for Men* (147–166). New York: Wiley.
- Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-time fathers and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education*. 14(2), 19–25.
- Ramchandani, P. G., O'connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(10), 1069–1078.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Evans, J., O'connor, T. G. & ALPAC (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*. 365(9478), 2201–2205.
- Raskin, V. D., Richman, J. A., & Gaines, C. (1990). Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry*. 147(5), 658–660.
- Real, T. (1997). *I don't want to talk about it: Overcoming the secret legacy of male depression*. New York: Fireside

- Rihmer Z. (2001). Öngyilkosság. In.: Szádóczy E., Rihmer Z. (szerk.): *Hangulatzavarok* (302–319). Budapest: Medicina Kiadó
- Rihmer Z., & Rutz, W. (2000). *Depresszió és Öngyilkosság férfiaknál*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó
- Rihmer, Z., Rutz, W., & Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*. 35(4), 147–152.
- Roberts, S. L., Bushnell, J. A., Collings, S. C., & Purdie, G. L. (2006). Psychological health of men with partners who have post-partum depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40(8), 704–711.
- Rochlen, A. B., Whilde, M. R., & Hoyer, D. (2005). The Real Men. Real Depression Campaign: Overview, theoretical implications, and research considerations. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 186–194.
- Rochlen, A. B., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. L. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American Journal of Men's Health*. 4(2), 167–175.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*. 62(1/2), 123–129.
- Rutz, W., Walinder, J., Knorrning, L. V., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1(1), 39–46.
- Sartorius, G. A., & Nieschlag, E. (2010). Paternal age and reproduction. *Human Reproduction Update*, 16(1), 65–79.

- Schuller, P., Almássy, Zs., & Szemán-Nagy, A. (2013). Exhaustion, depression and pain: The psychological background of chronic spinal pain and tension headache. In: G. Angyalosi, Á. Münnich, G. Pusztai (eds.): *Interdisciplinary Research in Humanities*. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, Nitra, 287–296.
- Schumacher, M., Zubaran, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*. 21(2), 65–70.
- Schwarzer, R. (2000). Managed stress at work through preventive and proactive coping. In.: E. A., Locke (Ed) *The Blackwell Handbook of Principals of Organizational Behavior*. (342–355). Oxford (UK): Blackwell.
- Schwarzer, R. (2001). Stress, resources and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review*. 50(3), 400– 407.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In.: S. J., Lopez & C. R., Snyder (Eds.) *Positive Psychological Assessment. Handbook of Models and Measures*. (393–409). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2009). Proactive coping. In.: S. J., Lopez (Ed) *The encyclopedia of positive psychology*. (781–784). Oxford (UK): Wiley-Blackwell.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). Reactive, anticipatory, preventive and proactive coping: A theoretical distinction. *The Prevention Researcher*. 15(4), 22–24.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In.: M., Zeidner & N. S., Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, Research and Applications*. (107–132). New York, Wiley
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive Coping. In.: E., Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges*. (19–35) London: Oxford University Press.

- Seligman, M. E. P., & Csíkszentmihályi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Sipos, K., Sipos, M., & Spielberger, C. D. (1994). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: F., Mérei, F., Szakács (szerk.). *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2*. (123–148). Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Spector, A. Z. (2006). Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(8), 867–883.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 15(10), 1552–1562.
- Sultan, S. (2009). Aggression as a subsequent response to hopelessness feelings of infertility. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 31–44.
- Szádóczy, E. (2001). Epidemiológia. In: E., Szádóczy & Z., Rihmer (szerk.) *Hangulatzavarok* (150–168). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Szántó K., Kalmár, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914–920.
- Szántó Zs., & Susánszky É. (2010). Gender és egészség- Szakirodalmi áttekintés. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4, 255–276.
- Tammentie, T., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Paippala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Health Nursing*, 11(2), 141–149.
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: psychological and social considerations from a counseling perspective. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(2), 48–51.

- Throsby, K., & Gill, R. (2004). "It's Different for Men" Masculinity and IVF. *Men and masculinities*, 6(4), 330–348.
- Tóth O. (1993). A szülővé válás időzítése az életútban. *Szociológiai Szemle*, 3-4, 121–135.
- Tóth O. (1997). A szülővé válás szociológiai összefüggései. In: Gy., Hidas (szerk.) *A megtermékenyítéstől a társadalomig*. 49–54.
- Uskul, A. K., & Greenglass, E. R. (2005) Psychological wellbeing in a Turkish-Canadian sample. *Anxiety, Stress & Coping*. 18(3), 269–278.
- Veskrna, L. (2010). Peripartum depression - does it occur in fathers and does it matter? *Journal of Men's Health*. 7(4), 420–430.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier. C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 130(3), 358–377.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C-K., Lellouch, J., Lépine, J-P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H-U., & Yeh, E-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *The Journal of the American Medical Association*. 276(4), 293–299.
- Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*. 40(1), 27–36.
- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health & Gender*. 3(1), 19–24.
- Wong, Y. J., & Rochlen, A. B., (2009). The potential benefits of expressive writing for male college students with varying degrees of restrictive emotionality. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(2), 149–159.

- Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (2001). The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *Journal of Nervous Mental Disease*. 189(9), 575–582.
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W., & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 56(4), 265–271.

## MELLÉKLET

### 1. melléklet: A depresszív epizód kritériumai a DSM IV alapján

#### **Depresszív epizód**

**A.** A következő tünetekből öt (vagy több) áll fenn egy kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg. Az első két tünetből legalább egy, vagy az (1) depresszív hangulat, vagy a (2) érdeklődés vagy öröm elvesztése szükséges a diagnózishoz. Figyelem! Nem számítjuk a tünetek közé azokat, amelyek egyértelműen az általános egészségi állapot következményei, ill. a hangulathoz nem illő hallucinációkat és téveszméket.

1. A nap legnagyobb részében és csaknem minden nap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (pl. szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (pl. könnyezni látják) jelez. Figyelem! Gyerekeknél vagy serdülőknél elég az ingerült hangulat jelzése.

2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében, és majdnem minden nap (akár szubjektív beszámoló, akár mások megfigyelése).

3. Jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem minden nap (gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása).

4. Insomnia vagy hypersomnia csaknem minden nap.

5. Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem minden nap (mások megfigyelése, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).

6. Fáradtság vagy anergia csaknem minden nap.

7. Értéktelenség érzete vagy kifejezett ill. inadekvát önvádolás/büntudat, akár téveszmés fokban is, szinte minden nap (nem pusztán a beteg-lét miatti lelkiismeret-furdalás vagy büntudat).

8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte minden nap (akár szubjektív élmény, akár mások megfigyelése).

9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.

**B.** A tünetek nem elégítik ki a bipoláris kevert epizód ismérveit.

**C.** A tünetek klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.

**D.** A tünetek nem kémiai anyag (pl. visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (pl. hypothyreoidizmus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatóak.

**E.** A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követő két hónapot meghaladóan is fennállnak) vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenség-tudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek vagy pszichomotoros retardáció).

## 2. melléklet: Edinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív

Mivel Önnek nemrég kisbabája született, szeretnénk megtudni, **hogyan érzi magát mostanában**.

Kérjük, jelölje meg a válaszok közül azt, amelyik legjobban megközelíti érzéseit **az elmúlt 7 nap alatt**. Ne csak arra gondoljon, ahogyan ma érzi magát.

**A következő példa segíti majd a kitöltésben:**

**Boldog vagyok:**

Igen, legtöbbször

Igen, néha

Nem, nem túl gyakran

Nem, egyáltalán

Ha ezt a választ jelöli az, azt jelenti, hogy „Az elmúlt hét alatt néhányszor boldognak éreztem magam.” Kérem, ilyen módon töltsse ki az alábbi kérdéseket.

### 1. Képes voltam nevetni és a dolgok vidámabb oldalát nézni:

- Ugyanolyan gyakran, mint régebben
- Nem egészen olyan gyakran, mint régebben
- Határozottan kevesebbszer, mint régebben
- Egyáltalán nem

### 2. Örömmel vártam dolgokat:

- Éppen úgy, mint azelőtt
- Kevésbe, mint azelőtt
- Határozottan kevésbé, mint azelőtt
- Szinte egyáltalán nem

### 3. Feleslegesen hibáztattam magam, ha valami nem sikerült:

- Igen, legtöbbször
- Igen, néha
- Nem, nem nagyon gyakran
- Nem, soha

### 4. Aggódtam és szorongtam minden ok nélkül:

- Nem, egyáltalán
- Szinte soha
- Igen, néha
- Igen, nagyon gyakran

### 5. Ijedt vagy rémült voltam minden ok nélkül:

- Igen, nagyon sokszor
- Igen, néha
- Nem, nem nagyon
- Egyáltalán nem

### 6. A dolgok a fejemre nőttek:

- Igen, legtöbbször úgy éreztem, képtelen vagyok megbirkózni velük
- Igen, néha képtelen voltam úgy megbirkózni velük, mint általában
- Nem, legtöbbször egészen jól megbirkóztam velük
- Nem, ugyanúgy megbirkóztam velük, mint korábban is bármikor

### 7. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy nem tudtam aludni:

- Igen, legtöbbször
- Igen, néha
- Nem nagyon gyakran
- Egyáltalán nem

### 8. Szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam:

- Igen, legtöbbször
- Igen, néha
- Nem nagyon gyakran
- Egyáltalán nem

### 9. Annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy elsírtam magam:

- Igen, nagyon sokszor
- Igen, elég gyakran
- Csak alkalmanként
- Nem, soha

### 10. Megfordult a fejemben az a gondolat, hogy kárt teszek magamban:

- Igen, elég gyakran
- Néha
- Szinte soha
- Soha

3. melléklet: Gotland Férfi Depresszió Skála

Az **elmúlt hónapban** mennyire jellemzik Önt az alábbi állítások. Kérjük, minden kérdés esetében válaszoljon az alábbiak szerint: *egyáltalán nem jellemző; valamennyire jellemző, jellemző, teljesen jellemző*

1. Alacsonyabb tűréshatár/ a szokásosnál hamarabb felizgatja magát.
2. Agresszívabb megnyilvánulásai vannak, nehezebben kontrollálja magát.
3. Kiségettség és üresség.
4. Állandó, leküzdhetetlen fáradtságérzés.
5. Feszültebb, nyugtalanabb, hamarabb kijön a sodrából.
6. Nehézségek a mindennapi döntések meghozatalában.
7. Alvászavarok, túl sok/túl kevés alvás/nehéz elalvás/korai ébredés.
8. Különösen kora reggel, nyugtalanság-érzés, szorongás, örömtelenség.
9. A vérrokonai között jellemzőek-e a kóros szokások (pl. alkohol, drog, gyógyszer), a depresszió/komorság, öngyilkossági hajlam vagy a veszélyt is magába foglaló viselkedésformák.
10. Úgy érzi, hogy a viselkedése megváltozott annyira, hogy sem maga, sem mások nem ismernek Önre, és nehezen birkózik meg ezzel.
11. Érezte úgy, hogy volt olyan, hogy mások komornak, negatívnak, reménytelennek tartották, olyan állapotban, melyben minden sivárnak tűnik.
12. Észrevette Ön vagy mások, hogy hajlamosabb az önsajnálatra, hogy panaszkodjon vagy szánalmat érezzen.
13. Túlzott alkohol és gyógyszerfogyasztás, a nyugodt, ellazult állapot elérésére. Eltúlzott aktivitás, vagy a fokozott munkavégzés által a feszültség levezetése, kocogás, vagy másfajta sportok űzése, csökkent vagy fokozott evés.

4. melléklet: Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív (STAI)

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és *jelölje be* a megfelelő választ, attól függően, hogy *általában hogyan érzi magát*. Kérem, ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg!

	egyáltalán nem	vala- mennyire	eléggé	nagyon/ teljesen
1. Jól érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gyorsan elfáradok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A sírás ellen küszködnöm kell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A szerencse engem elkerül.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kipihentnek érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nyugodt, megfontolt és tettere kész vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A semmiséget is túlzottan a szívemre veszem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Boldog vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kevés az önbizalmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Biztonságban érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A kritikus helyzeteket szívesen kerülöm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Csüggedtnek érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Elégedett vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kiegyensúlyozott vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. melléklet: Buss-Perry Agresszió Kérdőív

Kérem, olvassa el az alábbi kijelentéseket. Döntse el minden állítás esetében, hogy az mennyire jellemző, vagy nem jellemző Önre. Válaszát az alábbiak szerint adja meg:

*Az adott állítás...*

*1 egyáltalán nem jellemző rám 2 nem jellemző rám 3jellemző is, meg nem is jellemző rám*

*4jellemző rám 5 nagyon jellemző*

1.	Néhány barátom úgy gondolja, hogy forrófejű vagyok.	1	2	3	4	5
2.	Ha erőszakot kell ahhoz alkalmaznom, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem	1	2	3	4	5
3.	Amikor az emberek rendkívül kedvesek velem, azon tűnődöm, vajon mit akarnak.	1	2	3	4	5
4.	Nyíltan közlöm a barátaimmal, ha nem értek egyet velük.	1	2	3	4	5
5.	Előfordult már, hogy olyan örültté váltam, hogy összetörtem dolgokat.	1	2	3	4	5
6.	Nem tudom visszafogni magam, hogy ne bonyolódjak vitába, amikor az emberek nem értenek egyet velem.	1	2	3	4	5
7.	Csodálkozom azon, miért látom néha olyan sötétnek a dolgokat.	1	2	3	4	5
8.	Néha képtelen vagyok kontrollálni magam, hogy ne üssek meg egy másik embert.	1	2	3	4	5
9.	Kiegyensúlyozottnak érzem magam.	1	2	3	4	5
10.	Bizalmatlan vagyok a túlságosan barátságos idegenekkel.	1	2	3	4	5
11.	Előfordult már, hogy félelmet keltettem ismerőseimben.	1	2	3	4	5
12.	Gyorsan dühbe gurulok, de hamar le is higgadok.	1	2	3	4	5
13.	Ha kellően provokálnak, képes vagyok megütni másokat.	1	2	3	4	5
14.	Ha valaki bosszant, képes vagyok megmondani neki, hogy mit gondolok róla.	1	2	3	4	5
15.	Néha nagyon irigy vagyok.	1	2	3	4	5
16.	Nem hiszem, hogy lenne olyan ok, ami miatt megütnék egy másik embert.	1	2	3	4	5
17.	Néha úgy érzem, keményen bánik velem az élet.	1	2	3	4	5
18.	Gondot okoz nekem, ha kontrollálnom kell az indulataimat.	1	2	3	4	5
19.	Ha ideges vagyok, kimutatom ingerültségemet.	1	2	3	4	5
20.	Néha úgy érzem, hogy az emberek kinevetnek a hátam mögött.	1	2	3	4	5
21.	Gyakran nem értek egyet az emberekkel.	1	2	3	4	5

<b>22.</b>	Ha valaki megüt, visszaütök.	1	2	3	4	5
<b>23.</b>	Néha lőporos hordónak érzem magam, készen a felrobbanásra.	1	2	3	4	5
<b>24.</b>	Mintha mások mindig le akarnának állítani.	1	2	3	4	5
<b>25.</b>	Vannak emberek, akik addig provokálnak, amíg verekedésre nem kerül sor.	1	2	3	4	5
<b>26.</b>	Tudom, hogy a „barátaim” beszélnek rólam a hátam mögött.	1	2	3	4	5
<b>27.</b>	Barátaim szerint veszekedős vagyok.	1	2	3	4	5
<b>28.</b>	Néha ok nélkül méregbe gurulok.	1	2	3	4	5
<b>29.</b>	Inkább megyek bele verekedésekbe, mint az átlagember.	1	2	3	4	5

## 6. melléklet: Vitális Kimerültség Skála

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre igennel vagy nemmel.

Amennyiben az igen választ jelölte meg, ítélje meg mennyire érzi igaznak az állítást. Az 1-5-ig terjedő skálán jelölje válaszait, ahol az 1 azt jelenti, hogy „kicsit jellemző” Önre az adott állítás, az 5 pedig azt jelenti, hogy „teljes mértékben jellemző” Önre az állítás.)

			<b><u>Amennyiben igen, mennyire?</u></b>				
<b>1.</b> Gyakran érzi fáradtnak magát?	IGEN	NEM	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Gyengének érzi-e magát?	IGEN	NEM	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Kedvtelenebbnek érzi magát, mint régebben volt?	IGEN	NEM	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?	IGEN	NEM	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Érzi-e úgy néha, hogy a teste olyan, mint egy kimerülő elem?	IGEN	NEM	1	2	3	4	5

7. melléklet: A Proaktív Megküzdés Skála. A szerző honlapján közzé tett változat: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/documents/THE-PROACTIVE-COPING-INVENTORY-Hungarian-version.pdf>

## THE PROACTIVE COPING INVENTORY (PCI): Hungarian Version

### Proaktív Megküzdés Kérdőív

Zsuzsanna Almássy, Győző Pék, Esther R. Greenglass

(2012)

*Title of Scale Given to Respondents:* **Reakcióink Mindennapi Eseményekre Kérdőív**

Az alábbiakban olyan állításokat talál, melyek az egyes **élethelyzetekre** adott válaszainkat, reakcióinkat jellemzik. Jelölje meg, hogy **mennyire igazak Önre** az adott állítások, attól függően, hogy Ön **hogyan éli meg** az adott szituációt, hogyan érez az adott szituációval kapcsolatban.

*1. Egyáltalán nem igaz 2. Alig igaz 3. Valamennyire igaz 4. Teljesen igaz*

#### THE PROACTIVE COPING SUBSCALE

Proaktív megküzdés skála

1. Olyan ember vagyok, aki a kezébe veszi a dolgok irányítását.
2. Próbálom hagyni, hogy a dolgok maguktól haladjanak. (-)
3. Miután elértem egy célt, keresek egy másikat, ami nagyobb kihívást jelent számomra.
4. Szeretem a kihívásokat, és legyőzni a lehetetlent.
5. Látom magam előtt az álmaimat, és megpróbálom elérni azokat.
6. Számos akadály ellenére is, általában elérem, amit akarok.
7. Igyekszem pontosan meghatározni, hogy mire van szükségem a sikerhez.
8. Mindig megtalálom a módját az akadályok legyőzésének, igazán semmi nem állhat az utamba.
9. Gyakran sikertelennek látom magam, ezért nem remélek túl sokat. (-)
10. Ha megpályázok egy állást, elképzelem magam, ahogy betöltöm azt.
11. A nehézségeket is tudom pozitív élményként értelmezni.
12. Ha valaki azt mondja, hogy nem vagyok képes valamire, akkor én azt feltétlenül megcsinálom.
13. Ha problémával szembesülök, megteszem a megoldására irányuló első lépéseket.
14. Amikor problémám van, gyakran úgy érzem, hogy csak vesztésként jöhetek ki a helyzetből/ csak vesztes lehetek ebben a helyzetben. (-)

fordított itemek: (-)

#### REFLECTIVE COPING SUBSCALE

Reflektív megküzdés skála

1. El tudom képzelni magamról, hogy nehéz problémákat is meg tudok oldani.

2. Ahelyett, hogy meggondolás nélkül cselekednék, több lehetséges módot gondolok ki a probléma megoldására.
3. Gondolatban számtalan forgatókönyvet áttekintek annak érdekében, hogy különböző lehetséges végkifejletekre fel legyek készülve.
4. Úgy küzdök meg egy problémával, hogy lehetséges megoldásmódokat gondolok ki.
5. Ha problémám van a munkatársaimmal, barátaimmal vagy a családommal, előre átgondolom, hogyan fogom ezt velük sikeresen megoldani.
6. Egy nehéz feladat megoldása előtt, átgondolom azokat a megoldásmódokat, melyek sikerhez vezetnek.
7. Csak azután cselekszem, hogy alaposan átgondoltam a problémát.
8. Mielőtt ténylegesen szembenéznék egy nehéz problémával, elképzelem, hogy megoldom azt.
9. Mindaddig vizsgálom különböző nézőpontokból a problémát, míg meg nem találok a megfelelő megoldást.
10. Amikor súlyos félreértésem adódik munkatársaimmal, barátaimmal, családtagjaimmal, előre begyakorlom, hogy hogyan fogom ezt velük megoldani.
11. Átgondolom minden lehetséges kimenetelét a problémának, mielőtt nekilátok a megoldásához.

#### STRATEGIC PLANNING SUBSCALE

##### Stratégiai tervezés skála

1. Gyakran megtalálom a módját, hogy a bonyolult problémákat kisebb, kezelhető részekre bontsam.
2. Tervet készítek és követem azt.
3. Kisebb részekre bontom a problémát, és egyszerre csak eggyel foglalkozom.
4. Listát készítek, és megpróbálok először a legfontosabb dolgokra összpontosítani.

#### PREVENTIVE COPING SUBSCALE

##### Preventív megküzdés skála

1. Előre készülök a jövőbeli történésekre.
2. Ahelyett, hogy minden megkeresett filléremet elkölteném, szeretek spórolni a rosszabb napokra.
3. Felkészülök a kedvezőtlen eseményekre.
4. Mielőtt megtörténne a baj, én már jól fel vagyok készülve a következményeire.
5. Mielőtt cselekednék, a helyzet megváltoztatására stratégiai tervet készítek.

6. Szakmailag képezem magam, hogy elkerüljem a munkanélküliséget.
7. Biztos akarok lenni abban, hogy jól gondoskodtam a családomról ahhoz, hogy megvédjem őket a jövőbeni viszontagságokkal szemben.
8. Előre gondolkodom, hogy elkerüljem a veszélyes helyzeteket.
9. Megtervezem a stratégiákat, amelyekkel vélhetően a legjobb eredményt érem el.
10. Megpróbálok úgy gazdálkodni a pénzemmel, hogy idős koromra ne kelljen nélkülözni.

#### INSTRUMENTAL SUPPORT SEEKING SUBSCALE

##### Instrumentális támaszkeresés skála

1. A problémáim megoldásánál hasznosak lehetnek mások tanácsai.
2. Megpróbálok beszélni a feszültségeimről azért, hogy visszajelzést kapjak barátaimtól.
3. A másoktól kapott információ gyakran segített a problémáim megoldásában.
4. Általában megtalálom azokat, akik tudnak segíteni abban, hogy a saját megoldásaimat találjam meg a problémára.
5. Másokat is megkérdezek, hogy ők mit tennének a helyzetemben.
6. Hasznos lehet másokkal beszélgetni, mert más szemszögből világítják meg a problémát.
7. Mielőtt teljesen belebonyolódnék a problémába, felhívom egy barátomat, hogy beszéljünk róla.
8. Ha bajban vagyok, általában tudok valamilyen megoldást találni mások segítségével.

#### EMOTIONAL SUPPORT SEEKING SUBSCALE

##### Érzelmi támaszkeresés skála

1. Ha rossz a kedvem, tudom, hogy kit hívhatok segítségül, hogy jobban érezzem magam.
2. Mások jelenléte segít nekem abban, hogy érezzem, törődnek velem.
3. Tudom, hogy kire számíthatok, amikor döntésre kerül a sor.
4. Ha rossz kedvem van, társaságot keresek, és elmondom valakinek.
5. Bizalmasan beavatom a többieket az érzéseimbe, hogy szoros kapcsolatokat építsek és tartsak fenn.

#### AVOIDANCE COPING SUBSCALE

##### Elkerülő megküzdés skála

1. Ha problémám van, szeretek rá aludni egyet.
2. Ha túl nehéznek találom egy problémát, félreteszem addig, míg nem vagyok kész arra, hogy foglalkozzak vele.
3. Ha van egy probléma, általában egy ideig halogatom a megoldását

## 8. melléklet: Társas Támogatás Kérdőív

Nehéz élethelyzetben kiknek a segítségére számíthat? Kérjük, írja a vonalra, hogy mennyire számíthat az alább felsoroltak segítségére.

*0 -egyáltalán nem      1 -keveset      2 -átlagosan      3 -nagyon*

\_\_\_\_\_szülő

\_\_\_\_\_szülő, amíg élt

\_\_\_\_\_házastárs

\_\_\_\_\_élettárs

\_\_\_\_\_iskolatárs, munkatárs

\_\_\_\_\_szomszéd

\_\_\_\_\_ barát

\_\_\_\_\_ gyermek

\_\_\_\_\_ rokon

\_\_\_\_\_ segítő foglalkozású

\_\_\_\_\_ egyházi csoport

\_\_\_\_\_ egyesület, segítő szervezet

9. melléklet: Rövidített Beck Depreszió Kérdőív

Kérem, **értékelje az alábbi állításokat Önmagára vonatkoztatva** az alábbiak szerint: *egyáltalán nem jellemző, alig jellemz, jellemző, teljesen jellemző*

1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
2. Semmiben nem tudok dönteni többé.
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.
4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.
6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.
7. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.
9. Állandóan hibáztatom magam.

## 10. melléklet: Beck Reménytelenség Skála

Az alábbi kérdőív húsz állítást (mondatot) tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el mindegyiket. Ha az állítás a **múlt héten, a mai napot beleértve is jellemző volt Önre**, írja mellé, hogy **IGAZ**. Amennyiben az állítás **nem jellemző Önre**, írja mellé, hogy **HAMIS**. Írhat egyszerűen **I-t az IGAZ, H-t a HAMIS** helyett. Kérjük, mindenképpen olvasson el minden egyes mondatot!

- A.** Reményekkel telve és lelkesedéssel nézek a jövő elébe.
- B.** Akár fel is adhatnám, mert nincs semmi, amit tehetnék azért, hogy a dolgok jobbra forduljanak a számomra.
- C.** Amikor a dolgok rosszul mennek, azzal vigasztalom magam, hogy ez nem tarthat így örökké.
- D.** Nem tudom elképzelni, hogy milyen lenne az életem tíz év múlva.
- E.** A számomra legfontosabb dolgok megvalósítására tudok elég időt szakítani.
- F.** Számítok rá, hogy a jövőben sikeres leszek azon a téren, ami a legfontosabb számomra.
- G.** Sötétben látom a jövőmet.
- H.** Nagyon szerencsés vagyok, és bízom benne, hogy nekem több jó jut osztályrészül, mint egy átlagembernek.
- I.** Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.
- J.** Múltbéli tapasztalataim alaposan felkészítettek a jövőre.
- K.** Csak a kellemetlen dolgokat látom a jövőben és nem a kellemeseket.
- L.** Nem bízom benne, hogy elérem, amit igazán akarok.
- M.** Amikor előre tekintek a jövőbe, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok.
- N.** Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
- O.** Erősen bízom a jövőben.
- P.** Sosem sikerül elérnem azt, amit akarok, ezért örültség bármit is akarni.
- Q.** Több mint valószínűtlen, hogy igazi elégedettséget érzek a jövőben.
- R.** A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik számomra.
- S.** Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.
- T.** Főleg igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.

## 11. melléklet: Etikai engedély



### HAJDÚ-BIHAR MEGYEI KORMÁNYHIVATAL

Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

Ügyiratszám: 5306 – 8 /2011.  
Ügyintéző: Dr. Szabó Erzsébet

Tárgy: Engedélyező határozat

*Kérjük, hogy válaszelevelében az iktatószámunkra és  
ügyintézőnkre hivatkozni szíveskedjen!*

#### HATÁROZAT

A DEBRECENI EGYETEM ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGÁNAK REGIONÁLIS ÉS INTÉZMÉNYI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁGA regionális kutatás-és-étikai bizottsági véleménye, mint szakhatósági állásfoglalás alapján

#### engedélyezem

„A meddőség és a funkcionális meddőség pszichológiai szempontú vizsgálata, különös tekintettel a Policisztás Ovarium Szindrómára és az Endometriosisra, továbbá a funkcionális meddő párok férfi tagjainak depressziójára” témacímű, DE OEC RKEB/IKEB 3509-2011 protokoll azonosítójú kutatást.

*A kutatás anyagi fedezetét biztosító megbízó:* intézeti forrás

*A kutatásban résztvevő intézmények:*

DE pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai pszichológiai Tanszék  
(4032 Debrecen, Egyetem tér 1.)

*A kutatás vezetője:*

Dr. Szemán-Nagy Anita egyetemi tanársegéd

*A kutatás várható időtartama:* 2011 december – 2014 január

*A kutatásba bevonni tervezett résztvevők száma, neme, életkora:* kb. 200 fő

Jelen határozat ellen annak közzétételétől számított 15 napon belül az Országos Tisztifőorvosi Hivatalhoz (1097 Budapest, Gyáli út 2-6.) címzett, de a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervénél benyújtott, 5.000 Ft-os illetékbélyeggel ellátott fellebbezésnek van helye.

#### INDOKOLÁS

A Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szervéhez 2011. december 8. napján érkezett a DE OEC Tudományos Bizottság Regionális és Intézményi Kutatás-és-étikai Bizottsága (RKEB) kérelme, melyben az általa 2011. november 14. napján véleményezett kutatási anyagokról született kutatás-és-étikai bizottsági véleménye alapján a DE OEC RKEB/IKEB 3509-2011 ny. sz. alatt véleményezett protokoll azonosítójú, „A meddőség és a funkcionális meddőség pszichológiai szempontú vizsgálata, különös tekintettel a Policisztás Ovarium Szindrómára és az Endometriosisra, továbbá a funkcionális meddő párok férfi tagjainak depressziójára” című vizsgálat engedélyezését kérte.

A Regionális és Intézményi Kutatás-és-étikai Bizottság kutatás-és-étikai bizottsági véleménye szerint: „A tervezett vizsgálatok megkezdésének a Bizottság szakmai-etikai akadályát nem látja, annak elvégzését maximálisan támogatja. A vizsgálóhelyen a személyi és tárgyi feltételek teljes mértékben rendelkezésre állnak.”

Fentiekre tekintettel a rendelkező részben foglaltak szerint döntöttem.

Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 15. §-a alapján a nem kereskedelmi kutatás engedélyezési eljárása díjmentes.

Jelen határozat – fenti jogszabályhelyeken kívül – a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. tv. (Ket.) 71. § (1), 72. § (1) bekezdésén, az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 6. §, 9. §-án alapul.

A jogorvoslati lehetőségről szóló tájékoztatás a Ket. 98. § (1) bekezdés, 99. §, 102. § (1) bek., a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 10. § (1) bek., valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet 19. § (2) bekezdés b) pontján alapul.

Hatásköröm és illetékességem a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 3. § (1) bek., a 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet 12. § (5) bek. cf) alpontján alapul.

A fellebbezés illetékének megállapítása az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. tv. (Itv.) 29. § (2) bek. alapul.

Debrecen, 2011. december 19.

*Dr. Fodor Mária*  
**Dr. Fodor Mária**  
megyei tisztifőorvos



Erről értesülnek:

1. DE Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai pszichológiai Tanszék Dr. Szemán-Nagy Anita egyetemi tanársegéd (4032 Debrecen, Egyetem tér 1) „TV”
2. DE OEC Tudományos Bizottság Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága – Dr. Horkay Irén elnök (4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98) „TV”
3. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (1139 Budapest, Váci út 73/A) „TV”
4. Dr. Szentmiklósi József András – Észak-alföldi Regionális és DE OEC Intézményi Kutatásetikai Bizottság titkára, DE OEC Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet (4012 Debrecen, Pf. 12) „TV”
5. ÁNTSZ OTH nyilvántartás (4028 Debrecen, Rózsahegy utca 4)
6. Irattár