

Poszttraumás növekedés meddőség miatt véglegesen gyermektelen nők körében

BEVEZETÉS

A meddőség az érintettek többségénél krónikusan fennálló krízisállapot (*Lakatos et al., 2014*), az egyik legmegterhelőbb életeseemény (*Herrmann et al., 2011*), életük legnagyobb krízise (*Daniluk, 1997*), és traumaként is felfogható (*Jaffe & Diamond, 2010*).

A meddőség számos negatív következménnyel jár, ám egyetemes emberi tapasztalat, hogy a szenvedés pozitív változásokat is előidézhethet a személyiségben. A poszttraumás növekedés meddőséggel küzdő személyek esetében is megjelenhet (*Daniluk, 2001; Lee et al., 2009; Pápay, 2012; Rosner, 2012; Sauvé, Péloquin & Brassard, 2020; Sydsjö et al., 2005*).

A MEDDŐSÉG MINT TRAUMA

A trauma során a személy olyan valóságos vagy fenyegető halálesetet, súlyos sérülést, saját vagy mások testi épségének veszélyeztetését éli át, amelyre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagál (*BNO-10, 1998*).

A gyermektelen meddő nők fele kimeríti a poszttraumás stressz zavar (PTSD) kritériumait (*Bradow, 2011; Paul et al., 2010*), melyek a következők: valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása; a traumatikus eseménnyel kapcsolatos betolakodó tünetek, mint például visszatérő, akaratlan, nyomasztó emlékek vagy álmok; a traumatikus eseménnyel összefüggő ingerek tartós kerülése; a traumatikus eseménnyel kapcsolatos kogníciók és hangulat negatív irányú változása; valamint a traumatikus eseménnyel kapcsolatos éberség és reaktivitás kifejezett megváltozása (*DSM-5, 2014*).

Meddőség esetén nem életveszélyről van szó, ám a fenyegetettség érzése megjelenik az utód megszületése, a genetikai állomány továbbadása, az életadás képessége, az életre vonatkozó elvárások kapcsán, vagyis a traumát tágabban értelmezve a meddőség is felfogható traumaként, hiszen nem normatív krízis, kívül esik a hétköznapi tapasztalatok övezetén és elsöprő erejű (*Bradow, 2011; Nagy & Perczel Forintos, 2015*). *Rosner (2012)* hangsúlyozza, hogy a meddőséget az összeadódó, többszöröződő veszteségek és a hosszú időn át fennálló állapot teszi traumatikussá. A meddőséggel küzdő nők magát a meddőségi diagnózist, a korai vetélést és a kezeléseket sikertelenségét is traumatikus élményként élhetik meg, további traumatizáló tapasztalat lehet a meddőségi kezelés, az egészségügyi személyzettel és a meddőségi klinikával kapcsolatos élmények (*Rosner, 2012*).

Paul és munkatársai (2010) szerint sokan a folyamatos orvosi beavatkozásokkal járó asszisztált reprodukciós eljárások miatt élik meg traumaként a meddőséget. *Bradow (2011)* kutatásában a vizsgált nők 40%-a számolt be arról, hogy kerülnek mindazt, ami a meddőségre emlékezteti őket. Több mint 50%-uk tapasztalta a trauma újraélését, kényszerű, ismétlődő felidézését, visszatérő álmok, intruzív gondolatok vagy flashbackek formájában; érdeklődésük elvesztését a korábbi örömteli tevékenységek iránt; a másoktól való elidegenedettséget érzését; alvászavarokat, irritabilitást, koncentrációs nehézségeket. Az érintettek stresszt élnek át, amikor valami emlékezteti őket a traumára, legyen az várandós nők, csecsemők látványa vagy a barátok, család megjegyzései (*Bradow, 2011*).

MEDDŐSÉG ÉS POSZTTRAUMÁS NÖVEKEDÉS

A meddőséggel való küzdelemnek – mint más traumatikus eseményeknek – hozadékai is lehetnek, a meddőségi tapasztalat poszttraumás növekedéshez (PTN) is vezethet. Hozzájárulhat az önbecsülés erősödéséhez (*Daniluk & Tench, 2007*), személyiségfejlődéshez (*Szigeti, Pápay & Perczel Forintos, 2015*), önfogadáshoz, az élethelyzet elfogadásához (*Pápay, 2012; Rosner, 2012*), az emberi kapcsolatok pozitív irányú változásához (*Lee et al., 2009*), a párkapcsolattal való elégedettség növekedéséhez (*C. Molnár, 2006; Daniluk, 2001; Lee et al., 2009; Rosner, 2012; Sauvé, Péloquin & Brassard, 2020; Sydsjö et al., 2005*).

A PTN szakirodalma leggyakrabban öt területet határoz meg, amelyek terén a növekedés megnyilvánul. Ezek a következők:

1. „Az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások”;
2. „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélése”;
3. „A személyes erő fokozott érzete”;
4. „Új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében”;
5. „Spirituális fejlődés” (*Tedeschi & Calhoun, 1996*).

Későbbi kutatások egy hatodik tartományt is találtak, amely terén a szomatikus betegségekkel való küzdelem esetén növekedést tapasztaltak: „Az egészség fokozott értékelése és az egészségmagatartás pozitív irányú változása” (*Cormio et al., 2017; Stanton, Bower & Low, 2006* idézi *Nagy, 2019; Tanyi, 2015; Zsigmond, Rigó & Bányai, 2017*). A hat terület mellett pozitív változásokat írtak le többek között az önismereti fejlődés terén is (*McMillen, 2004* idézi *Tanyi, 2015*).

A meddőség és a poszttraumás növekedés kapcsolatát az elsők között Paul és munkatársai vizsgálták 2010-ben, és mérsékelt növekedést találtak a PTN összértékében és az alskálák esetében is. A „Személyes erő átélése” alskála és az elvesztett terhességek száma, valamint a próbálkozás hossza között pozitív összefüggést írtak le, az „Élet tisztelete” alskála pedig a meddőségspecifikus distressz mértékével mutatott pozitív kapcsolatot. Továbbá a poszttraumás növekedés és a társas támasz között is pozitív összefüggést találtak. A legkisebb mértékű növekedést azoknál tapasztalták, akiknél ismeretlen eredetű volt a meddőség, a legnagyobbat pedig azoknál, akik végül anyává váltak.

Rosner (2012) kutatásában a meddőség miatt végérvényesen gyermektelen nők poszttraumás növekedése többek között abban nyilvánult meg, hogy többen úgy érezték, lehetőséget kaptak az élettől, hogy valami másba fogjanak, azt kezdjenek az életükkel, amit nem tudtak volna, ha gyermekük születik. Többen számoltak be a meddőség hatására nagyobb érzelmi intelligenciáról, önfogadásról, empátiáról, szabadság- és hitelességérzésről. A meddőség hatására a legpozitívabb, legnagyobb változást a párkapcsolatukban érezték az érintettek.

Többen leírták a meddőségi élethelyzet és a kezelések során átéltek hatására a párkapcsolat, az érzelmi összetartozás és a szolidaritás érzésének erősödését

(C. Molnár, 2006; Daniluk, 2001; Lee et al., 2009; Rosner, 2012; Sauvé, Péloquin & Brassard, 2020; Sydsjö et al., 2005), több kvalitatív vizsgálatban a megkérdezettek fele vagy még nagyobb arányuk tapasztalta azt, hogy a meddőség megerősítette a házasságukat, és általa fejlődött a kapcsolatuk (Greil, Leitko & Porter, 1988; Daniluk, 2001 idézi Schmidt et al., 2005). Amennyiben a párok a meddőséggel való megküzdésre közös kihívásként és célként tekintenek (Lee et al., 2009), nem vádolják helyzetükért sem önmagukat, sem egymást, és kapcsolatuk más aspektusaira helyezik a hangsúlyt (C. Molnár, 2006), kapcsolatuk megerősödhet.

Rosner (2012) kvalitatív kutatásának eredménye szerint a párkapcsolat megerősödéséhez a következő három tényező vezetett: mély, kölcsönös empátia a partnerek között és egymás megbecsülése; sebezhetőségük megmutatása a másiknak, félelmeik, érzéseik megosztása egymással; a párkapcsolaton belül is a saját, egyéni identitásra, igényekre, szükségletekre való figyelés, ezek képviselése.

Sauvé és munkatársai kvalitatív vizsgálatukban a párkapcsolat pozitív változásának öt területét írták le: a közös nehézségek leküzdésével növekvő elköteleződés; a párok tagjai közelebb érzik magukat egymáshoz; nyugodtnak érzik magukat a kapcsolatukat illetően; kielégítő kommunikációs és támogató viselkedés kialakítása; hit abban, hogy közösen meg tudnak küzdeni a nehézségekkel. Négy tényezőt határoztak meg, amelyek elősegítik, hogy a párkapcsolat megerősödjön a meddőségi tapasztalat hatására: kielégítő coping; kölcsönös, nyílt és támogató kommunikáció; a személyes előnyök befektetése a párkapcsolatba; a hibáztatás és érvénytelenítés kerülése (Sauvé, Péloquin & Brassard, 2020).

Egy svéd, longitudinális vizsgálat (Sydsjö et al., 2005) arra mutatott rá, hogy a sikertelen IVF-kezelések után a pár számára az a kihívás, hogy döntést hozzanak arról, hogy örökbefogadás révén váljanak szülővé, nevelőszülőséget vállaljanak, vagy gyermektelenül folytassák az életüket.

Egy iráni vizsgálat pedig szignifikáns pozitív kapcsolatot talált a párkapcsolat pozitív változása és a pozitív, vallásos coping, valamint a poszttraumás növekedés között. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a negatív vallásos coping stratégiák nem járulnak hozzá a PTN-hez, akik tehát például Isten büntetéseként értékelik a meddőségi problémát, azok több negatív érzelmet, önmaguk hibáztatását, bűntudatot, szégyent élnek meg, és sokszor elfordulnak Istentől (Ghafouri et al., 2016).

További eredmények a meddőséggel és poszttraumás növekedéssel kapcsolatos vizsgálatok köréből: *Berger, Paul és Henshaw (2013)* vizsgálatában a meddőséggel való küzdelem hozadéka „A személyes erő átélése” és a „Társas kapcsolatok elmélyülése” területén jelentkezett.

Rothenburger (2014) többek között az életkor, a gyermekvállalási próbálkozással töltött évek száma és a poszttraumás növekedés közti kapcsolatot vizsgálta 75 meddő nő körében. Az életkor tekintetében negatív kapcsolatot talált, vagyis a fiatalabb nők esetén volt nagyobb mértékű a PTN, a gyerekvállalásért tett erőfeszítésekkel töltött évek száma pedig pozitív összefüggésben állt a növekedéssel.

A poszttraumás növekedés és a meddőség kapcsán többen vizsgálták a megküzdési stratégiák és a társas támasz szerepét. Fontos megjegyezni, hogy míg a reprodukciós kezelések során az érintettek úgy érzik, a kezelések folytatásában kell őket támogatni, addig a gyermektelenség véglegessége esetén sokkal inkább a veszteség elfogadásához és az alternatív életút megtalálásához van szükségük támaszra (*Daniluk, 2001*).

Ayalti és Bayraktar (2017) vizsgálatukban pozitív korrelációt találtak a társas támasz, a családi támogatás, a coping és a poszttraumás növekedés között.

A megküzdési stratégiák kapcsán *Peterson és munkatársai (2009)* azt találták, hogy az aktív megküzdés (például a hasonló helyzetben lévők társaságának keresése, más célok keresése) megkönnyíti a meddőségben érintettek számára az élet más területei felé való fordulást és új célok kitűzését.

Protektív faktor lehet a meddőségi tapasztalat negatív következményeivel, a stresszel összefüggő betegségekkel és a depresszióval szemben a magas énkép-komplexitás, azaz ha az énképnek több, egymástól elkülönülő aspektusa van, tehát ha az érintett nemcsak meddő nőként, hanem emellett például feleségként, barátként, dolgozó nőként, hobbijának hódoló nőként is meghatározza magát (*Linville, 2003*).

Neter és Goren (2017) Iránban végzett vizsgálatának eredményei szerint azok a reprodukciós eljárásban részt vevő nők, akiknek az identitásában központi kérdés a meddőség, alacsonyabb jóllétről és fokozottabb distresszről számoltak be. Ha valaki a gyermekvállalás sikertelenségével és azzal az érzéssel azonosul, hogy más, mint a többi ember, akkor ezek az élmények válnak a referenciapontokká az életében, identitásának egyéb aspektusai egyre inkább háttérbe szorulnak.

Winograd (2017) 103 korai vetélést, pre- és perinatális veszteséget átélt nőt vizsgált. Eredményei szerint azok, akik magasabb eredményt értek el a perinatális gyászfeldolgozás, a családi feldolgozás és a pozitív coping területén, nagyobb valószínűséggel éltek át poszttraumás növekedést.

A társas támasz és a megküzdési stratégiák mellett a poszttraumás növekedés kapcsán fontos vizsgált terület az értelemkeresés, jelentéstulajdonítás. *Lee és munkatársai (2009)* kínai mintán végzett kvalitatív vizsgálatukban sikertelen IVF-kezelésen részt vett személyekkel készítették interjúkat. A vizsgálati személyek beszámoltak spirituális növekedésről, a világgépük megváltozásáról, a gyermektelenség elfogadásáról és az identitásuk megváltozásáról a tapasztalataik integrálása és a másoknak való segítségnyújtás révén.

Yu és munkatársai (2014) szintén kínai mintán végzett vizsgálatának eredményei szerint a reziliencia és a társas támasz növeli a pozitív coping mértékét, ez pedig elősegíti a poszttraumás növekedést a meddőségben érintett nőknél.

Egy harmadik kínai vizsgálat hasonló eredményre jutott: szignifikáns összefüggést találtak a poszttraumás növekedés, a társas támasz és a pozitív érzelmek között, és a pozitív érzelmek közvetítő szerepét feltételezték a reziliencia, a társas támasz és a PTN között (*Kong et al., 2018*).

KÉRDÉSFELVETÉS

Hipotézisem szerint a meddőséggel mint súlyosan stresszelő állapottal, krízissel, traumával való megküzdésnek pozitív hatásai is lehetnek, a meddőségi tapasztalat poszttraumás növekedéshez is vezethet.

Feltételezem, hogy a párkapcsolat megerősödik a meddőségi tapasztalat hatására, ha a pár tagjai kölcsönösen, mélyen empatikusak egymással és megbecsülik egymást, ha emocionálisan megközelítő megküzdési stratégiákat alkalmaznak, kommunikációjuk kölcsönösen nyílt és támogató, nem hibáztatják egymást meddőségi problémájuk miatt, valamint a kapcsolatuk más aspektusaira helyezik a hangsúlyt. Azt várom, hogy a nem kielégítő párkapcsolati kommunikáció és az aktív-elkerülő megküzdés akadálya a párkapcsolat megerősödésének.

Harmadik hipotézisem szerint a társas támogatás magas mértéke pozitív minőségi változást hoz a meddőségben érintett nők életébe, melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatokat élnek át. Ugyanakkor a negatív társas interakciók nem járulnak hozzá a poszttraumás növekedéshez.

Negyedik hipotézisem szerint a pozitív coping, a jelentésadó vagy probléma-újraértékelő megküzdés, az emocionálisan megközelítő megküzdés, illetve a pozitív vallásos coping elősegíti a poszttraumás növekedést. Ugyanakkor az aktív-elkerülő megküzdés nem járul hozzá a növekedéshez.

Ötödik hipotézisem szerint minél több idő telt el a meddőségi diagnózis óta, annál nagyobb mértékű a poszttraumás növekedés. Feltételezem továbbá, hogy minél több évig tett valaki erőfeszítéseket a gyermekvállalásért, annál nagyobb mértékű poszttraumás növekedés tapasztalható.

Hatodik hipotézisem szerint a magas énképkomplexitás elősegíti a személyiség növekedését, ugyanakkor ha valakinek az identitásában központi kérdés a meddőség, a szülővé válás vágya, és identitásának egyéb aspektusai háttérbe szorulnak, az nem segíti elő a növekedést.

Hetedik hipotézisem szerint a meddőségi, gyermektelen élethelyzet veszteségeinek sikeres feldolgozása hozzájárul a személy növekedéséhez.

Nyolcadik hipotézisem szerint ha olyan egészségi ok akadályozta a gyermekvállalást – például policisztás ovárium szindróma –, amelynek kezelésére életmódváltás ajánlott, az érintettek egészségtudatosságában tartósan kedvező változás mutatkozhat.

A KUTATÁS BEMUTATÁSA

Mintavétel

A kutatás résztvevői olyan, Magyarországon élő, 35 és 50 év közötti gyermektelen nők, akik alapvetően szerettek volna gyermeket, de biológiai okokból nem tudtak gyermeket vállalni, és már lemondtak a szülőség lehetőségéről, lezártnak tekintik a gyermekvállalás kérdését, valamint nincs örökbefogadott gyermekük, nem nevelnek gyermeket.

A vizsgálati személyek toborzása hólabda módszerrel, kényelmi mintavétel-
lel történt. A vizsgálatra online platformokon került sor, a demográfiai kérdések
megválaszolása után a félig strukturált interjú felvétele történt, a vizsgálat körül-
belül másfél órát vett igénybe.

Vizsgálati módszer

Kvalitatív vizsgálatom során, mely egyéni keretben zajlott, először a résztvevők
demográfiai adataira kérdeztem rá. Ezután egy félig strukturált interjúra került
sor, online formában. A kérdések a következő témakörökre terjedtek ki: életút,
párkapcsolat, gyerekvállalással kapcsolatos attitűdök, szociális háló, egészség-
magatartás, reprodukciós élettörténet, megküzdés a meddőséggel és gyermek-
telenséggel, a meddőség és gyermektelenség hatására bekövetkezett változások,
jövőkép.

Az etikai engedélyt a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének Kutatáse-
tikai Bizottsága adta meg, az etikai engedély száma: UD-IP-2020/89.

Feldolgozási módszer

Az interjúelemzést a *Kvale (1996 idézi Szokolszky, 2004)* által leírt szempontok
alapján végeztem. Az interjúkról hangfelvétel készült, az átírt szövegen pedig az
adatok elemzéséhez tartalomelemzést végeztem.

A statisztikai elemzés során Kolmogorov–Smirnov-próbával normalitásvizs-
gálatot végeztem, melynek eredménye alapján, illetve az alacsony mintaszám
miatt nem paraméteres eljárásokat használtam az adatok elemzéséhez.

EREDMÉNYEK

A minta demográfiai jellemzői

A vizsgálati személyek átlagéletkora 43,7 év. A 7 vizsgálati személyből 6 felső-
fokú végzettséggel rendelkezik, egy vizsgálati személy szakközépiskolai érett-

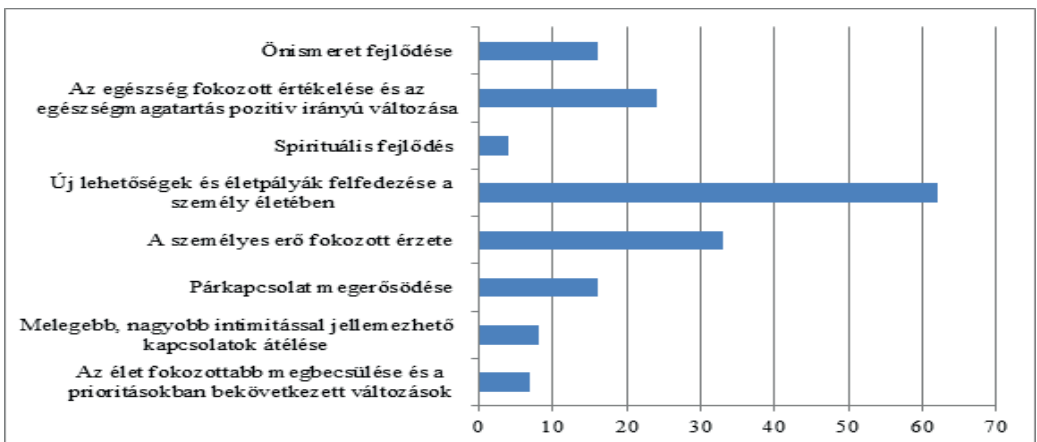
ségivel. Lakhelyüket tekintve 3 vizsgálati személy a fővárosban él, egy vizsgálati személy városban, egy nagyközségben, és két vizsgálati személy falun él. A családi állapot tekintetében a 7 vizsgálati személy közül négyen elváltak, egy vizsgálati személy házas, ketten pedig párkapcsolatban élnek. Minden vizsgálati személy teljes munkaidőben dolgozik. A szubjektíven ítélt anyagi helyzete öt vizsgálati személynek átlagos, két személynek átlagon felüli. Mintámban tehát felülreprezentáltak a felsőfokú végzettséggel rendelkező, jó anyagi helyzetű nők.

A hipotézisek értékelése

A meddőségi trauma hatására megtapasztalt poszttraumás növekedés

Első hipotézisem, miszerint a meddőség traumájával való megküzdés poszttraumás növekedéshez vezethet, igazolódott. A hipotézis tesztelésére Friedman-próbát alkalmaztam. A trauma és a poszttraumás növekedés összértéke közötti különbség szignifikáns, $\chi^2(2) = 11,385$, $p = 0,003$ ($df = 2$). A Dunn-tesztel végzett post hoc teszt eredményei alapján elmondható, hogy a különbség a poszttraumás növekedés és a trauma között volt. A poszttraumás növekedés egyes területei és a trauma közötti különbség nem bizonyult szignifikánsnak.

A poszttraumás növekedés minden vizsgálati személynél megjelent. A növekedés területeit az *1. ábra* mutatja be.



1. ábra. A meddőségi trauma hatására kialakuló poszttraumás növekedés területei és a növekedés összesített mértéke a mintában

A párkapcsolat megerősödése a meddőségi trauma hatására

Második hipotézisem szerint a párkapcsolat megerősödik a meddőségi tapasztalat hatására, ha a pár tagjai kölcsönösen, mélyen empatikusak egymással és megbecsülik egymást, ha emocionálisan megközelítő megküzdési stratégiákat alkalmaznak, kommunikációjuk kölcsönösen nyílt és támogató, nem hibáztatják egymást meddőségi problémájuk miatt, valamint a kapcsolatuk más aspektusaira helyezik a hangsúlyt. A nem kielégítő párkapcsolati kommunikáció és az aktív-elkerülő megküzdés viszont akadály a párkapcsolat megerősödésének.

Hipotézisem teszteléséhez a „Párkapcsolat megerősödése” és a következő változók kapcsolatát vizsgáltam: instrumentális támasz; emocionális támasz, nyílt, támogató kommunikáció; nem támogató, nem kielégítő kommunikáció a partnerrel (például elkerülő viselkedés, a probléma bagatellizálása, bűnbakképzés, hibáztatás); a pár kizárólagos fókusza a gyerekvállaláson; a gyermekvállaláson kívül a párkapcsolat egyéb aspektusaira helyezett fókusz; empátia; empátiahiány.

Hipotézisem ellenőrzéséhez a Spearman-próbát alkalmaztam, de nem találtam szignifikáns összefüggést. A támogató viselkedést, a párkapcsolat egyéb aspektusaira helyezett fókuszot és az empátiát, illetve a nem támogató viselkedést, a kizárólagos fókuszot a gyermekvállaláson és az empátiahiányt kategorikus változókká alakítottam, mert értelmezhetők nagyobb egységként, pozitív és negatív párkapcsolati kommunikációként. Mann–Whitney-próbával vizsgáltam, hogy mutatkozik-e eltérés a poszttraumás növekedés összértékében és az egyes területeken azon nők két csoportja között, akik a párkapcsolatukban pozitív, és akik negatív kommunikációt, támaszt éltek meg.

A negatív párkapcsolati kommunikációt megélők (1. csoport) és azok között, akiknél nem jelent meg negatív párkapcsolati kommunikáció (2. csoport), „Az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások” terén tendenciaszerű eltérés mutatkozott (1. csoport rangátlag: 4,80; 2. csoport rangátlag: 2,00) ($U = 1,000$; $Z = -1,673$, $p = 0,094$), valamint „A személyes erő fokozott érzetében” is tendenciaszerű eltérést találtam a negatív párkapcsolati kommunikáció függvényében (1. csoport rangátlag: 4,90; 2. csoport rangátlag: 1,75) ($U = ,500$; $Z = -1,759$; $p = 0,079$).

Ezen eredmények háttérében az állhat, hogy a hét vizsgálati személy közül négyen elváltak, és minden esetben a gyermekvállalás kudarca, a meddőséggel való küzdelem, a meddőségi tapasztalat játszotta a legnagyobb szerepet a párkapcsolat megromlásában. A meddőség, gyermektelenség mellett a párkapcsolat felbomlásának, a válás traumájának feldolgozása, a tudatos rumináció több esetben ahhoz vezetett, hogy a vizsgálati személyek ráébredtek, minek van nagyobb, és minek kisebb jelentősége az életben, és saját életüket, saját magukat jobban kezdték értékelni. A többszörös traumával való megküzdés eredményeként beszámoltak arról, hogy ráébredtek arra, erősebbek, mint korábban gondolták, illetve olyan dolgokat is meg tudnak teremteni saját maguknak, amelyekről korábban azt hitték, csak a férjük tudja biztosítani, ezáltal nőtt a saját magukba vetett hitük.

A társas támasz és a poszttraumás növekedés kapcsolata

Harmadik hipotézisem szerint a társas támogatás magas mértéke pozitív minőségi változást hoz a meddőségben érintett nők életébe, „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatokat” élnek át. Ugyanakkor a negatív társas interakciók nem járulnak hozzá a poszttraumás növekedéshez.

A következő változókat vizsgáltam hipotézisem tesztelésére: a poszttraumás növekedés összeértéke, illetve a poszttraumás növekedés egyes területei; az emocionálisan megközelítő megküzdési stratégia (például érzelmek megosztása, érzelmi támaszkeresés, segítő szakember felkeresése), a családdal, a barátokkal, a sorstársakkal és az egészségügyi személyzettel kapcsolatban megtapasztalt támogató, illetve nem támogató, nem kielégítő kommunikáció, empátia és empátiahiány.

Hipotézisem vizsgálatához Spearman-próbát végeztem, nem jelentkezett szignifikáns összefüggés. A támogató kommunikáció és az empátia értelmezhető pozitív kommunikációként, ezért e két változót összevontam, hasonlóképp, a nem támogató kommunikációt és az empátiahiányt összevonva, negatív kommunikációként vizsgáltam. Kategorikus változóként kezelve a kommunikációt, Mann–Whitney-próbával vizsgáltam, jelentkezik-e eltérés a poszttraumás növekedés összértékében és egyes területein a pozitív és negatív kommunikációt tapasztalók csoportjában. A „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető

kapcsolatok átélésében” szignifikáns eltérés mutatkozott azok csoportja között, akik családjukban megélték negatív, nem kielégítő kommunikációt (1. csoport), és azok között, akiknél nem jelent meg a negatív családi kommunikáció (2. csoport) (1. csoport rangátlag: 5,83; 2. csoport rangátlag: 2,63) ($U = ,500$; $z = -2,038$; $p = 0,042$).

A család nem támogató kommunikációja és a „Melegebb, nagyobb intimi-tással jellemezhető kapcsolatok átélése” területén tapasztalt nagyobb mértékű pozitív változás háttérében az állhat, hogy a negatív családi kommunikációt megtapasztalók nyitottabbá válnak a barátok, sorstársak, családon kívüli kapcsolatok iránt, és ezekben a kapcsolataikban tudnak nagyobb támogatást, empátiát megélni.

Azon nők csoportja, akik sorstársaikkal kapcsolatban pozitív, támogató kommunikációt és empátiát éltek meg (1. csoport), és azon nők csoportja között, akiknél nem jelent meg pozitív sorstársi kommunikáció (2. csoport), szignifikáns eltérés mutatkozott a „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélésében” (1. csoport rangátlag: 5,83; 2. csoport rangátlag = 2,63) között ($U = ,500$; $Z = -2,038$; $p = 0,042$). Valamint a sorstársakkal való pozitív kommunikációt átélők (1. csoport) és azok között, akik nem éltek meg pozitív sorstársi kommunikációt (2. csoport), tendenciaszerű eltérés jelentkezett a „Párkapcsolat megerősödésében” (1. csoport rangátlag: 5,33; 2. csoport rangátlag: 3,00) ($U = 2,000$; $Z = -1,764$; $p = 0,078$).

A megküzdés és a poszttraumás növekedés kapcsolata

Negyedik hipotézisem szerint a pozitív coping, a jelentésadó vagy probléma-újraértékelő megküzdés, az emocionálisan megközelítő megküzdés, illetve a pozitív vallásos coping elősegíti a poszttraumás növekedést. Ugyanakkor az aktív-elkerülő megküzdés nem járul hozzá a növekedéshez.

Hipotézisem vizsgálatához Spearman-próbát végeztem. A megküzdési stratégiák és a poszttraumás növekedés között nem találtam szignifikáns kapcsolatot.

A meddőségi diagnózis óta eltelt idő, a gyermekvállalási próbálkozással töltött évek száma és a poszttraumás növekedés kapcsolata

Ötödik hipotézisem szerint minél több idő telt el a meddőségi diagnózis óta, annál nagyobb mértékű a poszttraumás növekedés. Feltételeztem továbbá, hogy minél több évig tett valaki erőfeszítéseket a gyermekvállalásért, annál nagyobb mértékű a poszttraumás növekedés.

Hipotézisemet Spearman-próbával és Mann–Whitney-próbával vizsgáltam, hipotézisem nem igazolódott.

Az énképkomplexitás, identitás és a poszttraumás növekedés kapcsolata

Hatodik hipotézisemet Spearman-próbával vizsgáltam. Az énképkomplexitás és a poszttraumás növekedés összértéke között pozitív irányú, erősségét tekintve szoros, szignifikáns összefüggés mutatkozott ($r_s = 0,829$; $p = 0,021$), továbbá „A személyes erő fokozott érzetében” megnyilvánuló poszttraumás növekedés és az énképkomplexitás között is pozitív irányú, szoros, szignifikáns kapcsolat jelentkezett ($r_s = 0,827$; $p = 0,022$). Az „Új lehetőségek és életpályák felfedezésében” jelentkező növekedés és az énképkomplexitás között pozitív irányú, szoros, szignifikáns összefüggés jelentkezett ($r_s = 0,927$; $p = 0,003$); valamint a „Spirituális fejlődés” és az énképkomplexitás között is pozitív irányú, szoros, szignifikáns kapcsolatot találtam ($r_s = 0,764$; $p = 0,046$). A poszttraumás fejlődés egyéb területei és az énképkomplexitás között nem jelentkezett szignifikáns kapcsolat.

A veszteségfeldolgozás és a poszttraumás növekedés kapcsolata

Hetedik hipotézisem vizsgálatára Spearman-próbát alkalmaztam. A sikeres veszteségfeldolgozás, a meddőség és végleges gyermektelenség elfogadása, valamint az „Egészségtudatosság és egészségmagatartás” területén jelentkező poszttraumás növekedés között pozitív irányú, szoros, szignifikáns kapcsolat áll fenn ($r_s = 0,891$; $p = 0,007$). Az aktív veszteségfeldolgozás és az „Önismereti fejlődésben” megtapasztalt poszttraumás növekedés között szintén pozitív irányú, szoros, szignifikáns összefüggést találtam ($r_s = 0,963$; $p < 0,001$). A veszteségfeldolgozás

egyéb szakaszai és a poszttraumás növekedés egyéb területei, illetve összességében a poszttraumás növekedés és a veszteségfeldolgozás között nem találtam szignifikáns kapcsolatot.

Kedvező változások az egészségtudatosságban, egészségmagatartásban

Nyolcadik hipotézisem tesztelésére Mann–Whitney-próbával vizsgáltam a poszttraumás növekedés és a növekedés területei, valamint a meddőség háttérben álló betegségek kategóriáit, és a poszttraumás növekedés „Önismereti fejlődés” területén szignifikáns eltérést találtam a policisztás ovárium szindróma és inzulinrezisztencia diagnózissal rendelkező csoport (1. csoport) és a betegségekkel nem rendelkezők csoportja (2. csoport) között (1. csoport rangátlag: 6,50; 2. csoport rangátlag: 3,00) ($U = ,000$; $Z = -1,954$; $p = 0,051$).

Vizsgáltam továbbá, hogy a meddőségi problémával összefüggő műtéten átesett személyek csoportjában (1. csoport) eltér-e a poszttraumás növekedés mértéke azon vizsgálati személyek csoportjához képest, akik nem estek át műtéten (2. csoport). Az „Új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében” területén tendenciaszerű eltérés mutatkozott a két csoport között (1. csoport rangátlag: 2,75; 2. csoport rangátlag: 5,67) ($U = 1,000$; $Z = -1,784$; $p = 0,074$), a „Spirituális fejlődés” terén szintén tendenciaszerű eltérés jelentkezett (1. csoport rangátlag: 3,00; 2. csoport rangátlag: 5,33) ($U = 2,000$; $Z = -1,764$; $p = 0,078$), valamint az „Önismereti fejlődés” területén is tendenciaszerű eltérés mutatkozott (1. csoport rangátlag: 2,75; 2. csoport rangátlag: 5,67) ($U = 1,000$; $Z = -1,784$; $p = 0,074$).

A poszttraumás növekedés összértékében és a növekedés egyéb területein nem mutatkozott szignifikáns eltérés a gyermekvállalást nehezítő egészségi problémák típusai, illetve a műtét változója alapján kialakított csoportok esetén.

További eredmények

A gyermekvállalási kérdés lezárása óta eltelt idő és poszttraumás növekedés

Mann–Whitney-próbával vizsgáltam a vizsgálati személyek két csoportját: azokat, akiknél a lezárásra vonatkozó döntés 40 éves kor alatt született meg (1. csoport), illetve azokat, akiknél 40 éves kor felett (2. csoport). A „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok megélésében” tapasztalt növekedés terén a két csoport között szignifikáns eltérés mutatkozik (1. csoport rangátlag: 2,63; 2. csoport rangátlag: 5,83) ($U = ,500$, $Z = -2,038$; $p = 0,042$). A „Párkapcsolat megerősödésében” e két csoport esetén tendenciaszerű eltérést találtam (1. csoport rangátlag: 3,00; 2. csoport rangátlag: 5,33) ($U = 2,000$; $Z = -1,764$; $p = 0,078$). Vagyis azok, akik 40 éves koruk felett zárták le a gyermekvállalás kérdését, nagyobb mértékű növekedésről számoltak be párkapcsolatukban és egyéb társas kapcsolataikban.

ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálatomban arra a kérdésre kerestem választ, hogy a meddőség életkrízisével megküzdő, véglegesen gyermektelennek tekinthető nők milyen tényezők, körülmények esetén tapasztalnak poszttraumás növekedést. Kvalitatív kutatásomban 7 organikus okból meddő nővel készítettem félig strukturált interjút, és tartalomelemzéssel vizsgáltam a poszttraumás növekedést és egyes területeit: „Az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások”, a „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélése”, „A párkapcsolat megerősödése”, „A személyes erő fokozott érzete”, az „Új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében”, a „Spirituális fejlődés”, „Az egészség fokozott értékelése és az egészségmagatartás pozitív irányú változása” és az „Önismeret fejlődése”. Arra a kérdésre kerestem a választ, hogy milyen összefüggések mutatkoznak a növekedés és a következő tényezők között: a meddőség traumaként való megélése, társas támogatás, párkapcsolati kommunikáció, megküzdés, énképkomplexitás, veszteségfeldolgozás, a gyer-

mekvállalást akadályozó egészségi ok jellege, a meddőségi diagnózis óta eltelt idő és a gyermekvállalásért tett erőfeszítésekkel töltött évek száma.

A trauma és a poszttraumás növekedés összértéke között szignifikáns különbség jelentkezett, azaz a meddőség traumájával való megküzdés poszttraumás növekedéshez vezethet. Eredményeim összhangban állnak korábbi kutatási eredményekkel, melyek szintén kimutatták, hogy a meddőségi tapasztalatnak pozitív hozadékai is lehetnek (*Daniluk, 2001; Daniluk & Tench, 2007; Lee et al., 2009; Paul et al., 2010; Rosner, 2012; Sauvé, Péloquin & Brassard, 2020; Sydsjö et al., 2005*).

A párkapcsolati kommunikáció vonatkozásában tendenciaszerű eltérés mutatkozott „Az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások” terén azoknak a nőknek a javára, akik negatív párkapcsolati kommunikációt éltek meg. „A személyes erő fokozott érzetében” is tendenciaszerű eltérés mutatkozott a negatív párkapcsolati kommunikáció függvényében.

A társas támasz jelentőségére mutat rá az az eredmény, mely szerint a „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélésének” területén szignifikánsan nagyobb mértékű növekedés mérhető azoknál a vizsgálati személyeknél, akiknél a negatív, nem kielégítő családi kommunikáció jellemző. A sorstársakkal való kapcsolatok tekintetében a pozitív, támogató kommunikációt megtapasztaló vizsgálati személyeknél a „Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélésében” szignifikánsan nagyobb növekedés mutatkozott. A sorstársakkal való pozitív kommunikációt tapasztaló és nem tapasztaló személyek között tendenciaszerű eltérés jelentkezett a „Párkapcsolat megerősödésében”. Eredményeim konzisztensek azokkal a korábbi kutatási eredményekkel (*Ayalti & Bayraktar, 2017; Kong et al., 2018; Yu et al., 2014*), melyek rámutatnak arra, hogy a magas fokú társas támasz pozitív kapcsolatban áll a poszttraumás növekedéssel.

A megküzdés, a meddőségi diagnózis óta eltelt idő, valamint a gyermekvállalásért tett erőfeszítésekkel töltött évek száma nem függ össze szignifikánsan a poszttraumás növekedés mértékével.

Az énképkomplexitás és a poszttraumás növekedés összértékével, valamint annak egyes területeivel is pozitív, szoros, szignifikáns kapcsolatban áll: „A személyes erő fokozott érzete”, az „Új lehetőségek és életpályák felfedezése”, a

„Spirituális fejlődés” is inkább jellemezték a magas énképkomplexitással rendelkező nőket. Eredményeim korábbi kutatásokkal (*Linville, 2003; Neter & Goren, 2017*) összhangban arra mutatnak rá, hogy a magas énképkomplexitás a meddőségi, gyermektelen élethelyzetben is védőfaktorként működik, és hozzájárul a poszttraumás növekedéshez.

A sikeres veszteségfeldolgozás, a meddőség és a végleges gyermektelenség elfogadása eredményeim alapján támogatja az „Egészségtudatosság és egészségmagatartás” területén jelentkező poszttraumás növekedést, továbbá az aktív, tudatos veszteségfeldolgozás és az „Önismereti fejlődésben” megtapasztalt poszttraumás növekedés között is pozitív irányú, szoros, szignifikáns összefüggés jelentkezett. Eredményeim más kutatásokkal (*Winograd, 2017*) összhangban rámutatnak a veszteségfeldolgozásnak a poszttraumás növekedés kialakulásában való szerepére.

A policisztás ovárium szindrómában és inzulinrezisztenciában érintett vizsgálati személyek szignifikánsan magasabb értékeket értek el az „Önismereti fejlődésben”, a meddőségi problémával összefüggő műtéten átesett nőknél viszont az „Új lehetőségek és életpályák felfedezése”, a „Spirituális fejlődés”, valamint az „Önismereti fejlődés” területén is kisebb mértékű növekedés volt tapasztalható (tendenciaszerű eltérés).

Azok a nők, akik 40 éves koruk felett zárták le a gyermekvállalás kérdését, nagyobb mértékű növekedésről számoltak be párkapcsolatukban és egyéb társas kapcsolataikban is.

A vizsgálat eredményei rámutatnak olyan, a poszttraumás növekedéssel együtt járó tényezőkre, mozgósítható erőforrásokra, illetve a növekedést nehezítő tényezőkre, amelyeket a meddőségben érintett személyek pszichológiai támogatásában érdemes figyelembe venni.

A mintaszám növelése erősíthetné a vizsgálat általánosíthatóságát, eredményeim mindazonáltal igazolják, hogy a biológiai eredetű meddőség miatt véglegesen gyermektelen nők poszttraumás növekedésének vizsgálata releváns kutatási terület.

IRODALOM

- Ayalti, E. E. & Bayraktar, S. (2017). Examination of factors related with posttraumatic growth in infertile individuals. *International Journal of Social Sciences and Education*, 3(4), 1216–1232.
- Berger, R., Paul, M. S. & Henshaw, L. A. (2013). Women's experience of infertility: A multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*, 14(1), 54–68.
- BNO-10 Zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal* (1998). Animula Egyesület.
- Bradow, A. (2011). Primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: Experiential differences between type of infertility and symptom characteristics. Dissertation. The School of Psychology, Spalding University.
- C. Molnár, E. (2006). Reprodukciós zavarok. In C. Molnár E., Füredi J., Papp Z. (szerk.) *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* (pp. 145–150). Medicina Könyvkiadó.
- Cormio, C., Muzzati, B., Romito, F., Mattioli, V. & Annunziata, M. A. (2017). Posttraumatic growth and cancer: A study 5 years after treatment end. *Support Care Cancer*, 25, 1087–1096.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. In S. R. Leiblum (ed.) *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 103–125). (*Wiley series in couples and family dynamics and treatment.*) John Wiley & Sons.
- Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439–449.
- Daniluk, J. C. & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89–100.
- DSM-5 Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz* (2014). Oriold és társai.
- Ghafouri, S. F., Ghanbari, S., Fallahzadeh, H. & Shokri, O. (2016). The relation between marital adjustment and posttraumatic growth in infertile couples: The mediatory role of religious coping strategies. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(4), 221–229.
- Greil, A. L., Leitko, T. A. & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society*, 2, 172–199.
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T. & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111–1117.
- Jaffe, J. & Diamond, M. O. (2010). *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients*. American Psychological Association.
- Kong, L., Fang, M., Ma, T., Li, G., Yang, F., Meng, Q., Li, Y. & Li, P. (2018). Positive affect mediates the relationships between resilience, social support and posttraumatic growth of women with infertility. *Psychology, Health & Medicine*. Doi: 10.1080/13548506.2018.1447679.

- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. SAGE Publications.
- Lakatos E., Pápay N., Ádám Sz. & Balog P. (2014). Paradigmák a meddőség értelmezésében. *Pszichológia*, 34(3), 261–287.
- Lee, G. L., Hui Choi, W. H., Chan, C. H. Y., Chan, C. L. W. & Ng, E. H. Y. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: A qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Human Reproduction*, 24(8), 1920–1929.
- Linville, W. P. (2003). Az énkép-komplexitás mint kognitív védelem a stresszel összefüggő betegségekkel és a depresszióval szemben. In V. Komlói A., Nagy J. (szerk.) *Énelméletek. Személyiség és egészség: Szemelvények az én lélektani kutatásának irodalmából* (pp. 383–412). ELTE Eötvös Kiadó.
- McMillen, C. J. (2004). Posttraumatic growth: What's it all about? *Psychological Inquiry*, 15, 48–52.
- Nagy B. & Perczel Forintos D. (2015). A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In Pápay N., Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 275–296). ELTE Eötvös Kiadó.
- Nagy H. (2019). *A pozitív pszichológia alkalmazása a klinikai és egészségpszichológiában*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Neter, E. & Goren, S. (2017). Infertility centrality in the woman's identity and goal adjustment predict psychological adjustment among women in ongoing fertility treatments. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 880–892.
- Pápay N. (2012). A reprodukció egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológia Szak.
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S. & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 25(1), 133–141.
- Peterson, B. D., Piritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656–1664.
- Rosner, M. (2012). Recovery from traumatic loss: A study of women living without children after infertility. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. School of Social Policy and Practice, University of Pennsylvania.
- Rothenburger, M. T. (2014). The relationships between personality characteristics, age, number of years trying to conceive and posttraumatic growth in infertile women. Dissertation. Capella University.
- Sauvé, M-S., Péloquin, K. & Brassard, A. (2020). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of Health Psychology*, 25(10–11), 1532–1542.

- Schmidt, L., Holstein, G., Christensen, U. & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244–251.
- Stanton, A. L., Bower, J. E. & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi (eds) *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 133–175). John Wiley & Sons.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S. & Sydsjö, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: A prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20(7), 1952–1957.
- Szigeti F. J., Pápay N. & Perczel Forintos D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In Pápay N., Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 247–273). ELTE Eötvös Kiadó.
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris Kiadó.
- Tanyi Zs. (2015). A trauma pozitív hozadéka: A poszttraumás növekedés. In Kuritárné Szabó Ildikó, Tisljár-Szabó Eszter (szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna* (pp. 269–288). Oriold és Társai Kiadó.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Winograd, M. (2017). Understanding the predictors of posttraumatic growth among those with a history of a reproductive trauma. Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs). 2319.
- Zsigmond O., Rigó A. & Bányai É. (2017). A daganatos betegségek Janus arca: a poszttraumás növekedés jelensége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(2), 149–170.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M. & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215(2), 401–405.