

# Az evészavarok és a terhesség összefüggései

Doktori értekezés

**Dukay-Szabó Szilvia**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Túry Ferenc, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Géczy Anna, CSc., egyetemi docens  
Dr. Simon Lajos, CSc., egyetemi docens

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Tringer László, CSc., egyetemi tanár

Tagok: Dr. Unoka Zsolt, Ph.D., egyetemi tanár

Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien, Ph.D., egyetemi docens

Budapest  
2022

## Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke .....	6
1. Bevezetés.....	7
1.1. Az evészavarok fő testi és lelki jellemzői .....	9
1.1.1. Az anorexia nervosa.....	9
1.1.2. A bulimia nervosa .....	9
1.1.3. A túlevéses vagy falászavar .....	10
1.1.4. Az orthorexia nervosa .....	10
1.1.5. Egyéb evészavarok.....	11
1.1.5. Obezitás.....	12
1.2. Az evészavarok és a terhesség közötti ismert összefüggések .....	13
1.2.1. Történelmi előzmények.....	13
1.2.2. Kutatási előzmények – időrendi áttekintés.....	14
1.2.3. Az evészavarok hatása a reprodukzív funkciókra.....	16
1.2.4. Az evészavarok hatása a terhességre, a szülésre és a születendő magzatra .....	18
1.2.5. A terhesség hatása az evészavarokra és a testképre .....	22
1.2.6. Az evészavarok hatása a posztpartum időszakra és a gyermek későbbi fejlődésére. 25	
1.2.7. Az evészavarok átörökítésének lehetősége .....	27
1.2.8. Az evészavarok felismerése a női reprodukció kapcsán .....	30
1.2.9. Összegzés .....	32
2. Célkitűzések .....	34
3. Módszerek .....	36
3.1. A mintavétel módszere és a minta jellemzői.....	36
3.2. Mérőeszközök .....	37
3.2.1. Evészavartünetek Súlyossági Skálája.....	38
3.2.2. Az Evési Zavar Kérdőív .....	38
3.2.3. A SCOFF.....	39
3.2.4. Az ORTO-15 .....	39
3.3. Statisztikai feldolgozás.....	40
4. Eredmények.....	42
4.1. Az evészavar tesztek alkalmazhatósága .....	42
4.1.1. Az Evési Zavar Kérdőív validálása.....	43
4.1.2. A SCOFF.....	49

4.1.3. Az ORTO tételeinek alkalmazhatósága kismama populáción .....	50
4.2. Az evészavar érintettség meghatározása .....	52
4.3. Az evészavarosként definiált alminták demográfiai és pszichés jellemzői .....	54
4.4. A terhességhez kapcsolódó súly- és alakváltozás, valamint annak percepciói .....	61
4.5. Terhességgel kapcsolatos előzmények.....	69
4.6. A jelen várandósság ismérvei.....	72
4.7. Az anyaság és a szoptatás kérdései .....	78
4.8. Életstílus, szokások és azok változása terhesség során .....	79
5. Megbeszélés .....	82
5.1. A kutatás erősségei és limitációi .....	91
5.2. Jövőbeli kutatási irányok.....	92
6. Következtetések .....	93
7. Összefoglalás.....	96
8. Summary .....	97
9. Irodalomjegyzék.....	98
10. Saját publikációk jegyzéke.....	112
10.1. A disszertációhoz kapcsolódó közlemények.....	112
10.2. A disszertációtól független közlemények.....	112
11. Köszönetnyilvánítás .....	116
12. Mellékletek.....	117

## Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása.....	37
2. táblázat: Evészavar érintettség meghatározása önbevallás alapján .....	42
3. táblázat: Az Evészavar Kérdőív egyes alszkáláihoz tartozó Cronbach alfa és az egyes tétélekhez tartozó item-totál korreláció értékek .....	45
4. táblázat: Az Evészavar Kérdőív konfirmatív faktorelemzésének illeszkedésmutatói.	46
5. táblázat: Az EDI tétélek faktorsúlyok a módosított három faktoros modell esetén (konfirmatív faktorelemzés) .....	47
6. táblázat: Az Evési Zavar Kérdőív egyes tétéleihez és alszkáláihoz tartozó átlagok .....	48
7. táblázat: A SCOFF teszt kérdései és a pozitív válaszok aránya .....	50
8. táblázat: Az ORTO egyes tétéleinek átlaga .....	51
9. táblázat: Az evészavar érintettség meghatározása .....	53
10. táblázat: A válaszadók szociodemográfiai összetétele és testtömegindexe evészavar csoportok szerint.....	55
11. táblázat: Terhességet megelőzően jelenlévő evészavarhoz köthető viselkedésformák az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban.....	59
12. táblázat: Terhesség alatti táplálkozási szokások és evészavartünetek az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	60
13. táblázat: Testsúly- és alakváltozással kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	63
14. táblázat: Elhízással, a test megváltozásával kapcsolatos félelmek az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban.....	65
15. táblázat: Szülés után elérni kívánt testsúly az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	67
16. táblázat: Szülés után a vágyott testsúly és testalkat elérésének módja az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	68
17. táblázat: A terhesség előtti testtömegindex és az evészavar érintettség hatása a szülés utáni vágyott testsúly és testalkat elérésére vonatkozó elképzelésekre .....	69
18. táblázat: Terhesség- és gyermekszám a mintában.....	70
19. táblázat: Korábbi terhességekkel kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	71

20. táblázat: A jelen terhességgel kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	73
21. táblázat: A terhesség előtti menstruációt befolyásoló háttértényezők.....	74
22. táblázat: Terhességet megelőző nőgyógyászati betegségek előfordulása a mintában .....	75
23. táblázat: A terhességi magas vérnyomás háttértényezői .....	76
24. táblázat: A szülési szövődmény háttértényezői .....	76
25. táblázat: A veszélyeztetett lefolyású terhesség háttértényezői .....	77
26. táblázat: A császármetszések előfordulásának háttértényezői.....	77
27. táblázat: Az anyasághoz kapcsolódó aggodalmak az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban .....	79
28. táblázat: A várandóssággal járó vitaminszedés háttértényezői.....	80

### **Ábrák jegyzéke**

1. ábra: Micali és Treasure (2009) rizikó modellje az anyai evészavar átörökítéséről ...	29
--	----

## Rövidítések jegyzéke

AA	– anorexia athletica
ALSPAC	– Avon Longitudinal Study of Parents and Children – Szülő-Gyermek Longitudinális Vizsgálat Avon térségében
AN	– anorexia nervosa
BED	– binge eating disorder, falászavar
BMI	– body mass index, testtömegindex
BN	– bulimia nervosa
CFA	– konfirmatív faktorelemzés
CI	– confident interval, konfidencia intervallum
DOHaD	– Developmental Origins of Health and Disease, Egészség és Betegség Fejlődésének Eredete
DSM-IV	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 4. kiadás (1994)
DSM-5	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás (2013)
ED	– eating disorder(s), evészavar(ok)
EDI	– Eating Disorder Inventory, Evési Zavar Kérdőív
EDNOS	– eating disorder not otherwise specified, máshova nem sorolható evészavar
ITC	– item-total correlation, item-totál korreláció
MOBA	– Norwegian Mother and Child Cohort Study, Norvég Anya-Gyermek Kohorsz Vizsgálat
ON	– orthorexia nervosa, egészségesétel-függőség
OR	– odds ratio, esélyhányados
ORTO	– orthorexia nervosa szűrésére használt kérdéssor
PCOS	– policisztás ovárium szindróma
SD	– standard deviation, szórás
SGA	– small for gestational age, gesztációs korához képest kicsi
SCOFF	– evészavarok szűrésére használt öt kérdésből álló teszt

## 1. Bevezetés

A táplálkozási magatartással (az evéssel) kapcsolatos zavarok a múlt század második felétől egyre gyakoribbá váltak. Kialakulásuk hátterében az egyéni tényezők mellett nem hanyagolható el a minket körülvevő társadalmi környezet hatása. Idővel bebizonyosodott, hogy az evészavarok nem csupán a „3W”, a fehér nyugati nők (white western women) problémái, ahogy eleinte feltételezték, hanem a kelet-európai régióban, így hazánkban is éppúgy jelen vannak (Rathner és mtsai, 1995). Korunk fogyasztói társadalma a boldogság eléréséhez vásárlásra és fogyasztásra buzdít, a média által közvetített szépségideál ugyanakkor a boldogságot és a sikert a soványsággal is erősen összekapcsolja. Megjelennek emellett az egészséges életmódra vonatkozó ajánlások is, sokszor különböző tiltólisták formájában. Ez az ellentmondásos, sokszor irreális képeket ideálisként elénk táró környezet meghatározó jelentőségű az evés- és testképzavarok kialakulása szempontjából.

Mára az evészavarok spektruma kiszélesedett, folyamatosan újabb altípusok és kórképek jelennek meg, a testtel való elégedetlenség nagymértékben megnőtt, s a férfiak körében is terjednek a testkép- és az evés zavarai. E krónikus lefolyású pszichoszomatikus betegségekhez gyakran más zavarok társulnak, súlyos testi szövődményeket vonnak maguk után, közülük például az anorexia nervosa (AN) mortalitása különösen magas (Arcelus és mtsai, 2011). Sok esetben a gyógyulás sem teljes, visszamaradhatnak egyes tünetek és torzult viselkedésminták. A klinikai súlyosságú evészavarok prevalenciája fiatal nők körében 1-4% (van Eeden és mtsai, 2021), szubklinikai formák előfordulása azonban jelentősen gyakoribb, egyes csoportokban (például sportolók, egyetemisták körében) az adott populációnak akár az egyharmadát is elérheti (Dukay-Szabó, 2008; Szumska és mtsai, 2008). Az elhízás terjedését is figyelembe véve az evészavarok kapcsán már népegészségügyi problémáról beszélhetünk (Túry és mtsai, 2013; Rurik, 2015; Martos és Bakacs, 2017).

Az evészavarok alapvetően serdülő vagy fiatal felnőttkorban alakulnak ki, a nővé és/vagy anyává válás kritikus szakaszában. Az AN sokszor még fiatalabb gyermekeknél is jelentkezik, késleltetve ezáltal nemi fejlődésüket. Az anyává válás, a gyermekvárás időszaka különös jelentőséggel bír a nők életében. A terhesség alatt azonban nem csupán a test megy keresztül gyors változáson, hanem a tudat is: a prioritások átrendeződnek, a figyelem befelé irányul, a születendő gyermek válik fontossá. Az evés, az elfogyasztott

ételek mennyiségének és minőségének kérdése előtérbe kerül – sokszor nem csupán a kismama, hanem egész környezete azt figyeli, hogy a leendő anya mit eszik vagy iszik. A testtel együtt a testkép, valamint a neki tulajdonított jelentőség is átalakul. E változások háttérében az esetlegesen fennálló evészavartünetek átalakulhatnak, valamint az egyes tünetek jelentősége is módosulhat. Ily módon az „átlagos” populációra kidolgozott standardizált szűrőeszközök alkalmazhatósága is külön ellenőrzést kíván.

Az evészavarok mind a táplálkozási faktorokon, mind a társuló pszichés zavarokon keresztül kihatnak a nemi éérésre, a reprodukzív funkciókra, a várandósságra, valamint a születendő magzatra egyaránt. A témaválasztást indokolja, hogy míg a nemzetközi szakirodalomban az utóbbi két-három évtizedben egyre nagyobb számban jelennek meg az evészavarok és a terhesség kapcsolatáról szóló beszámolók, kutatási eredmények, addig hazai viszonylatban ez a terület meglehetősen feltáratlan. Annak ellenére, hogy az evészavarban érintett személyek sokszor szexuális problémákkal is küzdenek, idővel nagy részük mégis anyává válik. Különösen fontos tehát a nőgyógyászati gyakorlatban is e sokszor a háttérben meghúzódó, eltitkolt zavar felfedése, valamint jellegzetességeinek, következményeinek ismerete. A jelen vizsgálat az első magyar, nagy mintán készült, átfogó vizsgálat a témakörben. A dolgozatban először röviden áttekintem az alapvető evészavar típusok jellemzőit, majd az evészavarok szülészeti és nőgyógyászati vonatkozásait összegzem. A vizsgálati módszer leírása után a kutatás eredményeit mutatom be.



## ***1.1. Az evészavarok fő testi és lelki jellemzői***

### *1.1.1. Az anorexia nervosa*

Az AN fő tünetei a jelentős súlyvesztés vagy tartósan alacsony testsúly (legalább 15%-os súlyhiány, gyermekeknél a fejlődés elmaradása), a súlyfóbia, az elhízástól való kóros félelem, valamint a testképzavar, azaz a beteg kövérnek érzi magát, nem tudja reálisan érzéklni saját testét. Korábban a diagnosztikai kritériumok közé tartozott az amenorrhoea is (American Psychiatric Association, 1994), ez azonban a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) nozológiai rendszerében már nem szerepel. Ettől függetlenül az irreguláris vagy kimaradt menzesz sűrű velejárója az AN-nak, s az amenorrhoea az esetek súlyosságára figyelmeztet. Egyéb jellemző tünetek a száraz, lanugóval fedett bőr, hajhullás, alacsony testhőmérséklet, lassú szívverés, alacsony vérnyomás, lelassult vitális funkciók, korai ébredés, csontritkulás, hormonzavarok, emésztési zavarok és obstipatio. Gyakori a hiperaktív viselkedés. Az AN-sok személyiségére a teljesítményorientáció, perfekcionizmus, túlkontrolláltság, kényszeresség a jellemző, gyakran válnak visszahúzódná, dacossá, depresszióssá. Kerülik az érzelmeket és a szexualitást. Soványságukat vagy rejtegetik, vagy demonstrálják. Betegbelátásuk nincs, betegségüket tagadják, illetve eltitkolják (Túry és Szabó, 2000; Vandereycken, 2006; American Psychiatric Association, 2013). Az AN teljes incidenciája az elmúlt éveket tekintve viszonylag stabil, 15 év alatti fiatalok körében azonban emelkedést mutat. Az AN élettartam prevalenciája nők körében eléri a 4%-ot (van Eeden és mtsai, 2021).

### *1.1.2. A bulimia nervosa*

A bulimia nervosára (BN) a túlevéses epizódok, falásrohamok, majd az azokat követő súlycsökkentő manipulációk a legjellemzőbbek. A falásrohamokat – amelyek akár naponta többször is előfordulhatnak, több (tíz)ezer kalória elfogyasztását jelentve – a kontrollvesztettség érzése kíséri, utánuk önvád, büntudat és depressziós hangulat jelentkezik. A beteg sokat aggodalmaskodik testsúlya, testalkata miatt, kövérnek találja magát akár normális testsúly esetén is, önértékelését pedig attól teszi függővé, hogy az adott pillanatban milyenek érzi saját alakját, testsúlyát. Ez társas kapcsolataira is nagymértékben kihat, elszigetelődést eredményez. BN bármilyen tápláltsági állapot mellett előfordulhat, ismételt súlyingadozással is járhat. Rendszerint menstruációs

rendellenességek, oligo- vagy amenorrhoea, anovuláció kíséri. A policisztás ovárium szindróma (PCOS) BN-sok körében gyakrabban fordul elő. (Lee és mtsai, 2019). A hányási epizódok a fogzománc, a gyomor és a nyelőcső súlyos károsodását idézik elő, a vele járó kálium- és egyéb ionvesztés szívritmuszavarok, görcsös rosszulletek forrása lehet. Gyakran társul valamilyen impulzuskontroll-zavarral, mint például a kleptománia, önsebzés, öngyilkossági kísérlet, alkohol- és drogabúzus, promiszkuitás. Ez a multiimpulzív altípusnak nevezett forma borderline személyiségzavarral jár (Túry és Szabó, 2000; American Psychiatric Association, 2013). A BN incidenciája csökkenést mutat az elmúlt évek során. Prevalenciája nők körében eléri a 3%-ot (van Eeden és mtsai, 2021).

### *1.1.3. A túlevéses vagy falászavar*

A falászavar (BED) jellemzője, hogy az egyén gyakorta, rövid időtartam alatt abnormálisan nagy adag ételt fogyaszt el, és képtelennek érzi magát táplálkozása mind mennyiségi, mind minőségi oldalának kontrollálására. Gyorsan eszik, egyedül, a nap során bármikor, éhségérzet nélkül is. Túlevés után önutálat, erős büntudat és depresszió gyötri. A BN-t jellemző súlycsökkentő, kompenzáló viselkedésformák azonban nincsenek jelen a betegeknél, így gyakran túlsúlyosak, és az obezitásra vonatkozó testi szövődmények náluk is kialakulhatnak. Szexuális zavarok előfordulása is gyakoribb körükben (Castellini és mtsai, 2010), valamint a PCOS-val való komorbiditást is megfigyeltek (Krug és mtsai, 2019). Betegségüket általában szégyellik, igyekeznek eltitkolni, rossz érzéseik vannak magukkal kapcsolatban, ezért elkerülik a társas összejöveteleket. A túlevés előfordulása gyakori az elhízottaknál, a kezelést kereső elhízott személyek 20-30%-ában fordul elő, súlyosabb kórállapotot jelent és rontja a prognózist (Túry és Szabó, 2000; American Psychiatric Association, 2013).

### *1.1.4. Az orthorexia nervosa*

Az orthorexia nervosa (ON) vagy más néven egészségesétel-függőség nem külön noszológiaikategória, amely egyre gyakrabban kerül a klinikusok látóterébe. Az ON lényege, hogy az e zavarban szenvedők megszállottan figyelnek az általuk fogyasztott ételek minőségére, arra, hogy egészséges ételeket fogyasszanak. Az étel íze és élvezeti értéke elveszíti jelentőségét, a valós vagy vélt egészségesség és a (szerintük) értékes

tápanyagok szerepe válik lényegessé. A sokszor ártatlan egészségfejlesztő életmódként induló, az egészségmegőrzés és egészséges életmód látszata mögött rejtőző ON-ban az egyént szigorú önfegyelem, kényszeresség és megszállottság jellemzi, amely morális felsőbbrendűségi érzéssel társul azokkal szemben, akik nem követik a kitűzött diétás elveket. A kontroll érzése megerősítést ad, s a patológiás evési mintázat fenntartását szolgálja. A szigorú és egyoldalú diétázási szokások egészségügyi (egyes tápanyagok teljes elhagyásával) és szociális következményekkel (társas elszigeteléssel) is járnak. ON esetén is gyakori a súlyvesztés, valamint annak testi-lelki szövődményei, de háttérben nem súlyfóbia, vagy testképzavar, hanem egy helytelenül megválasztott diéta melletti elköteleződés áll (Bratman, 1997; Varga és mtsai, 2013; Brytek-Matera, 2021)

#### *1.1.5. Egyéb evészavarok*

A betegségi kritériumokat részlegesen teljesítő evészavarokat, vagy zavarnak nem minősülő tünetegyütteseket soroljuk ide, ahol az egyén testalkatára és testsúlyára vonatkozó elképzelései és elvárásai irreálisak, a táplálkozással kapcsolatban kóros attitűdöket és szokásokat mutatnak, amik kihatnak életük társas-szociális, vagy munkahelyi szférájára is és gyakran más fiziológiai vagy pszichiátriai tünettől is társulnak. Ilyen például az atípusos AN vagy BN, vagy az éjszakai evészavar.

Az anorexia athletica (AA) sem önálló klinikai kórkép, de sportolók körében gyakran megfigyelhető tünetegyüttes. Alapvetően motivációjában különbözik az AN-tól: lényege, hogy a sportoló a jobb sportteljesítmény elérése érdekében fogyókúrázik betegesen, s nem a karcsúságideálnak való megfelelés a célja. Nagyobb kockázatnak vannak kitéve e tekintetben az esztétikai, a konkrét súlycsoporthoz kötött, valamint az állóképességi sportágak versenyzői. Nem szükségszerűen, de együtt járhat purgáló viselkedésformákkal, falásrohamokkal, az előírtnál több edzsmennyiség elvégzésével, akár testképzavarral is. Az AA testi szövődményei – a túlzott diétázás következtében – az AN-hoz hasonlóak: hormonális elváltozások, lányok esetében a menarche kitolódása, oligo- vagy amenorrhoea. A csontsűrűség csökkenés, a stressztörések és a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázata megnő (Sundgot-Borgen, 1994; Dukay-Szabó, 2008).

A női atléta triász az evészavarok, az amenorrhoea, valamint az osteoporosis hármását jelenti. Ezek együttes előfordulása viszonylag ritka, egyenkénti prevalenciájuk

viszont sportolók körében epidemiológiai vizsgálatok szerint az evészavarok esetében 20-25%, az amenorrhoea esetében 25-30%, míg az osteoporosis esetében 2-20% (Resch 2007).

A betegek egy részénél éjszakai evés szindróma (night eating syndrome, NES) fordul elő, amelyben a falásrohamok éjszaka jelentkeznek. E betegek gyakran túlsúlyosak, az elhízás szövődményei így őket is érintik. Az éjszakai evés sokszor hypnagog állapotban következik be, másnap a beteg nem is emlékszik az éjszaka történteire (áttekintés: Túry és Szabó, 2000).

E felsorolásban még a picára érdemes kitérni. A pica étkezésre nem alkalmas anyagok (pl. föld, vakolat, papír, haj, stb.) elfogyasztásával járó viselkedési zavar. Háttérben több tényező is állhat (pl. nyomelem hiány, fejlődésbeli elmaradás, szociálisan deprimált környezet), s BN-ra hajlamosíthat (Pászthy és Major, 2008).

A DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) az AN és BN leírása mellett megkülönböztette az ún. EDNOS kategóriát, amely a máshova nem sorolható evészavarokat jelenti (eating disorder not otherwise specified). A DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) az AN és a BN mellett kibővült a BED leírásával, az EDNOS kategóriát pedig az OSFED, azaz a máshogy nem definiált etetési vagy étkezési zavarok (other specified feeding or eating disorders), valamint az UFED, a nem meghatározott etetési és étkezési zavarok (unspecified feeding or eating disorder) leírása váltotta fel. Tekintettel arra, hogy maga a vizsgálat tervezése és kivitelezése a DSM-5 megjelenése előtt, a DSM-IV szerint történt, a dolgozatban is a DSM-IV fogalmait fogom használni.

#### *1.1.5. Obezitás*

A túlsúlyosság, az obezitás a XX. század második felében népegészségügyivé váló betegség. A túlsúly és az elhízás előfordulása Magyarországon férfiak körében a 65%-ot, nők körében a 60%-ot is eléri (Martos és Bakacs, 2017). Az obezitás kialakulása – a szomatikus okok mellett – gyakran pszichoszomatikus patomechanizmus következménye. Testi szövődményei közismertek, mint például a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint, az ízületi és mozgáskárosodás, a szívizom infarktus, a stroke, vagy egyes daganatos megbetegedések kialakulásának fokozott kockázata (Bedros, 2017). Klinikai tapasztalatok alapján ismert a termékenységre gyakorolt hatása

is: a túlsúlyos nők nehezebben esnek teherbe, körükben is gyakoriak a menstruációs rendellenességek, a PCOS-val szoros együttjárás mutatkozik (Metwally és mtsai, 2007).

## ***1.2. Az evészavarok és a terhesség közötti ismert összefüggések***

Először a történelmi előzményeket, majd a kutatási adatokat foglalom össze, részben a korábban megjelent irodalmi áttekintésünk nyomán (Dukay-Szabó és mtsai 2016c).

### ***1.2.1. Történelmi előzmények***

Az intrauterin táplálás jelentőségének kérdése már a 19. század végén felmerült, ám komoly kutatási területként való számbavétele az idők során folyamatosan változott. Fokozottabb figyelem irányult rá azon történelmi időkben, amikor a tömeges éhezés az iparosodott nyugati társadalmakban is a mindennapi élet részét képezte. Ilyen volt például az 1929-es világgazdasági válság, vagy a II. világháború idején Leningrád ostroma, illetve a hollandiai német megszállás alatti éhínség időszakai. Az éhezés következményei megkérdőjelezhetetlenül meglátszottak a csecsemők kisebb születési súlyában, de az az idők során változott, hogy a terhesség alatti éhezést általában, vagy csak a terhesség egy-egy meghatározott periódusában tartották kritikusnak (Susser és Stein, 1994).

A méhen belüli fejlődés és a felnőttkori betegségek összefüggéseit David Barker angol epidemiológus hipotézisében a következőképpen fogalmazta meg: az alacsony születési súly rizikót jelent a kardiovaszkuláris megbetegedések és halálozások szempontjából (Barker és mtsai, 1989). Vizsgálódásai szerint ugyanis az intrauterin környezet befolyásolja a felnőttkori vérnyomást, ezáltal a kardiovaszkuláris eredetű halálozást. Az anyai éhezésnek a magzat felnőttkori egészségére gyakorolt hatását a holland éhínség idejéből származó adatok felhasználásával többen is kutatták (Painter és mtsai, 2005; Roseboom és mtsai, 2006; 2011). Ezen vizsgálódások egyrészt megerősítették, hogy a terhesség során az anyai alultápláltság hosszú távú következményekkel jár az utód felnőttkori egészségére nézve: több szívkoszorúér megbetegedést, megemelkedett koleszterinszintet, megváltozott véralvadást, több elhízásos esetet, s a 2-es típusú diabétesz gyakoribb előfordulását regisztrálták. Differenciálta a képet az is, hogy az egyes betegségek kockázatok aszerint változnak, hogy a terhesség mely harmadában, azaz mely szervek fejlődésének időszakában érintette az

anyát az éhezés. Legsérülékenyebb a gesztáció kezdeti szakasza: az éhínség ideje alatt fogantak körében gyakrabban fordult elő szkizofrénia és depresszió, érzékenyebbek voltak a stresszre, az érzelmeszedés kockázatát növelő plazma lipid profil jellemezte őket és kétszeres kockázatot mutattak a szívkoszorúér megbetegedés tekintetében. Kognitív feladatok megoldásában rosszabbul teljesítettek. Ezek a hatások függetlenek az újszülöttek születési súlyától – ez az eredmény a Barker-féle magzati eredet hipotézisnek új dimenziót ad. Roseboom és munkatársai (2006, 2011) szerint a terhesség első harmadában anyai éhezésnek kitett személyek születési súlya nem volt alacsonyabb, mint akit nem értek ilyen hatások magzati korban, de egészségük felnőttkorban rosszabbnak mutatkozott. Az az adaptáció tehát, amely a körülmények ellenére képessé tette a magzatot a méhen belüli növekedésre, később az egészségre nézve fordított következményekkel járt.

### *1.2.2. Kutatási előzmények – időrendi áttekintés*

A terhesség és az evészavarok kapcsolatáról szórványosan már a XX. század közepétől jelentek meg beszámolók, ezek elsősorban még a picáról tudósítottak (Posner és mtsai, 1957; Elliot, 1968; Keith és mtsai, 1970). Szécsi (1961) bulimiás terhesek Gracidin-kezelésével kapcsolatos tapasztalatait osztotta meg, noha magát a BN-t csupán 1979-ben írta le Russell. Szécsi általában a nők elhízásának veszélyeire hívta fel a figyelmet, ami a terhesség és a szoptatás időszakában rendkívül megnövekedett valószínűséggel következik be, s aminek háttérében a táplálkozási faktorokon túl hormonális és idegrendszeri okokat is feltételezett. Bulimiás terheseknek azokat a nőket tekintette, akik heti 500 grammot meghaladó hízás mellett is farkasétvágyról panaszkodtak. 35 ilyen terhes esetében alkalmazta az akkor újnak számító Gracidin étvágycsökkentőt, amelynek farmakológiailag aktív anyaga a fenmetrazin (egy amfetamin származék). Kedvező tapasztalatokról számolt be (a súlynövekedés megállása, fogyás, javuló közérzet), mellékhatásokat nem tapasztalt. Azóta a szer káros hatásai (pl. pszichés függőség kialakulása) is napvilágra kerültek, 1993-ban törölték a gyógyszer-törzskönyvből, gyártását megszüntették, forgalmazását pedig betiltották (Balláné Füstzer, 2000). Ettől függetlenül fontos eredmény, hogy már több mint 50 évvel ezelőtt is a beavatkozás szintjén foglalkoztak a terhesség alatti testsúly kontrollálásával. Mindeközben azt is látni kell, hogy itt még nem az elhízáshoz vezető falásrohamok, s

azok kezelése került a fókuszba, hanem maga a végeredmény, azaz az elhízás megállítása. A terápiás beavatkozás lehetősége itt még nem merült fel.

Az elhízás terhességre, szülésre és posztpartum időszakra vonatkozó hatásainak vizsgálatáról már a '70-es, '80-as évekből több leírással találkozhatunk (Kubista és mtsai, 1976; Gross és mtsai, 1980; Calandra és mtsai, 1981; Johnson és mtsai, 1987). A klasszikus értelemben vett evészavarok, az AN és a BN női reprodukív egészséggel, terhességgel kapcsolatos összefüggéseire csak az 1980-as években kezdett figyelem irányulni (korábban csak szórványosan jelentek meg esetleírások [Hart és mtsai, 1970; Weinfeld és mtsai, 1977]). Először jobbra kis elemszámú, elsősorban klinikai megfigyeléseket, tapasztalatokat publikáltak: például Strimling (1984) egy, Wezel-Meijler és Witt (1989) három, Treasure és Russell (1988) hat, Namir és munkatársai (1986) szintén hat AN-s, Stein és Fairburn (1989) öt BN-s nő, Stewart és munkatársai (1987) 15 evészavaros nő terhességeiről számoltak be, míg Lacey és Smith (1987) 20 BN-s nő esetét követte nyomon. Ritka és új jelenségnek számított, hogy amenorrhoeával vagy irreguláris menstruációval jellemezhető, AN-nak tekinthető kórképben, a szexualitástól alapvetően tartózkodó nők körében terhességek jönnek létre. Idővel, ahogy az esetek száma, úgy a vizsgálatok elemszámai is megemelkedtek (Brinch és mtsai, 1988; Lempert és Phillips, 1988). Még a nyolcvanas évek tanulmányai között láthatjuk, hogy a vizsgált jelenség több aspektusára is kitérnek: például menstruációs zavarokról (Stillman, 1987; Cantopher és mtsai, 1988), a csecsemők táplálási nehézségeiről is jelentek meg közlemények (Dahl és mtsai, 1986), valamint a szülésznők és ápolók tájékoztatását már ekkor is fontosnak tartották (Beary, 1988).

Az 1990-es évek elejétől már több, a témát áttekintő cikkel is találkozhatunk (Burke és Vangellow, 1990; Stewart, 1992; Franko és Walton, 1993; Morgan, 1999b), amelyek az orvosok mellett az ápolók szerepére, feladataira is kitértek. Továbbá az evészavarokkal összefüggésben több területről is megjelentek írások: meddőségi klinikák beszámolóit (Abraham és mtsai, 1990; Stewart és mtsai, 1990), a posztpartum időszak és a baba-mama viszony vizsgálatának eredményei (Stein és mtsai, 1994; Stein és Fairburn, 1996; Baker és mtsai, 1999), valamint kis vagy közepes elemszámú beteg- (Mitchell és mtsai, 1991; Morgan és mtsai, 1999a) és nagyobb létszámú terhes/kismama-populáción (Fairburn és Welch, 1990; Fairburn és mtsai, 1992; Conti és mtsai, 1998; Turton és mtsai, 1999) végzett felmérések eredményei. Az ezredfordulóra tehát az evészavarok és a

terhesség összefüggéseiről számos tanulmány látott napvilágot, a terület nemzetközi szakirodalmi kiterjedté vált. Idővel nagy, több tízezres elemszámú prospektív longitudinális vizsgálatokra is sor került, mint például az angliai ALSPAC vizsgálat (Golding és mtsai, 2001), vagy a norvég MOBA (Magnus és mtsai, 2006), illetve ide sorolható az olyan, nyilvántartáson alapuló vizsgálat is, mint például a svéd Ekéus és munkatársai (2006) munkája. Korábról alapos áttekintést nyújtanak a témáról például Micali (2008), Ward (2008), Micali és Treasure (2009), később Arnold és munkatársai (2019), Dörsam és munkatársai (2019), Kimmel és munkatársai (2016), valamint Martínez-Olcina és munkatársai (2020) munkái. Hazánkban Resch Mária foglalkozott az evészavarok nőgyógyászati összefüggéseivel (1997, 1998), összefoglaló munkái az ezredforduló után születtek (2002, 2003). További kurrens szakirodalmat összefoglaló írások Dukay-Szabó és munkatársai (2016c), valamint Galiger-Dobos és Túry (2018, 2019) munkái.

### *1.2.3. Az evészavarok hatása a reprodukív funkciókra*

Stillman 1987-ben a csökkent ösztrogénszint következtében kialakuló menstruációs zavar egyik okaként az evészavarokat, az AN-t, BN-t nevezte meg. 2013-ig az amenorrhoea az AN diagnosztikai kritériumai közt szerepelt (American Psychiatric Association, 1994). Mivel egyre fiatalabbak a betegek, sokszor a menarche előtt jelentkezik az AN, a felnőttek közül ugyanakkor sokan szednek fogamzásgátlót, illetve egyre több a férfibeteg, ezért a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) az amenorrhoeát az AN feltételeként már nem tartalmazza. Ettől függetlenül is azonban AN-ban a havi ciklus diszfunkciója elég gyakori, az amenorrhoea 66-84%-os, az oligomenorrhoea további 6-11%-os előfordulásáról számoltak be (Kimmel és mtsai, 2016). Már önmagában az alacsony testsúly, a lecsökkent testzsírszázalék is a legtöbb esetben a menstruáció elmaradását vonja maga után, s a leptin 1994-es felfedezése óta is tudjuk, hogy ebben a változásban e hormonnak kulcsfontosságú közvetítő szerepe van (Mantzoros, 2000). BN-ban nem csupán alacsony és magas testsúly mellett (ahol a testtömegindex (BMI) 19 alatti, vagy 30 feletti), de normális testsúlyú BN esetén is – az önhánytatások, az időszakos koplalások és a túlzott testedzés következtében – gyakori a menstruációs zavar, általában a betegek több mint felénél előfordul: Cantopher és mtsai (1988) a betegek 64%-ánál találtak oligo- vagy amenorrhoeát, 79%-ban anovulációs



ciklust, Lacey és Smith (1987) 45%-ban irreguláris menstruációt, Crow és munkatársai (2002) 57%-nál rendszertelen menzeszt, közel 5%-nál amenorrhoeát, Abraham (1998) 43 BN-s 81%-nál írt le amenorrhoeát. Kimmel és munkatársai (2016) összegzésükben BN-sok körében 7-40%-os amenorrhoea, valamint 36-63%-os oligomenorrhoea arányt írtak le, míg olyan BN-sok esetében, ahol a kórelőzményben AN is szerepelt, ez az arány a 77%-ot is elérte. Túlsúlyos vagy elhízott nők körében Koning (2015) az esetek 20%-ában számol be oligo- vagy amenorrhoeáról.

Morgan és munkatársai (2002) erős összefüggést mutattak ki az evészavarok és a petefészkek morfológiája között. Sok esetben regisztráltak policisztás ováriumot BN-sok körében, amely rendellenesség az evészavar elmúltával normalizálódott. Lee és munkatársai (2019) metaanalízisükben szintén arról számoltak be, hogy PCOS-ben szenvedő nők körében három-négyszeres volt az esélye az evészavar előfordulásának.

Az evészavarok következtében megbomlott nemi ciklus fertilitásra gyakorolt hatására vonatkozóan ellentmondó eredményekkel találkozhatunk. 20 vizsgált terhes BN-s nő 25%-ának nehézségei voltak a teherbeeséssel (Lacey és Smith, 1987), ezzel szemben 173 BN-s nőbeteg 10-15 éves utánkövetéses vizsgálata szerint a korábbi vagy jelenlegi BN-nak nincs jelentős hatása arra vonatkozóan, hogy később képes-e az illető teherbe esni (Crow és mtsai, 2002). Bulik és munkatársai (1999) 66 AN-s és 98 kontrollszemély összehasonlítása során szintén nem találtak fertilitásra vonatkozó különbséget. Brinch és munkatársai (1988) utánkövetéses vizsgálatukban közel egyharmadnyi termékenységi arányt találtak volt AN-sok között (140 nőből 50 szült gyereket), az akaratlagos gyermektelenség aránya pedig átlagos volt. Stewart és munkatársai (1990) egy termékenységi klinikán a 66 vizsgált nő 16,7%-ánál találtak evészavart. Azok a terméketlenségi problémával küzdő nők, akiknek oligo- vagy amenorrhoeájuk volt, 58%-ban evészavarral is küzdöttek. Freizinger és munkatársai (2010) hasonlóan magas arányban, egy privát termékenységi klinika 82 páciensének ötödénél találtak múltbéli vagy aktuálisan fennálló evészavart, ám problémájukról egyikük sem tájékoztatta kezelőorvosát. Easter és munkatársai (2011) az ALSPAC (Szülő-Gyermek Longitudinális Vizsgálat Avon térségében) kutatásban nagy elemszámú minta adatait elemezve azt találták, hogy a jelenlévő vagy korábbi evészavarok negatív hatással vannak a fertilitásra nézve: AN és BN-ben érintettek gyakrabban keresték fel nőgyógyászukat termékenységi problémával, nagyobb arányban fordult elő körükben, hogy a teherbeesés hat hónapnál

hosszabb idő alatt jött létre és magasabb arányban volt körükben a vizsgálat tárgyát képező terhesség valamilyen termékenységi kezelés következménye. A Hecht és munkatársai (2021) összefoglalójában leírtak ez utóbbi tapasztalatokkal állnak összhangban, miszerint a meddőségi kezelést kereső nők körében az átlagpopulációhoz képest magasabb arányban vannak jelen az aktuálisan vagy a múltban evészavarosak.

Túlsúlyos, elhízott nők körében kimutatták, hogy tervezett terhesség esetén – még normális ciklus mellett is – egy-két hónappal később jön létre fogantatás, mint a normális testsúlyúak körében (Gesink Law és mtsai, 2007), s hogy 29-es BMI felett a spontán teherbeesés esélye a BMI emelkedésével csökken (van der Steeg és mtsai, 2008). Asszisztált reprodukciós technikák alkalmazása révén arra derült fény, hogy fiatalabb korban a testsúly erősen befolyásolja a termékenységet, ám 35 éves korra ez a hatás eltűnik, s innentől kezdve az életkor erősebb veszélyeztető tényező a megtermékenyülésre nézve, mint a túlsúly (Sneed és mtsai, 2008).

Evészavarokban tehát gyakori az irreguláris menstruáció, s a termékenység a normális testsúly visszaszerzése után is késhet. Emellett az AN gyakran csökkent szexuális vágygal és aktivitással jár (Túry és Szabó, 2000). BN-ban is van ilyen csökkenés, bár a BN-s betegek általában szexuálisan aktívak, de a túl alacsony, illetve túl magas testsúlyúak a testsúlyuk miatti aggodalom okán visszahúzódhatnak partnereiktől (Abraham, 1998). Mindezek ellenére gyakran jön létre (nem tervezett) terhesség. Morgan és munkatársai (1999a) 94 BN-s nő vizsgálatakor 75%-ban regisztráltak nem várt terhességet, egy másik vizsgálatukban (2006) 122 BN-s betegnél ugyanilyen arányt találtak, míg Bulik és munkatársai (2010) a Norvég Anya-Gyermek Kohorsz vizsgálatban (MOBA) AN-s nők felénél találtak nem tervezett várandósággal, amely több mint kétszeres kockázatot jelentett a nem evészavarosokhoz képest. Micali és munkatársai (2014) szintén AN-s nők körében regisztráltak magasabb előfordulási arányt a nem tervezett terhességek tekintetében. E jelenség hátterében a nem megfelelő fogamzásgátláson túl a szerzők kiemelik azt a – válaszadók által bevallott – téves elképzelést, amely szerint irreguláris menstruáció esetén nem lehet teherbe esni.

#### *1.2.4. Az evészavarok hatása a terhességre, a szülésre és a születendő magzatra*

A nem várt terhességek nagyobb arányú előfordulásának következtében evészavarokban gyakoribb a terhességmegszakítás, de – különösen BN-ban – a vetélés, a

magzati halálozás kockázata is (Bulik és mtsai, 1999, 2010; Morgan és mtsai, 2006; Micali és mtsai, 2007a; Linna és mtsai, 2013).

A korai megfigyelések, esetleírások (Hart és mtsai, 1970; Weinfeld és mtsai, 1977; Strimling, 1984; Treasure és Russell, 1988) megegyeztek abban, hogy az AN-ban szenvedők terhességének komplikációjaként a nem megfelelő anyai súlygyarapodás, hyperemesis, koraszülés, alacsony születési súly, és az újszülött megkésett fejlődése tapasztalható, amely eredmények később is megerősítést nyertek (Koubaa és mtsai, 2005; Linna és mtsai, 2014). Brinch és munkatársai (1988) korábban AN-val hospitalizált nők utódai körében kétszeres koraszülési arányt, és hatszoros perinatális halálozási arányt, Lacey és Smith (1987) 20 BN-s terhes nő körében magas arányú terhességi és szülészeti komplikációkat (pl. magas vérnyomás, preeklampszia, farfekvés) találtak. Treasure és Russell (1988) hat AN-s nő terhességének tapasztalatai alapján összegzik, hogy a fogantatáskori nagyon alacsony (14,9-18,1 közötti testtömegindexszel jellemezhető) testsúlyhoz kis, átlagosan 8 kg-os súlynövekedés társult. Ennek megfelelően a magzatok növekedése elmaradt az átlagostól, ún. SGA (gesztációs korukhoz képest kicsi) babák születtek, amely lemaradást azonban a születés utáni hónapokban „behozták”. A fentiekkel összhangban Stewart és munkatársai (1987) azt találták 15 évesszárral érintett személy 23 terhességét nyomon követve, hogy akik a fogantatáskor gyógyultak voltak, azok körében nagyobb volt az anyai súlygyarapodás, a babák nagyobb súllyal születtek és magasabb volt az 5. percben mért Apgar-értékük, mint azoknak, akiket a fogantatáskor még a restriktív AN vagy a BN tünetei jellemeztek.

A terhességet megelőző anyai testsúly, valamint a terhesség alatti súlygyarapodás alapvető jelentőséggel bír a magzat egészsége, életesélyei szempontjából. A terhesség alatti nem megfelelő anyai súlygyarapodás a koraszülés kockázatát hordozza. Schieve és munkatársai (2000) eredményei szerint még terhesség előtti magas túlsúly esetén is kimutatható ez a kockázat, átlagos, vagy alacsony kiinduló testsúly esetén pedig kifejezetten magas, 3-7-szeres rizikót hordoz. AN-ban az átlagosnál magasabb a koraszülések aránya, az újszülöttek átlagos születési súlya pedig alacsonyabb (Stewart és mtsai, 1987; Brinch és mtsai, 1988; Bulik és mtsai, 1999; Waugh és Bulik, 1999; Micali és mtsai, 2007a; Solmi és mtsai, 2014). Carmichael és Abrams (1997) szakirodalmi áttekintése szerint 13-ból 11 vizsgált tanulmány jutott erre a konklúzióra, valamint kiemelték, hogy a terhesség utolsó harmadában zajló súlygyarapodás (illetve annak

elmaradása) különös jelentőséggel bír a koraszülés rizikójára nézve. Stein és munkatársai (2004) a hollandiai éhezés alatt született személyek adatait elemezve ezzel összhangban lévő eredményre jutottak, miszerint a terhesség utolsó harmadában fellépő éhezés állt összefüggésben a születési súllyal és testméretekkel, míg az első trimeszterre vonatkozóan nem találtak ilyen összefüggést. Siega-Riz és munkatársai (2011) több evészavartípus esetén vizsgálták a terhesség alatti súlygyarapodás alakulását s azt találták, hogy míg AN-ban kisebb az esély rá, hogy az átlagostól elmaradjon a testsúlynövekedés, addig BN-ban és BED-ben fokozott kockázata van a túlzott súlynövekedés előfordulásának.

Conti és munkatársai (1998) 88 anya adatait, akik alacsony születési súllyal (<2500 gramm) hozták világra csecsemőjüket, először két csoportra osztották, a terminust betöltő (SGA), valamint a koraszülöttek csoportjára. Az „SGA-mamák” számoltak be leginkább táplálkozásuk zavaráról, ahhoz kapcsolódó pszichés változásokról, valamint szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az Evészavar Kérdőíven – egyharmaduk volt evészavaros a teszt alapján, míg az idő előtt szülők körében 9% volt ez az arány. Alacsony testsúly, kis terhesség alatti súlygyarapodás, túlevéssel kapcsolatos fokozott aggodalmak, és a dohányzás szintén jobban jellemezte az SGA-csoportot. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a magzati fejlődés visszamaradását elsősorban az anya terhességet közvetlen megelőző, valamint az alatti viselkedése befolyásolja. Zavart táplálkozási magatartással jellemezhető nők körében nagyobb a rizikója, hogy gesztációs korukhoz képest kicsi babát hoznak a világra.

Továbbá, számos tanulmány esetén nem csupán az aktív evészavarral, AN-val érintett személyeknél találtak a fenti eltéréseket (pl. alacsonyabb születési súly), hanem a már gyógyult, egykori evészavarosok körében is (Sullivan és mtsai, 1998; Bulik és mtsai, 1999; Koubaa és mtsai, 2005; Solmi és mtsai, 2014). Sollid és munkatársai (2004) nyilvántartáson alapuló követéses vizsgálatukban azt találták, hogy az alacsony születési súly kockázata korábban evészavarosok körében kétszeres volt, s a koraszülés, valamint az SGA-babák előfordulási valószínűsége is közel kétszer olyan magas volt, mint a nem evészavarosok körében. Micali és munkatársai (2007b) 12254 nő adatait vizsgálva az angliai ALSPAC kutatásban azt találták, hogy terhesség alatt az aktív evészavarosok mutatták a legtöbb evészavartünetet, de a múltban evészavarosok körében is gyakrabban fordultak elő egyes tünetek (pl. falásroham, önhánytatás), mint az

evészavarban nem érintett, akár túlsúlyos, vagy nem túlsúlyos személyek esetében. Easter és munkatársai (2015) kutatásukban szintén arra az eredményre jutottak, hogy a múltban vagy a vizsgálat idején evészavaros anyákat mind a terhesség, mind a posztpartum alatt jobban jellemezték az egyes evészavartünetek, mint például az étkezési korlátozás, az étkezés feletti aggodalom, testsúly- vagy testalakkal kapcsolatos aggodalmak, mint az egészséges kontroll személyeket. Az evészavart, depressziót, szorongást mérő teszteken is mind az aktuálisan, mind a múltban evészavartüneteket mutatók magasabb pontszámot értek el az egészséges csoporthoz képest. A fenti tünetek jellemzően csökkentek a várandósság előrehaladtával, a szülés utáni időszakban azonban kisebb emelkedésnek indultak. A tünetek mindvégig, a csökkenés ellenére is szignifikánsan erősebbek maradtak az evészavaros csoportokban. A szerzők azt találták, hogy a terhesség a tünetek rosszabbra fordulását eredményezheti az evészavarból korábban felépültek körében.

Az evészavarok terhességre gyakorolt negatív hatásával nem minden szerző ért egyet. Ekéus és munkatársai (2006) egy svéd prospektív kohorszvizsgálat adatai alapján, 1000 korábban AN-s nő adatait több mint 800 ezer kontrolléval összevetve nem találtak érdemi különbséget a két csoport terhességi és szülési kimeneteit tekintve. Az egykori AN-sok körében nem volt például magasabb az SGA-babák aránya, s nem végződött a szülés gyakrabban császármetszéssel, vagy más beavatkozással. A szerzők ezt az eredményt elsősorban a svéd egészségügy kimagasló színvonalával magyarázták. Más vizsgálatban is előfordult ugyanakkor, hogy nem találtak az (egykor) evészavaros nők terhességére és szülésére nézve negatív eltérést (Lemberg és Phillips, 1989).

Nem csupán a nagyon alacsony vagy ingadozó, de a(z extrém) magas testsúly is jelenthet problémát a terhesség során. Lucas és munkatársai (1988) 771 anya és koraszülött gyermek párt vizsgáltak, ahol az újszülöttek mindegyike 1850 grammnál kisebb születési súllyal jött világra. A születés utáni 18 hónapon belül csaknem négyszeres volt a halálozás kockázata az elhízott anyák csecsemőinél a vékony anyákhoz képest. Naeye (1990) több mint 56 ezer anya-gyermek adatként elemzésével arra a következtetésre jutott, hogy a 30 feletti BMI-vel rendelkező anyák körében a legmagasabb a perinatális halálozás kockázata (121 ezrelék, közel négyszerese a sovány anyák körében mért adatnak). Thangaratnam és munkatársai (2012) eredményei szerint a terhesség során vagy a gyermekágyi időszakban történő halálozásoknál az esetek több mint a felében az anya túlsúlyos vagy elhízott volt. A nagyarányú halálozás elsődleges

oka a koraszülés, amelynek háttérében az esetek több mint felében akut magzati fertőzés, chorioamnionitis áll. A terhesség előtti magas testsúlyból fakadó megemelkedett magzati halálzási kockázatára hívják fel a figyelmet Cnattingius és munkatársai (1998) is több mint 167 ezer szülés adatainak elemzésére alapozva. Kiinduló magas testsúly esetén további probléma, hogy az extrém elhízott nők első terhességük alatt többet híztak, mint a kevésbé túlsúlyos (BMI<40) társaik (Crandall és mtsai, 2006), holott épp kevesebbet lenne szabad (Institute of Medicine, 2009). Sebire és munkatársai (2001) több mint 287 ezer terhesség adatainak elemzésére alapozva megerősítették, hogy a normális testtömegindexű nőkhöz képest a túlsúlyos, illetve elhízott nők körében terhesség esetén szignifikánsan gyakrabban fordul elő gesztációs diabétesz, preeklampszia, szülésindukció, sürgősségi császármetszés, posztpartum vérzés, genitális, húgyúti vagy sebfertőzés, magas születési súly, intrauterin halálozás. Magas anyai testsúly esetén a születendő magzat két-háromszoros valószínűséggel születik nagy súllyal (legalább 4000 grammal, vagy sorolható a magzat szerinti testsúly felső decilisébe) (Gaudet és mtsai, 2014). Bulik és munkatársai (2009) a már említett norvég kohorsz vizsgálatban (MOBA) a túlevéses zavarral küzdő válaszadók körében nagyobb gesztációs súlygyarapodást és a korukhoz képest magasabb születési súllyal születő babák nagyobb arányát, valamint a császármetszés gyakoribb előfordulását regisztrálták. A BED-del járó nagyobb anyai súlygyarapodás, terhességi magas vérnyomás és gesztációs korához nagy magzat születésének nagyobb kockázatát Linna és munkatársai (2014) is megerősítették 11285 fős mintájuk elemzésére alapozva.

Az előzőek mellett több tanulmány is kimutatta, hogy evészavar esetén lényegesen gyakrabban végződik a terhesség császármetszéssel, vagy igényel más orvosi beavatkozást (Bulik és mtsai, 1999, 2009; Franko és mtsai, 2001; Pasternak és mtsai, 2012). Ennek pontos oka egyelőre nem ismert, de vélhetően a magzati makroszómia is szerepet játszik benne.

#### *1.2.5. A terhesség hatása az evészavarokra és a testképre*

Lacey és Smith (1987) 20 normális súlyú, nem kezelt BN-s nő esetét követték nyomon, s az evészavartünetek változásának három ívét írták le: 9 főnél (45%) a falási epizódok a terhesség alatt folyamatosan javultak, majd a szülés után visszaestek még a fogantatás előttinél is súlyosabb szintre, további 4 főnél (20%) a javulást a korábbi szintre

való visszaesés követte, míg heten (35%) a terhesség alatti állapotjavulást meg tudták tartani, közülük öten még egy év után is tünetmentesek voltak. Az önhánytatás tüneteinek alakulása hasonló mintázatot követett. A kismamák beszámolóit szerint a tünetek javulásának háttérében fontos szerepet játszott a születendő gyermek egészségének megóvása, de fiziológiai tényezők is közrejátszhattak. A magzat növekedése következtében egyre kisebb helyre szoruló gyomor ugyanis nem feltétlenül képes egy-egy falásrohamnyi mennyiségű étel befogadására. A szerzők kiemelik, hogy bár a terhesség természetesen nem tekinthető a BN gyógykezelésének, kétségtelen, hogy a terhesség és a terápia között több hasonló vonás érzékelhető: mindkettő csökkenti a fogyókúra iránti készletét, egyfajta külső korlátozást nyújtva megvéd a súlyos falásrohamoktól, mindkettő bátorít a testalak és a súly elfogadására, változásra motivál, meghatározott ideig tart és lehetőséget biztosít az önreflexióra. Lemberg és Phillips (1989), valamint Morgan és munkatársai (1999a) egy későbbi vizsgálatukban megerősítették, hogy terhesség alatt az evészavaros tünetek javultak, ám tartós javulás csak az esetek egy kis részénél volt megfigyelhető. A tünetek súlyossága, fennállásának ideje, korábbi AN, terhességi cukorbetegség, nem tervezett terhesség és a szülés utáni depresszió a visszaesés prediktorai voltak. A terhesség „természetes gyógyító” hatásáról, majd a lehetséges visszaesésről Easter és munkatársai (2015) is írnak.

A megküzdés (illetve a „nem megküzdés”) három típusát különböztették meg Tierney és munkatársai (2011) is, akik nyolc, evészavarral küzdő nővel készítettek interjút. A gyermeknek legjobbat kívánó anyaság és az evészavarnak való engedés közötti konfliktusban négy fő nem volt képes uralni terhessége alatt az evészavarral járó viselkedésformákat, két fő képes volt félretenni azokat, de szülés után visszaesés következett be náluk, két fő pedig abbahagyta a testsúlykontrollálást, és képes volt ezt szülés után is fenntartani.

Soest és Wichstrøm (2008) 1206 kezdetben gyermektelen nő hat éves utánkövetésének tapasztalatai alapján azt a következtetést vonta le, hogy az anyává válás összességében pozitív hatással van az evészavarok alakulására. Egyes tünetek terhesség alatti javulásáról, elsősorban a BN vonatkozásában, többen is beszámoltak (Crow és mtsai, 2004, 2008; Rocco és mtsai, 2005, Easter és mtsai, 2015), hozzátéve, hogy ezt legtöbbször a szülés utáni visszaesés követi.

Davies és Wardle (1994) terhesség alatt vizsgálta a testkép, a testtel való elégedettség és diéta jellemzőit 76 kismama és 97 kontrollszemély körében. Eredményeik szerint terhesség alatt alacsonyabb pontszámot értek el a várandós nők az EDI *Karcsúság iránti késztetés* és *Testtel való elégedetlenség* alskáláin, mint a nem terhes válaszadók. Kevésbé tartották magukat túlsúlyosnak, s kisebb késztetést éreztek a diétázásra. Mindezek azonban az állapothoz köthető hatások, hiszen az ideálisnak tartott testméret nem különbözött a két csoportban. Carter és munkatársai (2000) szintén azt találták, hogy terhesség alatt az evéshez kapcsolódó aggodalmak léteznek, de nem olyan fontosak, s kevésbé befolyásolják az egyén hangulatát, kevésbé okoznak szorongást. Loth és munkatársai (2011) az előzőekhez hasonló eredményre jutottak, amely szerint terhesek körében – a testsúlynövekedés ellenére – a testtel való elégedettség erősödése figyelhető meg. Larsson és Andersson-Ellström (2003) is azt tapasztalták, hogy az evészavaros és nem evészavaros nők terhesség alatti testváltozáshoz kapcsolódó érzelmei alapvetően pozitívak voltak és nem különböztek érdemben egymástól. A fentiekkel ellentétes eredménye jutottak Easter és munkatársai (2011), akik – a terhesség első felében – a terhességhez fűződő érzelmeket tekintve az evészavaros válaszadók körében negatívabb hozzáállást tapasztaltak a nem evészavaros kontrollcsoporthoz képest. Coker és Abraham (2015) vizsgálatában az evészavaros csoportban a testtel való elégedetlenség várandósság alatt nem változott, a posztpartum időszakban (6., 12. hónap) az elégedetlenség csökkent. A kontrollcsoportban a várandósság második és harmadik trimeszterében tapasztaltak emelkedést a testtel való elégedetlenség vonatkozásában, ami a szülés után (3., 6. hónap) is megmaradt, majd egy évvel a szülés után visszatért a várandósság előtti szintre. A testalkattal való elégedetlenség mindkét csoport esetében a harmadik trimeszterben volt a legmagasabb. A szerzők felhívják rá a figyelmet, hogy mivel – evészavar jelenlététől függetlenül – a várandósság a testsúly emelkedésével jár, minden nő számára fontos lenne a testtúly- és testképváltozással kapcsolatos tájékoztatás és az elfogadás erősítése. Ez utóbbi relevanciáját Riquin és munkatársai (2019) eredményei is alátámasztják, akik azt találták, hogy perinatális depresszió négyszer nagyobb eséllyel fordul elő a testképükkel elégedetlen várandós nők körében.

A médiában a 2000-es években megjelent a „pregorexia” kifejezés, amelyet azon nők jellemzésére használnak, akik – az elhízás elkerülése érdekében – diétázással és testgyakorlással igyekeznek visszaszorítani a terhesség alatti súlygyarapodást, s



megőrizni karcos alakjukat (Mathieu, 2009). Ilyen jelenséget néhány híresség esetében írtak le, ugyanakkor a szerző és a többi szakirodalmi forrás is megerősíti, hogy manapság a terhesség kapcsán a fejlett világban elsősorban nem az alultápláltság, hanem a túlzott súlygyarapodás, az elhízás jelent problémát. Janas-Kozik és munkatársai (2021) is összefoglalójukban arra az eredményre jutottak, hogy a „pregorexia” kifejezés használata az eddigi tapasztalatok alapján nem indokolt, mivel egyelőre nem azonosítottak olyan csoportot, amelyre illene ez a diagnosztikai kifejezés. Ugyanakkor az evészavarok negatív következményei miatt azok időben történő felismerése és komplex kezelése rendkívül fontos.

#### *1.2.6. Az evészavarok hatása a posztpartum időszakra és a gyermek későbbi fejlődésére*

BN-sok körében gyakrabban találkozhatunk szülés utáni depresszióval, mint a nem beteg populációban (Abraham, 1998; Mazzeo és mtsai, 2006; Morgan és mtsai, 2006). Franko és munkatársai (2001) a páciensek egyharmadánál regisztráltak posztpartum depressziót. Meltzer-Brody és munkatársai (2011) 158 terhes, vagy szülés után lévő, pszichiátriailag kezelt nőt vizsgált, s több mint egyharmaduk előtörténetében találtak evészavart. A BN-sok a többi evészavar típusban érintettekhez képest súlyosabb depresszióban szenvedtek, és gyakrabban fordult elő anamnézisükben fizikai vagy szexuális abúzus. Abraham és munkatársai (2001) a szülés utáni depressziót vizsgálva szintén azt találták, hogy a legnagyobb stresszt átélő anyák a terhesség során evészavarban szenvedtek, erőteljesebb aggodalom jellemezte őket mind az étkezéssel, mind a testsúlynövekedéssel kapcsolatban – ezen belül a faló és/vagy purgáló altípushoz tartozók még erősebben élték ezt át, mint a restriktív evészavarban szenvedők. Riquin és munkatársai (2019) a testképükkel elégedetlenek körében írták le a depresszió magasabb előfordulási arányát. Makino és munkatársai (2020) gyógyult evészavarosok körében megfigyelt visszaesésre (67%), valamint ehhez kapcsolódóan a posztpartum depresszió (50%) magas előfordulási arányára hívták fel a figyelmet. Micali és munkatársai (2011) az angliai ALSPAC vizsgálat eredményeit elemezve arra a következtetésre jutottak, hogy mind a múltbéli depresszió, mind a múltbéli vagy aktuálisan fennálló evészavar (külön és összegzett hatás révén is) erőteljesen befolyásolja a perinatális depresszió kialakulását.

Wezel-Meijler és Witt (1989) három AN-s nő hét gyermeke kapcsán alultápláltságról és érzelmi elhanyagolásról számolt be. Lacey és Smith (1987) BN-sok

körében azt találta, hogy bár minden (n=20) kismama szoptatta csecsemőjét, de 70%-uk különböző nehézségekkel küzdött ezzel kapcsolatban, az elválasztásra pedig a babák 3-6 hónapos kora között került sor. Az anyák a szilárd táplálék bevezetésével kapcsolatban tájékozottak voltak, a gyerekek fejlődése kielégítő volt. Tény azonban, hogy e nők 60%-a azon aggodalmaskodott, nehogy gyermeke „úgy elhízzon, mint ő”. Stein és Fairburn (1989) öt BN-s nő esete kapcsán írta le, hogy minden esetben probléma adódott a szoptatással, majd a gyerekek táplálásával (több helyen – a falásrohamokat elkerülendő – nem volt étel a lakásban). A BN-s tünetek felerősödése esetén a gyerekeket elhanyagolták, illetve erősen aggodalmaskodtak a gyermekek súlya és alakja miatt (is).

Stein és munkatársai (1994) egy későbbi vizsgálatban egy és két év közötti gyerekeket figyelt meg. Tapasztalataik szerint az evészavaros anyák kritikusabbak voltak gyermekeikkel, erősebben kontrollálták őket mind étkezések, mind a játék alkalmával, s több konfliktus adódott, több negatív érzésüknek adtak hangot az étkezések kapcsán, mint a kontrollcsoport tagjai. A gyermekek testsúlya kevésbé gyarapodott, mint a kontrollcsoportban, és fordítottan korrelált az anya saját testalakja feletti aggodalmaival. A pozitív megerősítések tekintetében azonban nem volt eltérés a két csoport között. Stein és Fairburn (1996) egy további, posztpartum időszakra vonatkozó prospektív vizsgálatukban 100 először szülő nő esetét követték nyomon. Az evészavarral kapcsolatos pszichopatológiai tünetek a terhesség végétől a szülés utáni 3. hónapig erősödtek, majd a testalakkal, az evéssel kapcsolatos aggodalmak és a diétás megszorítások csökkentek a 6. havi mérés eredményei szerint, a testsúly miatti aggodalom azonban még tovább emelkedett. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a posztpartum időszakban tapasztalható tünetsúlyosbodás nagyrészt a testsúlyváltozás következménye.

Koubaa és munkatársai (2008) evészavaros elsőszülő nők körében 90%-ot meghaladó arányban regisztráltak az anyasághoz kapcsolódó problémákat, míg a kontrollcsoport tagjai körében mindössze 13% volt ez az arány. Korábbi eredményeket megerősítve Larsson és Andersson-Ellström (2003) követéses vizsgálatukban szintén azt találták, hogy azok az anyák, akik (önbevallás alapján) evészavar érintettségükről számoltak be, szignifikánsabb kisebb arányban szoptatták 3 hónapos csecsemőjüket, mint a nem evészavaros anyák. Micali és munkatársai (2009) ugyanakkor az ALSPAC kutatás eredményeire alapozva nem találtak kisebb hajlandóságot a csecsemő szoptatására

evészavarosok körében, sőt, szívesebben szoptatták csecsemőiket, mindamellert az AN-ban érintettek szoptatási nehézségekről számoltak be az első fél év során, BN betegek esetében pedig gyakrabban fordult elő a csecsemő túltáplálása, már 9 hónapos korban gyorsabb növekedés és túlsúly volt regisztrálható ezeknél a babáknál az evészavarban nem érintett kontrollszemélyekhez képest. Nguyen és munkatársai (2017) szintén hasonló szoptatási hajlandóságot tapasztaltak evészavaros és kontrollszemélyek vizsgálata során, emellett az evészavaros anyák magasabb minőségű étrendjéről számoltak be. Zanardo és munkatársai (2014) elhízott nők körében nagyobb hajlandóságot találtak a szoptatás fenntartására, s az elválasztás kitolására.

Micali és munkatársai (2010) egy további tanulmányukban pedig megerősítették, hogy az élet során bármikor előforduló evészavar megnöveli az újszülött táplálásában fellépő nehézségeket, méghozzá a zavarhoz kapcsolódó distressz (depresszió és szorongás) révén. Waugh és Bulik (1999) tíz (egykor) evészavaros és tíz kontrollszemély összehasonlítása során az előzőekhez hasonlóan azt tapasztalták, hogy az evészavaros anyáknak több nehézséget okozott a szoptatás fenntartása, kevesebb pozitív reakciót mutattak az étellel, étkezéssel kapcsolatban a csecsemő etetése során, valamint sokkal kisebb eséllyel étkeztek együtt gyermekükkel, mint a nem evészavaros anyák. Martini és munkatársai (2019) bár a szoptatási hajlandóságot tekintve nem találtak érdemi különbséget, ugyanakkor mind az aktív, mind a múltban evészavaros anyák többet aggodalmaskodtak csecsemőjük étkezését és súlygyarapodását illetően.

A téma ellentmondásos eredményeit több közlemény (Kaß és mtsai, 2021; Martínez-Olcina és mtsai, 2020) is összegzi.

#### *1.2.7. Az evészavarok átörökítésének lehetősége*

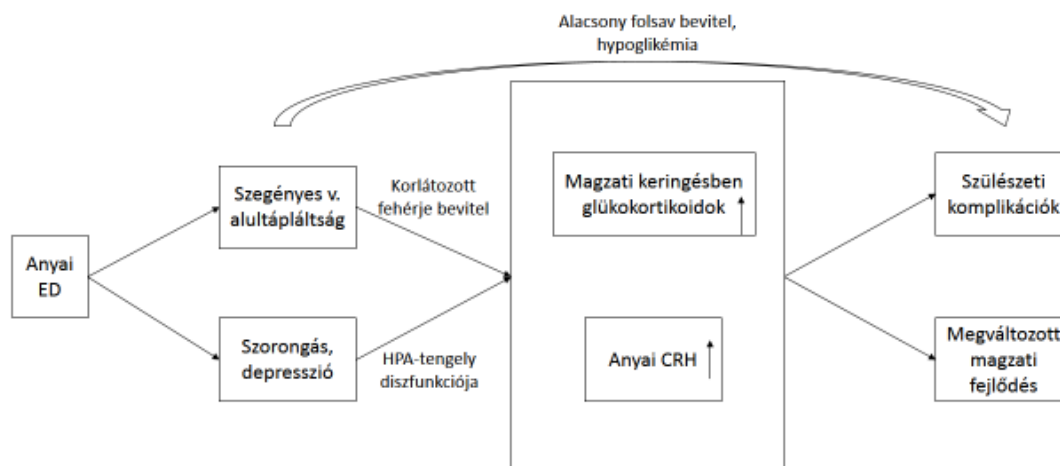
Az evészavarok olyan pszichoszomatikus megbetegedések, amelyek kialakulásában és fennmaradásában genetikai, pszichés és szociális faktorok egyaránt szerepet játszanak. Ezek kölcsönös és folyamatos egymásra hatása következtében az evészavarok következményei nem állnak meg az érintett személynél, hanem terhesség esetén a magzatra, illetve epigenetikus változásokat indukálva, ezt vagy más betegséget kialakítva és fenntartva az utód későbbi életére is hatással lehetnek.

Dahl és munkatársainak (1986) csecsemők körében fellépő, biológiai okokkal nem magyarázható táplálási zavarok kialakulásának hátterében lévő okok feltárását célzó

vizsgálata azt igazolta, hogy a terhesség alatti jelentős anyai szorongás és a szoptatási nehézségek mellett a szülők saját átélte táplálási zavarait örökítik át gyermekeikre.

Bulik és munkatársai (2005) a gyermeki AN kialakulásának kettős kockázatát a következőkben foglalták össze: anyai AN esetén a terhesség előtti alacsony BMI, a terhesség alatti nem megfelelő táplálkozás, a súlygyarapodás elmaradása, negatív terhességi kimenetek kockázata adott. Az AN következtében gyakrabban fellépő koraszülés és alacsony születési súly pedig később kialakuló AN alapját jelenthetik. A fenti tényezők – bár részben tekinthetők környezeti hatásoknak – az anya genotípusa által erőteljesen meghatározottak. E genetikai meghatározottság mellett az AN kialakulására nézve a kockázat fennmaradása, illetve ezen ördögi kör megszakításának lehetősége részben környezeti hatásoktól függ.

Az anyai evészavar magzatra vonatkozó hatását Micali és Treasure (2009) modelljükben (1. ábra) a következőképpen írják le: a szegényes anyai táplálkozás, különösen a csökkent fehérjebevitel révén, valamint a komorbiditásként megjelenő szorongás és depresszió a HPA-tengely diszfunkciója révén megnöveli az anyát, s rajta keresztül a magzat vérkeringésében a glükokortikoid és a kortikotropin felszabadító hormon (CRH) szintjét. Mindezek szülészeti komplikációkhoz (lelassult növekedés, alacsony születési súly), valamint a magzat későbbi fejlődésének megváltozásához vezetnek, azaz epigenetikai hatásokat idéznek elő a magzatban. A szegényes táplálkozás az alacsony folsav és vasbevitel, valamint a hipoglikémia révén közvetlenül is okozhat szülészeti komplikációkat. E két megközelítés a szerzők szerint minden típusú evészavarra érvényes, noha az alutápláltság inkább AN-ban jellemző. Másrésztől feltevésük szerint a vércukor metabolizmus megváltozása lehet a felelős az abnormális magzati fejlődésért és a vetélésért BN-ban.



1. ábra: Micali és Treasure (2009) rizikó modellje az anyai evészavar átörökítéséről

A táplálkozási zavarok átörökítése a túlsúlyos, elhízott anyák esetében is hasonló mechanizmusok révén zajlik. Az anyai túlsúly valószínűleg hozzájárul a makroszómia kialakulásához, többek között a magasabb inzulin rezisztencia mechanizmusán keresztül, amely a magzatban magasabb vércukor és inzulin szinteket okoz. A placenta lipáz enzimei lebontják az anyai triglicerideket, lehetővé téve ezáltal szabad zsírsavak átterülését a növekvő magzatba (Gaudet és mtsai, 2014).

A fejlődés korai feltételei és a későbbi egészségügyi következmények összefüggéseinek részletes elemzését adja Hanson és Gluckman (2014). A DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) koncepciója szerint az ember betegségei sok esetben már az egyedfejlődés során eldőlhetnek. A szerzők erre azonban a „programozás” helyett a „kondicionálás” kifejezést javasolják, hiszen nem determinisztikus összefüggésekről van szó, hanem arról, hogy az élet korai szakaszának körülményei, a környezeti hatások kondicionálják az egyént arra, hogy milyen fiziológiai választ adjon egy későbbi környezeti kihívás esetén. Egy környezeti ingerre adott válasz nem feltétlen a kezdetektől patológiás.

### *1.2.8. Az evészavarok felismerése a női reprodukció kapcsán*

Az evészavarok egyik fő jellemzője a zavar eltitkolása, a szülészet-nőgyógyászat területén tevékenykedő orvosok, ápolók, szülésznők számára tehát nem evidens e zavarok felismerése. Bye és munkatársai (2018) a zavar azonosításának több akadályát is leírták: a legfontosabb ezek közül a nők megbélyegzéstől való félelme. Nem merik problémájukat szülészük, nőgyógyászuk előtt feltárni, de sokszor az orvosok is vonakodnak eziránt érdeklődni. Másik jelentős akadály az egészségügyi szereplők hiányos vagy nem eléggé magabiztos tudása e területen. További nehézséget jelent a nők részéről az önmenedzselés preferálása, a betegség belátásának alacsony foka, valamint az egészségügyi rendszer komplex kezelést nyújtó lehetőségeinek korlátozottsága, hiányos kommunikáció az egyes szereplők között.

Egy angol felmérés szerint (Morgan, 1999a) 115 nőgyógyász mindössze egyötöde volt magabiztos abban, hogy képes az evészavarok felismerésére. Az AN és a BN meghatározó tüneteit szinte mindenki tudta, de azokon túl már kevésbé, az evészavarok nőgyógyászati vonatkozásait pedig a legkevésbé ismerték. A megkérdezettek harmada elítélően tekintett az evészavarokra. Abraham (2001) 67 nőgyógyász megkérdezése során arra az eredményre jutott, hogy az első vizit alkalmával a nőgyógyászok elsősorban a dohányzási, alkoholfogyasztási szokásokra kérdeznék rá a pácienseiknél (96-84%-uk tett így), a testedzési szokások, depresszió iránt körülbelül az orvosok fele (49-48%) érdeklődik, míg a testsúlykonrollálási szokásokra és az evészavarok előfordulására alig egyötödük (19-18%) kérdezett rá. Terhesség előtti BMI-t egyik esetben sem kalkuláltak. A terhesgondozás során a kismama testsúlyát elsősorban a nővér mérte meg, a testsúly és testsúlyváltozás jelentőségéről az orvosok kevesebb mint harmada (28%) beszélt páciensével.

Stewart már 1987-ben a terhességnek az evészavar gyógyulásáig történő kitolását javasolta, 1992-es összefoglaló cikkében pedig már hangsúlyosan kitért az orvosok szerepére és feladataira az evészavar felismerésében, és az érintett nők terhességeinek nyomon követésében. Javaslata szerint a reprodukív funkció zavarai (pl. anovuláció, oligo- vagy amenorrhoea, terméketlenség) esetén elengedhetetlen, hogy az orvosok a páciens táplálékbevitelére, esetleges korábbi evészavara, valamint testsúlycsökkentő viselkedésformái iránt is érdeklődjenek. Evészavaros páciens vonatkozásában megerősítette a fogantatás időbeli kitolásának jelentőségét, már létrejött terhesség esetén

pedig a korai felismerés és kezelés fontosságát, amellyel mind az anyai, mind a magzati komplikációk csökkenthetők. Kitért arra is, hogy evészavaros anyáknál a csecsemő fejlődését, táplálását is nyomon kell követni. Franko és Walton (1993) az előbbieket a következő szempontokkal egészítette ki: felismert evészavar esetén pszichoterápia alkalmazása, edukáció, a kismama tájékoztatása a normális súlygyarapodás mértékéről, szükségességéről. Hangsúlyozni kell, hogy nem permanens, csupán átmeneti változásról van szó. Informálni kell továbbá egyes tápanyagoknak a magzat fejlődésében betöltött fontos szerepéről, a normális táplálkozás szükségességéről. A szerzők kiemelik, hogy evészavaros páciensek esetén elengedhetetlen, hogy az orvos maga monitorozza a kismama súlyát, a beteg által bementett értékek ugyanis egyáltalán nem megbízhatóak. Fontos emellett a nőgyógyással való kommunikáció, hiszen a betegek hajlamosak eltitkolni betegségüket.

Stewart és munkatársai (1990) is mindenképpen ajánlják, hogy terméketlenségi problémák esetén a páciens táplálkozási szokásaira és evészavar történetére is kérdezzenek rá, különösen, ha a terméketlenség háttérben menstruációs rendellenesség is tapasztalható. Ezt Abraham és munkatársai (1990) kiegészítik a testedzési szokások iránti érdeklődéssel is, s felhívják a figyelmet, hogy mielőtt egy orvos gyógyszeresen beavatkozik a női havi ciklus működésébe, ezt körültekintően, a fent leírt szempontokat is feltárva és mérlegelve kell megtennie.

Fontos gyakorlati következménye e kutatásoknak, hogy milyen tudást tudnak adni az orvosok, jelen esetben a nőgyógyászok kezébe, amivel eredményesebbek tudnak lenni az evészavarok felismerésében és a kezeléshez való hozzájárulásban. Az utóbbi években is több tanulmány készült (Franko és Spurrel, 2000; Fornari és mtsai, 2014), amelyek nőgyógyászok, illetve az evészavaros nőket kezelő team számára fogalmazznak meg ajánlásokat. Ezek döntően a fent leírt szempontokat ismétlik meg: kiemelik a részletes anamnézis (nem csupán nőgyógyászati, hanem a táplálkozásra, testedzésre, mentális egészségre vonatkozó kérdések) felvételének, a beteg folyamatos monitorozásának fontosságát, a testsúly orvos általi rendszeres mérését (lehetőleg olyan ruházatban, amely nem alkalmas plusz súlyok elrejtésére), a terhességhez kapcsolódó súlyváltozásról és táplálkozási tényezők magzatra gyakorolt hatásáról szóló részletes tájékoztatás szükségességét. A páciens kezelésébe dietetikus és pszichológus vagy pszichiáter bevonása is ajánlott, valamint állapotát a szülést követően is nyomon kell követni.

Evészavaros páciens kezelése során – viselkedése megértéséhez és a minél hatékonyabb segítségnyújtás érdekében – a vele foglalkozó team tagjainak tisztában kell lenniük az evészavarok pszichés jellemzőivel is (mint például a betegség eltitkolására való hajlam, a testtel, testsúllyal kapcsolatos aggodalmak mértéke, a testsúly manipulálása).

Easter és munkatársai (2013) a terhességkezelés kezdetén lévő 739 nő vizsgálatán 7,5%-uknál azonosítottak evészavart, s eredményeik szerint 23,4%-ukat jellemezték a testsúlyukra és alakjukra vonatkozó erőteljes aggodalmak. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a terhesség során előforduló evészavar jóval gyakoribb jelenség, mint azt korábban gondolták, ezért elengedhetetlen, hogy minél többen meg- és felismerjék az evészavarok terhességhez kapcsolódó tünetét, valamint érvényes mérőeszközt alakítsanak ki és adjanak a terhességkezelésben résztvevők kezébe. Harris (2010) rutinszerű szűrést javasol az evészavarok kiszűrésére, s így a lehetséges negatív komplikációk megelőzésére. E szűrés része a társuló káros viselkedések (dohányzás, alkoholfogyasztás, hashajtó használat, növényi étrendkiegészítők használata, önszex) felmérése is. Coker és munkatársai (2013) szintén azt erősítették meg, hogy az evészavarral küzdő nőknek terhességük idején és a posztpartum időszakban is támogatásra van szükségük, s egyfelől nem igaz, másfelől hiba azt kommunikálni feléjük, hogy a terhesség az evészavarból való felépülésüket fogja eredményezni.

### *1.2.9. Összegzés*

Az evészavarok nők körében gyakran előforduló pszichoszomatikus megbetegedések, amelyek különböző típusúak, súlyossági fokúak lehetnek, s további komorbid zavarok társulhatnak hozzájuk. Előfordulásuk átfedésben van a női nemi érés és reprodukív évek valamely szakaszával, így óhatatlanul hatnak egymásra.

Evészavarokban a női nemi ciklus diszfunkciója rendkívül gyakori, s nem csupán az alacsony testsúllyal jellemezhető AN esetén jellemző az oligo- vagy amenorrhoea, hanem a BN, BED és obezitás előfordulása mellett is (Kimmel és mtsai, 2016; Koning, 2015). Ez utóbbi kórképek esetén PCOS-t is gyakrabban figyeltek meg (Lee és mtsai, 2019). Az evészavarok következtében megbomlott nemi ciklus fertilitásra gyakorolt hatása ellentmondásos: termékenységi kezelést kereső nők körében többen regisztrálták az evészavar átlagosnál nagyobb arányú előfordulását (Stewart és mtsai, 1990; Freizinger és mtsai, 2010; Hecht és mtsai, 2021). Egyes szerzők a jelenlévő vagy korábbi



evészavarok fertilitásra gyakorolt negatív hatásáról számolnak be (Easter és mtsai, 2011), míg mások nem találtak a fertilitásban eltérést evészavarosok és nem evészavarosok között (Bulik és mtsai, 1999; Crow és mtsai, 2002). Az irreguláris menstruáció következtében AN és BN-ben jelentősen megnő a nem tervezett terhesség esélye (Morgan és mtsai, 2006; Bulik és mtsai, 2010; Micali és mtsai, 2014).

AN esetén a következő, a terhességgel és szüléssel kapcsolatos komplikációkat írták le: nem megfelelő anyai súlygyarapodás, hyperemesis, alacsony születési súly, SGA újszülött, koraszülés, perinatális halálozás (Koubaa és mtsai, 2005; Linna és mtsai, 2014). BN-ben és BED-ben a túlzott súlygyarapodás kockázata jelenik meg (Siega-Riz és mtsai, 2011). Az anyai túlsúly számos rizikót hordoz, mint például a gesztációs diabétesz, terhességi magas vérnyomás, preeklampszia, különböző infekciók, makroszómia, vetélés, intrauterin halálozás, császármetszés gyakoribb előfordulása (Sebire és mtsai, 2001; Thangaratinam és mtsai, 2012; Linna és mtsai, 2014). Túlsúlyos anyák esetében a perinatális halálozás kockázata akár négyszeres is lehet a sovány anyákhoz képest (Naeye, 1990).

Terhesség során az evészavartünetek általában enyhülnek (Lacey és Smith, 1987; Morgan és mtsai, 1999a; Easter és mtsai, 2015). Mindamellet jobban jellemzik az evészavaros nőket a terhesség során az egyes evészavartünetek, mint például az étkezési korlátozás, az étkezés feletti aggodalom, a testsúllyal vagy testalakkal kapcsolatos aggodalmak, mint az egészséges kontroll személyeket (Easter és mtsai, 2015). Szülés után az evészavartünetek súlyosbodásának, és – különösen BN-ben – a posztpartum depresszió kialakulásának kockázata fennáll (Mazzeo és mtsai, 2006; Easter és mtsai, 2015). Az evészavar és a szoptatás, a csecsemő táplálásának vagy gondozásának kapcsolatáról megjelent kutatási beszámolók ellentmondásos eredményekről számolnak be (Kaß és mtsai, 2021; Martínez-Olcina és mtsai, 2020).

Az evészavarok fertilitásra, várandósságra, szülésre és posztpartumra ható negatív következményei szükségessé teszik a zavarok mielőbbi felismerését, amit azonban megnehezít a betegség rejtett volta, az egyén részéről az eltitkolás, a megbélyegzéstől való félelem, másrészt az egészségügy részéről az erre vonatkozó rutin eljárások hiánya (Abraham, 2001; Harris, 2010; Bye és mtsai, 2018).

## 2. Célkitűzések

Az evészavarok nőgyógyászati, szülészeti összefüggései hazai viszonylatban kevésbé feltártak. A nemzetközi tapasztalatok ugyanakkor arra utalnak, hogy az evészavarok terhességgel összefüggő hatásainak megjelenésével számolni kell. Terhesség alatt nemcsak a testtel kapcsolatos változások kerülnek előtérbe, hanem a táplálkozás iránti figyelem is fokozódik. Egyre nagyobb hangsúly kerül a táplálkozás terhesség alatti jelentőségére. Egyrészt orvosi ajánlásokat követve, másrészt azért, mert az anyák többsége szeretne mindent megtenni leendő gyermeke egészsége és fejlődése érdekében. Emiatt a klasszikus evészavarok előfordulásának és hatásainak vizsgálata mellett egy gyakori maladaptív jelenség, az egészséges táplálkozásra irányuló túlzott mértékű figyelem vizsgálata is indokoltá vált. Mindezekkel összefüggésben kutatásom fő célkitűzései a következők voltak:

1. Legyen érvényes mérőeszköz, amellyel e speciális populáción az evészavar érintettség azonosítható, szűrhető. A téma kiterjedt nemzetközi szakirodalma ellenére terhes populációra validált mérőeszköz korábban nem volt ismert.

2. Az egészséges táplálkozást a központba helyező ORTO tételek közül az evészavar érintettség tekintetében legjobban differenciáló itemek kombinációjának megtalálása.

3. Az evészavar érintettség azonosítása a vizsgált várandós mintán. Szimulált diagnózis felállításának segítségével a vizsgálati mintán belül egy olyan csoport elkülönítése, amelynek tagjai zavart táplálkozási magatartásformák szomatikus és pszichés tüneteit hordozzák.

4. Az „evészavaros”-ként és „nem evészavaros”-ként definiált csoportok esetén a reprodukív működés és a terhesség lefolyásának összehasonlítása.

5. Az „evészavaros”-ként és „nem evészavaros”-ként definiált csoportok esetén az életmód és egyes attitűdök összehasonlítása a terhesség kapcsán.

A fenti célok mentén a következő hipotézisek fogalmazhatók meg:

1. A terhesség élettani változásait – testsúlygyarapodás, hányinger, hányás, táplálkozás változása – figyelembe véve azt feltételezem, hogy az EDI módosításokkal lesz alkalmazható kismama populáción az evészavar érintettség szűrésére.

2. A rövidsége miatt a gyakorlatban széleskörűen elterjedt SCOFF tesznek a terhes populáción – a terhesség fent említett élettani változásaira tekintettel – nem lesz

minden tétele releváns, emiatt a kérdőív a standard küszöbértékkel nem lesz alkalmazható.

3. Feltételezem, hogy kiválaszthatók olyan ORTO tételek, amelyek az „evészavaros” csoportban magasabb értéket mutatnak a kontrollcsoporthoz képest.

4. Feltételezem, hogy a tesztek és más vizsgált paraméterek alapján jól elkülöníthető egy „evészavaros”-nak nevezett csoport. Ez jelen esetben nem egy diagnosztizált betegcsoportot jelent, hanem olyan válaszadók csoportját, akik táplálkozási magatartásában, testükhöz való viszonyában valamilyen zavar, kóros tünet, vagy tünetegyüttes tapasztalható.

5. Feltételezem, hogy az „evészavaros” csoportba tartozó válaszadók terhesség alatti súlygyarapodása és a testsúlyváltozással kapcsolatos attitűdjei eltérnek a kontrollcsoporttól. Az érintett csoportban a testsúllyal és testalkattal kapcsolatos aggodalmak fokozottabb előfordulása várható.

6. Feltételezem továbbá, hogy a fertilitáshoz, terhességhez és a szüléshez kapcsolódó változók eltérőek lesznek a két csoportban: az „evészavaros” csoport körében az irreguláris menstruáció, a nem tervezett terhesség, a császármetszés, az anyasággal kapcsolatos aggodalmak, korábbi abortusz vagy spontán vetélés magasabb előfordulási aránya, valamint a spontán létrejövő terhességek, a szoptatási hajlandóság kisebb valószínűsége várható.

7. A jelen vizsgálatban a koraszülés kizárási kritériumként szerepelt, ezért a gesztációs hetek számában és a magzatok születési súlyában nem várható eltérés.

8. Evészavar érintettség esetén a terhesség alatti táplálkozás tudatosabbá és rendszeresebbé válik, jellemzőbb lesz az ételek minőségére való fokozottabb odafigyelés.

### 3. Módszerek

#### 3.1. A mintavétel módszere és a minta jellemzői

A Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2012 májusa és 2013 áprilisa között keresztmetszeti, kérdőíves felmérést végeztem. 1300 kismamát vontam be a vizsgálatba, akik a megjelölt időszakban a Klinikán szültek. Bevonási kritériumként szerepelt, hogy a szülés a 37. gesztációs hét betöltése után történjen, valamint hogy a gyermek egészséges legyen, azaz születésekor semmilyen fejlődési rendellenesség, betegség vagy fogyatékoság nem volt ismert. (Tekintettel arra, hogy a vizsgálat a gyermekágy időszaka alatt zajlott, a patológikus terhesség, illetve a csecsemő betegsége esetén az akut pszichés terhelés miatt az ebben érintett kismamák esetén adatfelvételre nem került sor.) Bevonási szempont volt még ezeken felül, hogy a válaszadó ismerje a magyar nyelvet, képes legyen magyarul írni és olvasni. Kizártam tehát a vizsgálatból azokat, akik a 37. gesztációs hét betöltése előtt szültek, illetve akik saját vagy gyermekük egészségi állapota miatt intenzív ellátásra szorultak. A kismamák szülés után, a Gyermekágyas Osztályra érkezve kapták meg az önkitöltős vizsgálati kérdőívet és a hozzá tartozó tájékoztatót, valamint a beleegyező nyilatkozatot. A kutatási anyagok terjesztése majd gyűjtése az osztályon dolgozó nővérek bevonásával történt, ami kedvezően hatott a válaszadási hajlandóságra. A válaszadási ráta 88,2% lett. A vizsgálatból kieső 154 fő vagy válaszmegtagadás, vagy hiányos kérdőívkitöltés miatt került kizárásra. Ez utóbbira azokban az esetekben került sor, amikor olyan releváns válaszok hiányoztak a kérdőívből, amelynek következtében az evészavar érintettség nem volt meghatározható. A kutatáshoz a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának részéről etikai engedélyével rendelkezem (Nr 12631/2012/EKU. [212/PI/12.]). A vizsgálatot az Orvosok Világszövetsége Helsinkii Nyilatkozatának (World Medical Association, 2014) elveit tiszteletben tartva végeztem, a résztvevők a kutatásba tájékozott beleegyezést adtak.

A vizsgálati minta alapvető demográfiai jellemzői: a válaszadók életkora 18 és 47 év között mozog, normális eloszlást követve, átlagéletkoruk 32,1 év (szórás 5,16). Településtípust tekintve egyaránt tartalmaz (fele-fele arányban) fővárosi és vidéki válaszadókat is, hiszen a Klinika kiemelt szülészeti és nőgyógyászati központ, tevékenysége nem korlátozódik a helyi páciensek ellátására. A mintában a diplomások, s

a szellemi munkát végzők felülreprezentáltak, ez az alapfokú iskolázottságuk alacsonyabb válaszadási hajlandóságára utalhat. A válaszadók BMI átlaga és kategóriáinak megoszlása a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet Hungarostudy 2013 kutatásának adataival összevetve nem tér el az azonos korú magyar nők BMI adataitól, azaz a BMI szempontjából a minta jól leképezi a reprodukív korú magyar női populációt. További, részletes adatokat az 1. táblázat tartalmaz.

1. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása

Összes válaszadó	n (%) 1146 (100)		n (%) 1146 (100)
<b>Életkori csoportok</b>		<b>Gazdasági aktivitás (szülés előtt)</b>	
x-25 év	109 (9,5)	szellemi munkát végzett	622 (54,3)
26-30 év	300 (26,2)	fizikai munkát végzett	173 (15,1)
31-35 év	403 (35,2)	inaktív volt	348 (30,4)
36-x év	315 (27,5)	válaszhiány	3 (0,3)
válaszhiány	19 (1,7)	<b>Családi állapot</b>	
<i>átlag életkor év (SD) [terjedelem]</i>	<i>32,1 (5,16)</i> <i>[18-47 év]</i>	házas	791 (69,0)
<b>Legmagasabb befejezett iskolai végzettség</b>		élettársi kapcsolatban él	295 (25,7)
legfeljebb 8 osztály	69 (6,0)	egyéb (egyedülálló, elvált, özvegy)	55 (4,8)
szakmunkásképző	86 (7,5)	válaszhiány	5 (0,4)
érettségi, felsőfokú szakképzés	367 (32,0)	<b>Terhesség előtti BMI</b>	
főiskola, egyetem	621 (54,2)	alultáplált (BMI<18,5)	81 (7,1)
válaszhiány	3 (0,3)	normális súlyú (18,5≤BMI<25)	729 (63,6)
<b>Lakóhely településtípusa</b>		túlsúlyos (25≤BMI<30)	211 (18,4)
Budapest	574 (50,1)	elhízott (BMI≥30)	103 (9,0)
város	395 (34,5)	válaszhiány	22 (1,9)
község	169 (14,7)	<i>átlag BMI (SD) [terjedelem]</i>	<i>23,41 (4,63)</i> <i>[15,42-47,75]</i>
válaszhiány	8 (0,7)		

### 3.2. Mérőeszközök

A kutatási kérdőív a szociodemográfiai jellemzők (kor, iskolai végzettség, lakóhely településtípusa, gazdasági aktivitás, családi állapot) felmérése után a testsúllyal és testalakkal kapcsolatos antropometriai adatokra, változásokra, elégedettségre, attitűdökre kérdez rá, majd a korábbi és az aktuális terhességre, annak létrejöttére, lefolyására, kapcsolódó betegségekre, a szülésre és az újszülöttre vonatkozóan gyűjt információkat. Emellett kitér a válaszadó életstílusára, sportolási, dohányzási,

alkoholfogyasztási szokásaira is. Végül az evészavar érintettség meghatározásával, és a terhesség alatti táplálkozási magatartás változásával egy teljes blokk foglalkozik. Az evészavar érintettség kérdését több oldalról is megközelítettem. A következőkben bemutatom azokat a teszteket, amelyek a felmérés alapjául szolgáltak. Emellett az önbevallás módszerét alkalmazva rákérdeztem, hogy a válaszadónak saját bevallása szerint volt-e valaha, a terhességet megelőző egy évben, vagy akár még a terhesség alatt is evészavara vagy sem. A kutatás teljes kérdőíve a mellékletben található.

### *3.2.1. Evészavartünetek Súlyossági Skálája*

Az Evészavartünetek Súlyossági Skálája egy tünetleltár, az AN-s és BN-s tünetek gyakoriságának értékelésére szolgáló önpontozó kérdőív (Yager és mtsai, 1987). Az evészavar érintettség mérésének egyik megközelítése ezt alapul véve történt, az evészavarok testi és pszichés tüneteinek bármikori előfordulására való rákérdezéssel, amely az élettartam prevalencia mintájára egyfajta „élettartam érintettség” becslésére adott lehetőséget.

### *3.2.2. Az Evési Zavar Kérdőív*

A Garner és munkatársai által 1983-ban kidolgozott Eating Disorder Inventory (EDI) az elmúlt évtizedekben az evészavarok szűrésében leggyakrabban alkalmazott kérdőívvé vált. Hazai adaptációját Túry és munkatársai 1997-ben végezték el. Az EDI egy 64 tételből álló, Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív. A nyolc alskálába rendezett tételek, a karcsúság iránti késztetés, bulimia, testtel való elégedetlenség, elégtelenség érzése, perfekcionizmus, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság, félelem a felnőtté válástól, az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedéses tényezőket értékelik. Ezek közül három diagnosztikai céllal is alkalmazható: a „*Karcsúság iránti késztetés*”, a „*Bulimia*” és a „*Testtel való elégedetlenség*” alskála az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdöket és/vagy viselkedéseket hivatott mérni. Ezek esetén van lehetőség kóros ponthatárok megállapítására, ha szűrővizsgálatot végzünk az EDI-vel. Általában a következő küszöbértékeket használják: karcsúság iránti késztetés alskála esetén > 14 pont; bulimia alskála esetén > 14 pont; testtel való elégedetlenség alskála esetén > 21 pont. A többi

alskálában, az általános személyiségtényezőket tekintve nincs kóros határ. A tesztnek később második és harmadik verziója is megjelent, ezek több személyiségjegyet mérnek.

Az evészavar érintettség mérésének másik megközelítése “pont” érintettség becslését célozta, amelyhez az Evési Zavar Kérdőív (EDI) három diagnosztikai alskáláját, a *Karcsúság iránti késztetést*, a *Bulimiát* és a *Testi elégedetlenséget* (Garner, 1983; magyar adaptáció: Túry és mtsai, 1997) használtam.

### 3.2.3. A SCOFF

Az evészavarok prognózisa annál kedvezőbb, minél hamarabb felismerik a kórképet. Mivel a fent bemutatott EDI és a többi ismert evészavar kérdőív is igen hosszú, több tíz tételes, az orvosi gyakorlatban – elsősorban az alapellátás oldaláról – szükségessé vált egy olyan rövid teszt létrehozására, amely az evészavarok elsődleges szűrésében segítséget jelent. Ezt az igényt felismerve alkották meg Morgan és munkatársai (1999b) a SCOFF kérdéssorát. A kérdőív öt egyszerű, fő evészavartünetre vonatkozó kérdést tartalmaz, amelyek egy-egy kulcsszavának kezdőbetűi adják ki a „SCOFF” szót. Az ezekre adott kettő vagy több „igen” válasz kelti fel az evészavar gyanúját. Egyszerűsége, könnyű memorizálhatósága és alkalmazhatósága hamar népszerűvé tette a tesztet. A kapcsolódó validitás vizsgálatok (Dukay-Szabó és mtsai, 2016b) tanúsága szerint a SCOFF nem diagnosztikai céllal, de a kérdőív kidolgozói által meghatározott két „igen” válasz szerinti kritikus határt figyelembe véve átlagpopuláción alkalmas az evészavarok elsődleges szűrésére. Ezt az eredményt a teszt hazai adaptációja során is igazoltuk (Dukay-Szabó és mtsai, 2016a). Klinikai súlyosságú esetek felderítésében a SCOFF szenzitivitása 100%-osnak bizonyult, s ez megegyezik a teszt kidolgozói által kapott eredménnyel (Morgan és munkatársai, 1999b). Specificitása szintén magas, 85,08%. Tapasztalataink szerint a teszt a súlyosabb esetek detektálásában jobb. Azonos mintán alkalmazva a SCOFF magasabb szenzitivitást és alacsonyabb specificitást mutatott, mint az EDI. Mindkét kérdőív, az EDI és a SCOFF is – átlagos, fiatal felnőtt mintán – érvényes és megbízható mérőeszköz, ezért vizsgálatomban a SCOFF teszt alkalmazhatóságát is ellenőriztem.

### 3.2.4. Az ORTO-15

A Donini és munkatársai (2005) által létrehozott és validált ORTO-15 skála az ON-val kapcsolatos érintettség kiderítésére hivatott. Az ON még nem számít önálló

nozológiai egységnek, azonban a klinikai gyakorlatban egyre több, az ON kritériumainak megfelelő, az étel minőségi aspektusait a középpontba állító tünetképződéssel találkozhatunk. Egy átlagos evészavar szűrésnek nem része ennek a kérdőívnek a felvétele, de mivel a terhesség során maga az étel, az egészség, az egészséges táplálkozás kérdése is hangsúlyt kap, ezért az ON gyanújára utaló, az ORTO-15 kérdőívben szereplő tételek alkalmazása is felmerült. Mivel azonban a kérdőív terjedelme elérte azt a határt, ami már a válaszadást veszélyezteti, valamint a teszt hazai adaptációja még nem készült el, ezért az ORTO tételeknek csak egy részét szerepeltettem úgy, hogy az eredeti 15 állítás fele, szakértői kiválasztással a terhesség szempontjából releváns 8 item került be a kérdőívbe. A teszt hazai adaptációját – a jelen dolgozat adatfelvétele után – Varga és munkatársai végezték (2014), amelynek során faktoranalízis segítségével az ORTO-15 11 tétel, egyfaktoros magyar verziója készült el. Az új teszt az átfogó pszichometriai elemzés során jó mérőeszköznek bizonyult. Az ON hajlamú személyek az egészséges életmód több jellemzőjét és egészségesebb táplálkozási szokásokat mutattak, vásárlási szokásaikban is különböztek az ON hajlamot nem mutató személyektől. A szubjektív önjellemzés és objektív evészavar kritériumok alapján az evészavarban szenvedők magasabb ON hajlammal rendelkeztek.

### ***3.3. Statisztikai feldolgozás***

Az adatok elemzése az SPSS statisztikai programcsomag 22-es és 23-as verziójának használatával történt. Az elemzés során leíró statisztikai próbákat, valamint többváltozós elemzési technikákat is alkalmaztam. Folytonos függő változó esetén az átlagok összehasonlítása kétmintás t-próbával, a hatás erősség meghatározása a Cohen-d mutatóval történt. Azonos válaszadói csoportok különböző átlagainak összehasonlításakor páros t-próbát alkalmaztam. Többértékű független változó esetén varianciaanalízist végeztem. Kategoriális változók vizsgálatára két- és háromdimenziós kereszttábla elemzést végeztem, ahol a szignifikanciaszint meghatározása khi-négyzet próbával (amennyiben az egyenlőtlen eloszlás miatt az egyes cellákhoz alacsony esetszám tartozott, Fischer-egzakt próbával), a hatás erősséget pedig a Cramer's V mutatóval ellenőriztem. Többváltozós modellként magas mérési szintű függő változó esetén lineáris regressziót, alacsony mérési szintű változó esetén logisztikus regressziót alkalmaztam, ahol a kontroll alatt tartott változók között a terhesség előtti BMI minden



esetben szerepelt, s ezen felül még azok a változók, amelyek az adott kérdés szempontjából relevánsnak mutatkoztak. Előbbi esetben a modellek magyarázó erejét az  $R^2$ -tel, utóbbi esetben Nagelkerke pszeudo  $R^2$ -tel mértem. A hatás erősségét lineáris regressziónál a regressziós együtthatóval és a standardizált regressziós együtthatóval, logisztikus regressziónál az esélyhányadossal mértem. Az Evészavar Kérdőív tételeinek belső konzisztenciáját item-totál korreláció és Cronbach alfa számításával, faktorális validitását konfirmatív faktoranalízis segítségével, diszkriminatív validitását pedig – tekintettel a kis elemszáma és az alsókálák normálistól eltérő eloszlására – Mann-Whitney U próbával ellenőriztem. Az ORTO tételek esetében azt vizsgáltam, hogyan tud a legjobban különbséget tenni evészavaros és nem evészavaros csoport között.

## 4. Eredmények

### 4.1. Az evészavar tesztek alkalmazhatósága

Mivel a vizsgálatban alkalmazott evészavar tesztek, az EDI és a SCOFF is a válaszadó jelenlegi, aktuális állapotára kérdez rá, ezért e tesztek vizsgálatakor evészavaros csoportként azokat definiáltam, akik saját bevallásuk szerint „jelenleg”, azaz a vizsgálat idejének környékén, a terhesség ideje alatt is evészavarosak voltak (n=26) – a „Volt-e korábban evészavara?” kérdésre azt a választ adták, hogy „régén és a terhességgel összefüggésben (azt megelőzően, és az alatt) is volt evészavara”, vagy azt, hogy „régén nem, de a terhességgel összefüggésben (azt megelőzően, és az alatt) volt evészavara” (2. táblázat).

2. táblázat: Evészavar érintettség meghatározása önbevallás alapján

	N	%
<b>Összes válaszadó</b>	<b>1146</b>	<b>100,00</b>
<b>Önbevallás alapján történő meghatározás (referencia csoport)</b>		
<b>evészavarral érintettek köre összesen</b>	<b>84</b>	<b>7,33</b>
<i>AN</i>	19	1,66
<i>BN</i>	13	1,13
<i>EDNOS</i>	46	4,01
<i>erre vonatkozóan nem válaszolt, nincs adat</i>	6	0,52
régén volt evészavara	58	5,06
régén és a <b>terhességgel összefüggésben</b> (azt megelőzően, és az alatt) is volt evészavara	<b>2</b>	<b>0,17</b>
régén nem, de a <b>terhességgel összefüggésben</b> (azt megelőzően, és az alatt) volt evészavara	<b>24</b>	<b>2,09</b>
<b>nem válaszolt, nincs adat</b>	<b>8</b>	<b>0,70</b>
<b>nem érintett, nincs/nem volt evészavara</b>	<b>1054</b>	<b>91,97</b>

Önbevallás útján a megkérdezettek 7,3%-a (84 fő) állította, hogy élete során korábban, a terhességet közvetlenül megelőzően, vagy akár még a terhesség alatt is evészavarral küzdött/küzd. Közülük csupán 7 fő (8,3%) állt orvosi kezelés alatt evészavara miatt. A magát evészavarosnak vallók több mint fele (n=46; 54,8%) az ún. egyéb, EDNOS kategóriába sorolta magát. A klasszikus evészavarok közül (korábbi) AN-ról a magukat evészavarok tekintetében érintettnek tartók 22,6%-a (n=19), BN-ról 15,5%-a (n=13) számolt be (2. táblázat).

#### 4.1.1. Az Evési Zavar Kérdőív validálása

Az alábbi fejezet Dukay-Szabó és munkatársai (2021) eredményei alapján készült. Első kérdésként merült tehát fel, hogy miután a terhesség semmilyen szempontból sem tekinthető átlagos időszaknak egy nő életében, így ebben az időszakban az evészavar érintettség miként ragadható meg. Azok az objektív kritériumok, amelyeket az evészavarok meghatározása során használni szoktunk (mint például a testtömegindex, vagy a falási-hányási epizódok kiváltó oka, előfordulási gyakorisága), terhesség során megváltoznak, ezért ezeket a szempontokat nem lehet referenciapontként használni. Adja magát tehát a kérdés, hogy az evészavarok pszichés vetületeit feltárni hivatott Evészavar Kérdőív egyes tételei relevánsak-e egy ilyen speciális populáció vizsgálatakor. A validitásvizsgálat három lépésből állt: a mérőeszköz megbízhatóságának ellenőrzése, a faktorális validitás vizsgálata, valamint a diszkriminatív validitás ellenőrzése. Először a tesztet leíró Garner (1983) által megadott belső konzisztenciára vonatkozó küszöbértékek elérését ellenőriztem, nevezetesen azt, hogy az evészavar szempontjából érintettként definiáltak alcsoportjában, illetve a kontrollcsoportban az EDI alskáláin a Cronbach alfa érték 0,8 feletti, az egyes tételek esetén az item-totál korreláció (ITC) pedig 0,4 feletti érték-e. Referenciapontként az önbevallás alapján magát „jelenleg”, azaz még a terhesség során is evészavarosnak tekintett válaszadókból létrejött csoportot tekintettem (n=26), kontrollcsoportként pedig a többi válaszadó szolgált.

Az EDI a kérdőívet lezáró, nagy, 23 sorból álló táblázatként szerepelt a kérdéssor végén, ezért – a kérdőív többi részéhez képest – itt fordult elő a leggyakrabban válaszhány. 31 fő (2,7%) teljes egészében kihagyta az EDI kitöltését, 19 fő (1,7%) 4-22 állításra, 139-en (12,2%) pedig 1-3 tételre mulasztottak el választ adni. A kihagyott tételeket érintetlenül hagytam, mivel az adatok pótlása főként azokon a változókon alapulhatott volna, amelyek a validálásban szerepet játszottak, illetve az adat inputálás a változók szórását mesterségesen csökkentette volna. Ily módon azonban az esetszámok eltérőek lehetnek, ezért a 3. táblázatban a validitásvizsgálat minden lépésénél pontosan feltüntettem az egyes alskálákhoz tartozó esetszámokat.

Ahogy az a 3. táblázatban részletesen látható, az EDI egyes alskáláit alkotó tételek nem minden esetben konzisztensek az általam alkalmazott kismama populáción (az item-totál korreláció értéke nem mindenhol éri el a 0,4-et). Ahhoz, hogy egy vizsgálat során a mérés elég szenzitív legyen, ahhoz a tesztnek az evészavarosokra kell konzisztensnek

lennie, ahhoz pedig, hogy elég specifikusak legyenek az eredmények, a teljes mintára is. E két szempont figyelembevételével döntöttem az egyes tételek megtartása, vagy elvetése mellett.

A *Karcsúság iránti készlet* alskálán az első tétel („Édességeket és szénhidrát tartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.”) nemcsak az evészavarosok (ITC=0,12), hanem a teljes vizsgált kismama mintán (ITC=0,08) sem illeszkedett az alskálához megfelelően. Ezen túl az evészavarral érintettek csoportjában a „Diétázásra gondolok.” (ITC=0,17), valamint az „Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.” (ITC=0,29) tételek szintén nem megfelelően ragadták meg a vizsgálni kívánt jelenséget. Így ez az alskála végül négy tételre redukálódott. A hozzá tartozó Cronbach alfa értéke a teljes mintán 0,77, az evészavarosok almintáján 0,88, és minden egyes tételhez tartozó item-totál korreláció érték meghaladja a 0,4-et. Az alskála ily módon konzisztensen mér, a tételek elhagyása a mérés megbízhatóságát növelte.

A *Bulimia* alskálán az „Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.” tétel a teljes kismama mintán inkonzisztens (ITC=0,19) volt. Az evészavaros csoportban megfelelően illeszkedett volna (ITC=0,65) az alskálára, de mivel a teljes mintán rosszul mért, ezért a tétel elhagyása mellett döntöttem, ezzel hat tételre redukálva a *Bulimia* alskálát. Ily módon a minta egészén 0,72-es, az evészavar alskálán 0,80-as Cronbach alfa értéket kaptam, az egyes tételekhez tartozó ITC értékek pedig minden esetben elérik, vagy meghaladják a 0,4-es értéket.

A *Testi elégedetlenség* alskálán ugyanilyen indokkal váltam meg egy tételtől. Az „Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.” állítás a teljes mintán nem illeszkedett megfelelően az alskála többi tételéhez (ITC=0,38), ezért annak ellenére, hogy az evészavarosok körében jól mért (ITC=0,67), a tétel elhagyása mellett döntöttem. Végül a 8 tételre redukálódott alskála esetében kaptam a legmagasabb Cronbach alfa értékeket: a teljes mintán 0,87, az evészavarosok körében 0,90. Az item-totál korreláció értékek minden tétel esetében 0,4 felettiéek voltak.

3. táblázat: Az Evészavar Kérdőív egyes alskáláihoz tartozó Cronbach alfa és az egyes tételekhez tartozó item-totál korreláció értékek<sup>#</sup>

Tétel sor-száma		Garner*		Teljes minta		Jelenleg evészavarosnak vallja magát				Végső EDI struktúra	
		AN	K								
	<b>Karcúság iránti késztetés (n) **</b>			<b>1017</b>	<b>1039</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>1048</b>	<b>23</b>
1. +	Édességeket és szénhidrátartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	0,32	0,37	0,08	-	0,12	-	-	-	-	-
7.	Diétázásra gondolok.	0,76	0,66	0,43	0,44	0,24	0,17	-	-	-	-
11.	Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	0,58	0,63	0,46	0,51	0,69	0,80	0,79	0,80	0,50	0,80
16.	Rettenetesen félek a hízástól.	0,76	0,67	0,60	0,65	0,78	0,79	0,79	0,86	0,63	0,86
25.	Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	0,43	0,59	0,45	0,48	0,21	0,29	0,29	-	-	-
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	0,66	0,74	0,59	0,64	0,74	0,80	0,78	0,82	0,61	0,82
49.	Ha hízom egy kg-ot, aggódom, hogy folytatódik a hízás.	0,70	0,66	0,54	0,56	0,54	0,46	0,50	0,48	0,54	0,48
	<i>Cronbach alfa (0,88)***</i>	<b>0,85</b>	<b>0,85</b>	<b>0,70</b>	<b>0,79</b>	<b>0,76</b>	<b>0,80</b>	<b>0,83</b>	<b>0,88</b>	<b>0,77</b>	<b>0,88</b>
	<b>Bulimia (n) **</b>			<b>1071</b>	<b>1075</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1075</b>	<b>25</b>
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	0,58	0,51	0,37	0,40	0,55	0,55	-	-	0,40	0,55
5.	Teletömöm magam étellel.	0,79	0,53	0,52	0,54	0,51	0,51	-	-	0,54	0,51
28.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.	0,69	0,64	0,44	0,44	0,49	0,49	-	-	0,44	0,49
38.	Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	0,74	0,60	0,51	0,50	0,66	0,63	-	-	0,50	0,63
46.	Mások előtt mérsékelten eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	0,75	0,67	0,60	0,59	0,74	0,74	-	-	0,59	0,74
53.	Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	0,70	0,42	0,19	-	0,65	-	-	-	-	-
61.	Titokban eszem vagy iszom.	0,73	0,60	0,45	0,43	0,64	0,63	-	-	0,43	0,63
	<i>Cronbach alfa (0,82)***</i>	<b>0,90</b>	<b>0,83</b>	<b>0,71</b>	<b>0,72</b>	<b>0,81</b>	<b>0,80</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,72</b>	<b>0,80</b>
	<b>Testi elégedetlenség (n) **</b>			<b>1043</b>	<b>1045</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1045</b>	<b>24</b>
2.	Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	0,51	0,51	0,38	-	0,67	-	-	-	-	-
9.	Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	0,69	0,68	0,63	0,63	0,71	0,71	-	-	0,63	0,71
12. +	Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	0,66	0,58	0,45	0,43	0,70	0,70	-	-	0,43	0,70
19. +	Elégedett vagyok az alakommal.	0,50	0,65	0,67	0,67	0,86	0,87	-	-	0,67	0,87
31. +	Tetszik a fenekem formája.	0,69	0,68	0,59	0,60	0,43	0,41	-	-	0,60	0,41
45.	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	0,78	0,75	0,60	0,59	0,66	0,65	-	-	0,59	0,65
55. +	Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	0,73	0,78	0,71	0,72	0,63	0,64	-	-	0,72	0,64
59.	Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	0,83	0,73	0,63	0,62	0,64	0,63	-	-	0,62	0,63
62. +	Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	0,70	0,78	0,67	0,68	0,81	0,82	-	-	0,68	0,82
	<i>Cronbach alfa (0,93)***</i>	<b>0,90</b>	<b>0,91</b>	<b>0,86</b>	<b>0,87</b>	<b>0,90</b>	<b>0,90</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,87</b>	<b>0,90</b>

A színes háttér a kihagyott tételeket jelöli. | + Fordított tételek | \* Garner (1983) vizsgálatában az anorexiás betegcsoportot (AN) 113 nő, a kontrollcsoportot (K) 577 nő alkotta. | \*\* Az egyes alskálák vizsgálatokor (az alskála nevének sorában) feltüntetett esetszámok az egyes tételeknél előforduló válaszhiányok miatt térnek el egymástól. | \*\*\* Az EDI magyar (60 fős mintán végzett) validálása (Túry és mtsai, 1997) során kapott Cronbach alfa értékek. | # Dukay-Szabó és munkatársai (2021) alapján

A belső konzisztencia mellett a mérőeszköz faktorális validitását is ellenőriztem konfirmatív faktoranalízissel (CFA). Az összes eredeti tételre alkalmazott három faktoros CFA modell illeszkedése a nullmodellnél és a kontrollként alkalmazott egyfaktoros modellnél jobb volt, ahogy a 4. táblázat mutatja. Ugyanakkor még ennek a modellnek az illeszkedése sem volt megfelelő (GFI=.86; AGFI=.83; CFI=.81 RMSEA=.08).

4. táblázat: Az Evészavar Kérdőív konfirmatív faktorelemzésének illeszkedésmutatói\*

<b>Modell</b>	<b>GFI</b>	<b>AGFI</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>X<sup>2</sup>/dfs</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
<b>Nullmodell</b>	0,38	0,31	6 418,65	41,95	0,00	0,21
<b>Egy faktoros modell</b>	0,78	0,72	1 888,38	14,31	0,72	0,12
<b>Három faktoros modell</b>	0,86	0,83	1 656,41	7,30	0,81	0,08
<b>Korrigált három faktoros modell**</b>	0,92	0,89	783,95	6,08	0,90	0,07

\*A következő itemeket kihagytam az alacsony belső konzisztencia miatt: 1, 2, 7, 25, 53.

A következő itemek hibatagja közötti korrelációt engedte meg a modell: 9 és 19; 45 és 59; 9 és 62.

\*\* Dukay-Szabó és munkatársai (2021) alapján

A belső konzisztencia vizsgálat során elhagyott öt tétel nélkül elvégzett három faktoros CFA (a *Testi elégedetlenség* alszála esetén három pár szemantikai kapcsolatot is mutató tétel hibatagjának korrelációja mellett) már elfogadható illeszkedést mutatott (GFI=.92; AGFI=.89; CFI=.90; RMSEA=.07; 4. táblázat). A faktorsúlyokat az 5. táblázat mutatja be.

5. táblázat: Az EDI tételek faktorsúlyok a módosított három faktoros modell esetén  
(konfirmatív faktorelemzés)\*

Tétel	Faktorsúlyok (bootstrap becslés, 95%)			
	Becslés	Alsó	Felső	P
<b>DT</b>				
11	0,59	0,49	0,68	0,003
16	0,72	0,64	0,78	0,003
32	0,78	0,72	0,83	0,002
49	0,63	0,51	0,72	0,003
<b>BUL</b>				
4	0,52	0,33	0,67	0,001
5	0,65	0,35	0,80	0,001
28	0,50	0,21	0,70	0,006
38	0,58	0,22	0,79	0,002
46	0,69	0,34	0,85	0,003
61	0,55	0,12	0,84	0,003
<b>BODIS</b>				
9	0,79	0,75	0,83	0,002
12 <sup>+</sup>	0,47	0,41	0,54	0,001
19 <sup>+</sup>	0,76	0,71	0,79	0,002
31 <sup>+</sup>	0,59	0,54	0,65	0,002
45	0,63	0,56	0,69	0,002
55 <sup>+</sup>	0,78	0,75	0,81	0,002
59	0,65	0,59	0,71	0,002
62 <sup>+</sup>	0,75	0,70	0,79	0,001

A következő tételek hibatagjai korreláltak: 9 és 19; 45 és 59; 9 és 62

<sup>+</sup>Fordított tételek.

\* Dukay-Szabó és munkatársai (2021) alapján

Az EDI új, tételek elhagyásával kiszámolt változatával mindhárom alskála esetében szignifikáns különbség mutatható ki a jelenleg magát evészavarosnak, illetve nem evészavarosnak valló válaszadók EDI alskáláinak átlagai között, ami igazolja a módosított verzió diszkriminatív validitását (6. táblázat).

6. táblázat: Az Evési Zavar Kérdőív egyes tételeihez és alszkáláihoz tartozó átlagok

Tétel sor-szá-ma		Jelenleg evészavarosnak vallja magát átlag (SD)	Jelenleg nem vallja magát evészavarosnak átlag (SD)	Próbastatisztika Mann-Whitney U teszt	Kapcsolat erőssége Cohen-d
	<b>Karcsúság iránti késztetés (n)<sup>++</sup></b>	23	1025		
11.	Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	0,83 (1,19)	0,19 (0,62)	15.842 ***	-1,093
16.	Rettenetesen félek a hízástól.	0,84 (1,21)	0,29 (0,71)	16.809 **	-0,930
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	1,08 (1,32)	0,36 (0,77)	16.846 ***	-1,117
49.	Ha hízom egy kg-ot, aggódom, hogy folytatódik a hízás.	0,64 (1,04)	0,15 (0,55)	17.015 ***	-0,962
	<i>Alskála összpontszám</i>	<i>3,26 (4,06)</i>	<i>0,97 (2,00)</i>	<i>15.703 **</i>	<i>-1,153</i>
	<b>Bulimia (n)<sup>++</sup></b>	25	1052		
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	0,56 (0,82)	0,10 (0,42)	17.490 ***	-1,132
5.	Teletömöm magam étellel.	0,20 (0,50)	0,04 (0,21)	15.287 ***	-0,668
28.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.	0,28 (0,54)	0,03 (0,23)	16.429 ***	-0,941
38.	Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	0,28 (0,79)	0,02 (0,20)	14.800 ***	-0,671
46.	Mások előtt mérsékeltlen eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	0,24 (0,66)	0,03 (0,24)	14.880 ***	-0,657
61.	Titokban eszem vagy iszom.	0,12 (0,33)	0,02 (0,24)	14.832 ***	-0,574
	<i>Alskála összpontszám</i>	<i>1,12 (2,15)</i>	<i>0,13 (0,75)</i>	<i>16.659 ***</i>	<i>-0,938</i>
	<b>Testi elégedetlenség (n)<sup>++</sup></b>	24	1033		
9.	Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	1,28 (1,43)	0,54 (0,97)	16.992 **	-1,025
12. +	Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	1,48 (1,26)	0,53 (0,94)	18.890***	-1,500
19. +	Elégedett vagyok az alakommal.	1,68 (1,23)	0,82 (1,01)	18.690 ***	-1,360
31. +	Tetszik a fenekem formája.	1,16 (1,14)	1,12 (1,08)	13.680	-0,010
45.	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	1,04 (1,27)	0,38 (0,84)	17.371 ***	-1,047
55. +	Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	1,83 (1,24)	1,19 (1,17)	16.405 *	-0,162
59.	Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	0,60 (1,12)	0,37 (0,86)	14.364	-0,410
62. +	Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	1,48 (1,23)	1,02 (1,13)	16.166	-0,120
	<i>Alskála összpontszám</i>	<i>9,08 (6,70)</i>	<i>5,40 (5,29)</i>	<i>16.570 **</i>	<i>-1,092</i>

+ Fordított tételek | ++ Az eltérő számú válaszhiány miatt az esetszámok különböznek.

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05

A tételek elhagyása miatt az alszkálákhoz tartozó kritikus tartományok, amelyek az evészavar gyanújára felhívják a figyelmet, szintén módosításra szorultak. A korábbi tételszámok és ponthatárok alapján az újonnan kialakított alszkálák esetében a kritikus ponthatár alsó értékét arányosítással a következőkben határoztam meg: a *Karcsúság iránti késztetés* alszkála esetén 8, a *Bulimia* esetén 12, a *Testi elégedetlenség* alszkála esetén 19 pont.



Klinikai evészavar diagnózis hiányában pontos szenzitivitást nem számolhatunk, de az átlagok közötti különbség azt jelzi, hogy az összesen öt tétellel csökkentett EDI alskálák azt a gondolkodás- és viselkedésbeli eltérést ragadják meg, amit eredetileg, Garner szerint is mérni hívatottak.

A *Karcsúság iránti késztetés* alskála megmaradt tételei alapján jól kirajzolódik, miszerint az elhízástól való félelem, a soványság iránti vágy, illetve a túlevés utáni büntudat mind erősebb a magukat evészavarosnak vallók, mint a kontrollcsoport körében. A *Bulimia* megmaradt tételei is szignifikáns eltérést mutatnak, eszerint a magukat evészavarosnak vallók körében a túlevés is fokozottabban tetten érhető, mint a többiek között. A *Testi elégedetlenség* alskála állításai alapján az derült ki, hogy a magukat evészavarosnak valló válaszadók elégedetlenebbek általában alakjukkal és egyes testrészeik (comb, csípő, gyomor) méretével, kivételt képez ez alól a fenék formájával kapcsolatos elégedettség.

Az EDI specificitása a *Karcsúság iránti késztetés* alskála esetében 97,95% (95% CI 96,88-98,73), a *Bulimia* alskálát alkalmazva 99,81% (95% CI 99,31-99,97), a *Testi elégedetlenség* alskála esetében pedig 96,9% (95% CI 95,65-97,87) volt, azaz a teszt a nem evészavaros eseteket nem is sorolta annak.

#### 4.1.2. A SCOFF

A SCOFF az utóbbi évtizedben tömörsége miatt elterjedt, öt egyszerű eldöntendő kérdést tartalmazó teszt, amely az evészavarok főbb tüneteire való rákérdezéssel igyekszik feltárni az egyén evészavar érintettségét. Kettő pozitív választ tekintenek a kritikus határnak. Az 7. táblázat a SCOFF egyes kérdéseit, s az arra adott pozitív válaszok arányát mutatja.

7. táblázat: A SCOFF teszt kérdései és a pozitív válaszok aránya

Tétel sor-száma		Jelenleg evészavarosnak vallja magát (n=26) n (%)	Jelenleg nem vallja magát evészavarosnak (n=1088) n (%)	Próbatatisztika $\chi^2$ (df)	Kapcsolat erőssége Cramer's V
1.	Meghánytatja magát, amikor úgy érzi, hogy kellemetlenül tele van a gyomra?	1 (3,8)	3 (0,3)	9,048 (1)	0,090
2.	Szokott-e aggódni amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afőlött, hogy mennyit eszik?	8 (30,8)	32 (2,9)	56,867 (1) ***	0,226
3.	Előfordult az utóbbi időben, hogy 3 hónapon belül legalább 6 kilogrammot fogyott?+	-	-	-	-
4.	Kövérenek tartja magát, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány?	4 (16,0)	37 (3,4)	10,858 (1) *	0,099
5.	Elmondhatja magáról, hogy az étel uralja az életét?	4 (15,4)	11 (1,0)	39,494 (1) ***	0,188
	Az eltérést mutató itemek „Igen” válaszai számának átlaga (SD)	0,62 (0,75)	0,07 (0,28)	$U=20.435$ ***	Cohen-d=-1,472

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05 | + A vizsgált populáción nem értelmezhető.

A testi tünetek kapcsán, az önhánytatásra vonatkozó tétel esetében nincs szignifikáns eltérés a magát evészavarosnak vallók, illetve a többiek válaszai között, a fogyásra vonatkozó kérdés pedig a vizsgált kismama populációban egyszerűen nem értelmezhető. Mindez visszavezethető arra, miszerint ezeket a tényezőket a terhesség erőteljesen befolyásolja. A kognitív eltérésekre vonatkozó tételek esetén azonban éles különbség rajzolódik ki a jelenleg evészavaros és nem evészavaros kismamák válaszai között. Az evés feletti kontroll elvesztése miatti aggodalom sokkal inkább jelen van az evészavarosok (30,8%), mint a nem evészavarosok (2,9%) között (p<0,001). Az étel életbeli dominanciáját is többen élik át (15,4 vs. 1,0%, p<0,001), és mások véleményével szemben többen tartják magukat kövérenek (16,0 vs. 3,4%, p=0,012). Mivel a testsúlyváltozásra vonatkozó tétel a minta jellemzőiből fakadóan nem értelmezhető, ezért az ötből két igen válaszként definiált kritikus határ nem alkalmazható. A kérdésekre adott pozitív válaszokra számított egyszerű átlag ugyanakkor arra utal, hogy a SCOFF az evészavarok esetén fellépő kognitív diszfunkciókat jól megragadja, így specifikus kérdésekkel kiegészítve a jövőben önmagában is alkalmas lehet terhesség során az evészavarok szűrésére.

#### 4.1.3. Az ORTO tételeinek alkalmazhatósága kismama populáción

Az EDI terhes populáción történő vizsgálata során kiderült, hogy egyes kérdések, amelyek a terhességgel szorosabban összefüggnek, diagnosztikai célra nem használhatók.

Ezért felmerül más olyan teszt elemeinek az evészavar kiszűrésére való alkalmazása, amely az irodalom szerint összefüggésben áll az evészavarral. Ilyen az ORTO is. Az ORTO-15 tételei közül szakértői kiválasztással a terhesség esetén releváns kérdések kerültek be a kérdőívbe. A 8. táblázat az egyes tételek evészavarral való összefüggését mutatják.

8. táblázat: Az ORTO egyes tételeinek átlaga

Tétel sor-száma		Jelenleg evészavarosnak vallja magát (n=26) átlag (SD)	Jelenleg nem vallja magát evészavarosnak (n=1088) átlag (SD)	Próbastatisztika Mann-Whitney U-teszt	Kapcsolat erőssége Cohen-d
1.	Ha eszik, figyel az étel kalóriatartalmára?	2,23 (1,210)	2,28 (1,170)	13.823	0,04
6.	Hajlandó több pénzt költeni egészségesebb ételekre?	2,23 (0,815)	2,22 (0,711)	14.473	0,01
11.	Gondolja, hogy az egészséges étel evése megváltoztatja az életstílusát?	2,42 (1,238)	2,62 (0,971)	12.736	0,20
12.	Gondolja, hogy egészséges ételek fogyasztása javíthatja a megjelenését?	2,11 (0,864)	2,40 (0,920)	11.937	0,32
7.	Az ételekről szóló gondolatok naponta több mint három órán át aggasztják?	3,11 (1,071)	3,87 (0,409)	8.314***	1,75
15.	Egyedül van, amikor eszik?	2,92 (0,628)	3,12 (0,569)	11.885	0,13
4.	Ételválasztásának feltételévé vált-e az egészségi állapota miatti aggodás?	2,92 (0,796)	3,30 (0,786)	10.141*	0,48
10.	Gondolja, hogy az a meggyőződés, hogy csak egészséges ételt egyen, növeli az önbecsülést?	2,60 (1,041)	3,12 (0,909)	9.535**	0,57
	Az eltérést mutató itemek összegének átlaga (SD)	8,72 (1,969)	10,29 (1,521)	6.935***	1,03

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05

A vizsgált tételek közül három esetén volt szignifikáns különbség a jelenleg magukat evészavarosnak vallók és a többi válaszadó között. Legnagyobb eltérés az evéssel kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó tétel, „Az ételekről szóló gondolatok naponta több mint három órán át aggasztják?” esetén volt kimutatható (Cohen-d=1,75; p<0,001). Az „Ételválasztásának feltételévé vált-e az egészségi állapota miatti aggodás?”, valamint a „Gondolja, hogy az a meggyőződés, hogy csak egészséges ételt egyen, növeli az önbecsülést?” tételek szintén eltérő eredményt adtak a magukat evészavarosnak vallók, illetve magukat evészavarosnak nem vallók között (Cohen-d=0,48; p<0,05; valamint Cohen-d=0,57; p<0,01). A vizsgált tételek többsége (5) nem mutatott szignifikáns különbséget. Amennyiben a szignifikáns tételekből összesített mérőeszközt képzünk, az jelentősnek mondható eltérést mutat a magukat evészavarosnak vallók, illetve magukat evészavarosnak nem vallók között.

#### **4.2. Az evészavar érintettség meghatározása**

Az EDI validálását követően második lépésként újra definiáltam az „evészavarosok” csoportját. Mivel a vonatkozó szakirodalom szerint egyes evészavartünetek vagy szubklinikai zavarok is befolyásolhatják egy nő reprodukzív egészségét, ezért az elemzés során a szigorúbb mellett egy tágabb meghatározást is alkalmaztam.

Az első, a kismama populáción validált EDI alapján kialakított csoport, amelybe azon válaszadók tartoznak, akik az EDI bármely diagnosztikus alszkáláján kritikus értéket értek el. 50 ilyen válaszadó volt, mintabeli arányuk 4,36%.

A tágabban értelmezett „evészavaros” csoportba a következő szempontok alapján kerülhetett be valaki (ez egyes szempontokhoz tartozó előfordulás mintabeli arányát a 9. táblázat tartalmazza):

- 1) akinek saját bevallása szerint a múltban volt evészavara; vagy
- 2) akit a következő tünetek közül legalább három valaha jellemzett úgy, hogy az legalább hetente kétszeri gyakorisággal fordult elő: túlevés (falás), önhánytatás, hashajtó használat, vízhajtó használat, diétázás, túlzott testedzés, evés feletti kontrollvesztés miatti aggodalom, étel dominanciája, testsúllyal kapcsolatos állandó aggodalmak, vagy menstruáció kimaradása legalább három hónapig (terhesség kivételével); vagy
- 3) aki saját bevallása szerint jelenleg evészavarral küzd; vagy
- 4) aki az EDI bármely alszkáláján a kritikus ponthatár feletti értéket ért el.

A felsorolt, vagylagosan figyelembe vett kritériumok alapján végül 170 fő, a teljes minta 14,8%-a tekinthető „evészavaros”-nak.

9. táblázat: Az evészavar érintettség meghatározása

		n	%
	<b>Összes válaszadó</b>	<b>1146</b>	<b>100.0</b>
1)	múltban volt evészavara (önbevallás alapján)	58	5,06
2)	<i>Legalább három előfordulása a következők közül</i>		
	túlevés, falás legalább heti kétszeri előfordulása	60	5,24
	önhánytatás legalább heti kétszeri előfordulása	4	0,35
	hashajtó használat legalább heti kétszeri előfordulása	19	1,66
	vízajtó használat legalább heti kétszeri előfordulása	6	0,52
	diétázás, alacsony kalóriabevitel legalább heti kétszeri előfordulása	166	14,49
	túlzott testedzés legalább heti kétszeri előfordulása	32	2,79
	legalább három hónapig kimaradó menstruáció (terhesség kivételével)	109	9,51
	az étkezés feletti kontroll elvesztése miatti aggodalom	122	10,65
	az étel dominanciájának érzése az élet felett	50	4,36
	testsúly, testalkat miatti állandó aggodalom	240	20,94
	<i>legalább három tünet előfordulása a fentiek közül</i>	95	8,3
3)	jelenleg (is) van evészavara (önbevallás alapján)	26	2,26
4)	<b>EDI bármely alszkáláján kritikus értéket ért el (módosított alszkálák szerint) – evészavar érintettség (szigorúbb kritériumok szerint)</b>	<b>50</b>	<b>4,36</b>
Σ	<b>Evészavar érintettség (tágabb értelemben használva)</b>	<b>170</b>	<b>14,8</b>

Ahogy erre korábban is utaltam, ez nem klinikai diagnózist takar, nem tekinthető prevalencia adatnak, evészavar érintettségként fogom értelmezni. Olyan egyének körét jelenti, akik életük során valaha (akár régen, a terhességét jóval megelőzően, akár közvetlenül előtte vagy akár alatta is) táplálkozási magatartásukban vagy a testük észlelésében, a hozzá való viszonyukban patológiás viselkedésformákat mutattak.

Az elemzések során kontrollcsoportnak – mindkét esetben – azokat tekintem, akik a tágabb kritériumok szerinti evészavar meghatározás esetén sem tekinthetők érintettnek (n=976).

### ***4.3. Az evészavarosként definiált alminták demográfiai és pszichés jellemzői***

Az evészavaros és nem evészavarosként definiált alminták szociodemográfiai szempontból érdemben nem különböznek egymástól. A két csoport BMI átlaga és BMI-kategóriáinak megoszlása azonban szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) eltér. A tágabban értelmezett evészavar érintettség és a kontrollcsoport adatainak összevetése során látható, hogy mindkét csoportban egyformán 7,1% az alultápláltak aránya, a túlsúlyosoké pedig hasonló (20,6% és 18,0%). Ám míg a normális testsúlyú válaszadók aránya a kontrollcsoportban magasabb (65,7% vs. 51,8%), addig az elhízottak az evészavarral érintettek körében vannak többen (19,4% vs. 7,2%). Ennek megfelelően a BMI-átlag az evészavarosnak tekintett személyek körében magasabb (25,2 vs. 23,1). Még erőteljesebben eltolódnak az arányok a túlsúlyosok, elhízottak irányába, amennyiben a szigorúbb, az EDI alapján kialakított evészavar csoport eredményeit tekintjük. Az adatokat részletesen a 10. táblázat mutatja be.

A teljes minta testsúly/BMI szerinti megoszlása megegyezik a Hungarostudy 2013 kutatás adatai alapján az országos arányokkal. Ettől az evészavarosként kategorizált válaszadók almintája eltér: több magas testtömegindexű, azaz túlsúlyos vagy elhízott személy került – nem a testsúlya, hanem a fenti kritériumok alapján – a szigorúbban, illetve a tágabban definiált evészavaros csoportba.

10. táblázat: A válaszadók szociodemográfiai összetétele és testtömegindexe evészavar csoportok szerint

	Próba- statisztika / kapcsolat erőssége	Evészavar érintettség EDI alapján (n=50) n (%)	Kontroll- csoport (n=976) n (%)	Evészavar érintettség összesen (n=170) n (%)	Próba- statisztika / kapcsolat erőssége
<b>Életkor</b> átlaga (SD)	U=21.893 Cohen-d=0,09	31,7 (4,90)	32,1 (5,13)	32,1 (5,34)	t <sub>(1125)</sub> =-0,027 Cohen-d=0
<b>Iskolai végzettség</b>					
legfeljebb 8 osztály	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =8,230* Cramer's V = 0,090	7 (14,0)	55 (5,6)	14 (8,3)	χ <sup>2</sup> <sub>(3)</sub> =2,032 Cramer's V = 0,042
szakmunkásképző		6 (12,0)	72 (7,4)	14 (8,3)	
érettségi, felsőfokú szakképzés		16 (32,0)	314 (32,2)	53 (31,4)	
főiskola, egyetem		21 (42,0)	533 (54,7)	88 (52,1)	
<b>Lakóhely településtípusa</b>					
Budapest	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =3,645 Cramer's V = 0,060	24 (50,0)	489 (50,4)	85 (50,9)	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =0,877 Cramer's V = 0,028
város		21 (43,8)	334 (34,4)	61 (36,5)	
község		3 (6,3)	148 (15,2)	21 (12,6)	
<b>Gazdasági aktivitás (szülés előtt)</b>					
szellemi munkát végzett	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =0,801 Cramer's V = 0,028	24 (48,0)	530 (54,4)	92 (54,4)	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =2,841 Cramer's V = 0,050
fizikai munkát végzett		8 (16,0)	141 (14,5)	32 (18,9)	
inaktív volt		18 (36,0)	303 (31,1)	45 (26,6)	
<b>Családi állapot</b>					
házas	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =3,181 Cramer's V = 0,056	34 (64,0)	676 (69,5)	115 (68,0)	χ <sup>2</sup> <sub>(2)</sub> =0,193 Cramer's V = 0,013
élettársi kapcsolatban él		16 (32,0)	249 (25,6)	46 (27,2)	
egyéb (egyedülálló, elvált, özvegy)		0 (0,0)	47 (4,8)	8 (4,7)	
<b>Terhesség előtti BMI</b>					
alultáplált (BMI<18,5)	χ <sup>2</sup> <sub>(4)</sub> =68,508** * Cramer's V= 0,258	0 (0,0)	69 (7,1)	12 (7,1)	χ <sup>2</sup> <sub>(4)</sub> =29,625** * Cramer's V= 0,161
normális súlyú (18,5≤BMI<25)		15 (30,0)	641 (65,7)	88 (51,8)	
túlsúlyos (25≤BMI<30)		14 (28,0)	176 (18,0)	35 (20,6)	
elhízott (BMI≥30)		19 (38,0)	70 (7,2)	33 (19,4)	
válaszhiány		2 (4,0)	20 (2,0)	2 (1,2)	
<i>átlag BMI (SD); [terjedelem]</i>	U=37.375*** Cohen-d= -1,999	29,15 (5,93) [20,55-41,12]	23,09 (4,27) [15,42-47,75]	25,20 (6,00) [16,53-41,53]	t <sub>(198)</sub> =- 4,365*** Cohen-d= -0,620

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05

A következőkben a terhesség előtt bármikor előfordult tüneteket és viselkedésformákat (11. táblázat), majd a terhesség alatt jellemzőket (12. táblázat) veszem sorra.

Az egyes tünetek (11. táblázat) közül a diétázás a kontrollcsoport 8,7%-ának előtörténetében szerepel, míg az evészavarban érintett válaszadók körében mintegy ötszörös ez az arány (ED EDI szerint 44,0%,  $p < 0,001$ ; ED összesen 47,6%,  $p < 0,001$ ).

E viselkedéstípus ellentéte, a túlevés, falás bármikori előfordulása a kontrollcsoport 2,5%-át jellemzi. Evészavar érintettség esetén azonban 20,0-21,2%-ban fordult elő a válaszadók életében (ED EDI szerint 20,0%,  $p < 0,001$ ; ED összesen 21,2%,  $p < 0,001$ )

A többi tünet bármikori előfordulásának aránya a kontrollcsoportban alacsony: túlzott testedzés (1,1%), hashajtó használata (0,8%), vízhajtó használata (0,2%), önhánytatás (kevesebb, mint 0,1%). Az EDI szerint definiált evészavar csoportban ezek a tünetek vagy nem voltak jelen a válaszadók előtörténetében, vagy előfordulásuk nem tér el szignifikáns mértékben a kontrollcsoporttól. A tágabb evészavar meghatározás alapján besorolt válaszadók körében azonban szignifikáns mértékben gyakrabban fordultak elő a terhességet megelőzően bármikor, legalább heti kétszeri rendszerességgel ezek a viselkedésformák: túlzott testedzés 12,4%-ban, hashajtó abúzus 6,5%-ban, vízhajtó abúzus és az önhánytatás az esetek 2,4-2,4%-ában (minden esetben legalább  $p < 0,01$ ).

A terhességet megelőzően a menstruáció legalább háromhavi kimaradása a kontrollcsoportba tartozók 6,8%-ánál fordult elő, míg az evészavar szempontjából érintettek körében ez gyakoribb jelenség volt (ED EDI szerint 16,3%,  $p < 0,05$ ; ED összesen 26,7%,  $p < 0,001$ ).

Az evészavarok kognitív tünetei kiugróan magas arányban fordultak elő mind az EDI alapján, mind a tágabb definíció alapján evészavarosnak tekintett válaszadók előtörténetében. Az evés feletti kontroll elvesztése feletti aggodalom a kontrollcsoport 4,3%-nál, az evészavarosok körülbelül felénél (ED EDI szerint 43,8%,  $p < 0,001$ ; ED összesen 50,6%,  $p < 0,001$ ) jelentkezett bármikor a terhességet megelőzően. Az étel élet feletti dominanciájának érzése a kontrollcsoport 1,2%-ánál fordult valaha elő, ez az arány az evészavarosok körében közel húszszoros (ED EDI szerint 21,3%,  $p < 0,001$ ; ED összesen 24,8%,  $p < 0,001$ ). Testsúllyal és testalkattal kapcsolatos állandó aggodalmak a



kontrollcsoport tagjainak életében a terhességet megelőzően 13,9%-ban voltak jelen, míg az evészavarosok abszolút többségénél (ED EDI szerint 71,4%,  $p<0,001$ ; ED összesen 65,2%,  $p<0,001$ ) előfordult ez a tünet.

A 12. táblázat a terhesség során jellemző táplálkozási szokásokat és egyes evészavartünetek előfordulási arányát mutatja. A várandósság alatti tudatosabb táplálkozás teljesen általános jelenség, a megkérdezettek 82,8%-a számolt be róla. E tekintetben nem tapasztalható különbség az evészavaros és a kontrollcsoport tagjai között. Rendszeresebben étkezett terhessége alatt a kontrollszemélyek háromnegyede (74,4%), az EDI szerint evészavarosnak definiáltak 79,6%-a, míg a tágabb meghatározás szerint evészavaros válaszadók 83,9%-a. Ez utóbbi eltérés szignifikáns ( $p<0,01$ ).

Terhessége alatt jobb minőségű ételeket evett a kontrollcsoportba tartozók fele (55,5%), az evészavarosok héttizede (ED EDI szerint 70,0%,  $p<0,05$ ; ED összesen 72,4%,  $p<0,001$ ). A minőség szempontjából válogatottabb ételek fogyasztását – a válaszadó terhességet megelőző BMI-je mellett (OR=1,041; 95% CI: 1,013-1,070;  $p<0,01$ ) evészavar érintettsége is befolyásolja: evészavar esetén kétszerese (OR=1,981; 95% CI: 1,376-2,852) az esélye annak, hogy a kismama a jobb minőségű ételeket fogja keresni (a modell illeszkedése megfelelő, Hosmer-Lemeshow Teszt  $\chi^2_{(8)}=9,857$ ;  $p=0,275$ , Nagelkerke  $R^2=0,031$ ).

A terhességi cukorbetegséghez kapcsolódó diétát nem számítva valamilyen speciális diétát tartott a kontrollszemélyek 6,7%-a. Ez az arány az összes evészavar érintett ( $n=170$ ) körében magasabb, 13,2% ( $p<0,05$ ). A diéta melletti elköteleződés mögött a terhességet megelőző BMI is szerepet játszik (egységnyi emelkedésével 1,08-szorosára (OR=1,076; 95% CI: 1,029-1,125;  $p<0,01$ ) nő a diétázás esélye), valamint az evészavar érintettség 1,84-szeres kockázatot jelent (OR=1,839; 95% CI: 1,054-3,206;  $p<0,05$ ) (a modell illeszkedése megfelelő, Hosmer-Lemeshow Teszt  $\chi^2_{(8)}=5,425$ ;  $p=0,711$ , Nagelkerke  $R^2=0,038$ ).

A SCOFF teszt kognitív tünetekre vonatkozó tételei (12. táblázat) éles különbséget tesznek a kontrollcsoportba tartozók, valamint az evészavarban érintett válaszadók között. Az evés feletti kontroll elvesztése miatti aggodalom a terhesség során a kontrollcsoport 2,1%-át érintette, ugyanakkor az EDI alapján evészavarosnak tekintett válaszadók körében 20,0%-os ( $p<0,001$ ), a tágabb definíció szerinti evészavar csoportban 12,0%-os volt ez az arány ( $p<0,001$ ). Azt, hogy az illető kövérnek tartja magát, míg

mások azt mondják rá, hogy túl sovány, a kontrollcsoportban lévők 2,9%-a élte át a terhesség során, az evészavar csoportokban ugyanakkor mindez szignifikánsan gyakrabban fordult elő (ED EDI szerint 14,9%,  $p<0,001$ ; ED összesen 8,5%,  $p<0,001$ ). A kontrollcsoportba tartozók körében mindössze a válaszadók 0,5% állítja, hogy terhessége alatt jellemző volt rá, hogy az étel uralta az életét. Az evészavarosok körében ezek az arányok magasabbak (ED EDI szerint 8,2%,  $p<0,001$ ; ED összesen szerint 6,0%,  $p<0,001$ ).

11. táblázat: Terhességet megelőzően jelenlévő evészavarhoz köthető viselkedésformák

az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG EDI ALAPJÁN				EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG ÖSSZESEN			
	Evészavar érintettség n=50	Kontroll- csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége	Evészavar érintettség n=170	Kontroll- csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége
	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V
<i>Előfordult-e terhesség előtt bármikor (legalább heti kétszer):</i>								
túlevés, falás	20,0	2,5	45,676 (1) ***	0,211	21,2	2,5	102,234 (1) ***	0,299
önhánytatás	-	-	-	-	2,4	0,0	23,045 (1) ***	0,142
hashajtó használata	4,0	0,8	4,984 (1)	0,070	6,5	0,8	28,356 (1) ***	0,157
vízajtó használata	0,0	0,2	0,103 (1)	0,010	2,4	0,2	12,826 (1) **	0,106
diétázás, alacsony kalóriatartalmú ételek fogyasztása	44,0	8,7	63,415 (1) ***	0,249	47,6	8,7	177,214 (1) ***	0,393
túlzott testedzés	2,0	1,1	0,314 (1)	0,017	12,4	1,1	67,219 (1) ***	0,242
menstruáció kimaradása (legalább három hónapig, kivéve korábbi terhességek esetén)	16,3	6,8	6,235 (1) *	0,079	26,7	6,8	62,958 (1) ***	0,237
evés feletti kontrollvesztéshez kapcsolódó aggodalom	43,8	4,3	121,799 (1) ***	0,350	50,6	4,3	299,840 (1) ***	0,520
az étel élet feletti dominanciájának érzése	21,3	1,2	87,912 (1) ***	0,297	24,8	1,2	175,224 (1) ***	0,398
testsúllyal és alkattal kapcsolatos állandó aggodalmak	71,4	13,9	110,757 (1) ***	0,332	65,2	13,9	219,078 (1) ***	0,442

12. táblázat: Terhesség alatti táplálkozási szokások és evészavartünetek az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG EDI ALAPJÁN				EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG ÖSSZESEN			
	Evészavar érintettség n=50	Kontroll-csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége	Evészavar érintettség n=170	Kontroll-csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége
	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V
<b><i>Terhesség alatt</i></b>								
Minőségre jobban figyelt	70,0	55,5	4,067 (1)*	0,064	72,4	55,5	16,863 (1) ***	0,122
Tudatosabban étkezett	84,0	82,0	0,127 (1)	0,011	87,1	82,0	2,576 (1)	0,048
Rendszeresebben étkezett	79,6	74,4	0,663 (1)	0,026	83,9	74,4	7,079 (1) **	0,079
Speciális diétát tartott (terhességi cukorbetegség kivételével)	4,7	6,7	0,287 (1)	0,018	13,2	6,7	7,496 (1) *	0,086
Szokott-e aggódni amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afölött, hogy mennyit eszik? (SCOFF 2. tétel)	20,0	2,1	52,137 (1) ***	0,229	12,0	2,1	39,962 (1) ***	0,189
Kövérenek tartja magát, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány? (SCOFF 4. tétel)	14,9	2,9	19,567 (1) **	0,141	8,5	2,9	12,634 (1) ***	0,107
Elmondhatja magáról, hogy az étel uralja az életét? (SCOFF 5. tétel)	8,2	0,5	30,332 (1) **	0,175	6,0	0,5	31,861 (1) ***	0,169
<b><i>Az EDI alskáláihoz tartozó átlagok</i></b>	átlag (SD)	átlag (SD)	U-teszt	Cohen-d	átlag (SD)	átlag (SD)	t (df)	Cohen-d
EDI – Karcsúság iránti készlettség módosított alskála	6,86 (3,80)	0,65 (1,38)	40,776***	-3,256	3,01 (3,62)	0,65 (1,38)	-8,226 (172)***	-1,254
EDI – Bulimia módosított alskála	1,16 (2,66)	0,07 (0,44)	27,917***	-0,828	0,62 (1,77)	0,07 (0,44)	-3,990 (169)***	-0,614
EDI – Testtel való elégedettség módosított alskála	18,31 (3,94)	4,70 (4,53)	42,717***	-6,290	9,83 (7,21)	4,70 (4,53)	-8,727 (183)***	-1,290

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

#### **4.4. A terhességhez kapcsolódó súly- és alakváltozás, valamint annak percepciói**

Az evészavar szempontjából érintett személyek terhesség előtti testsúlya és testtömegindexe magasabb volt, mint a kontrollszemélyeké. A kontrollcsoporthoz képest ezekben az almintákban a válaszadók inkább sorolták magukat kövérnek egy ötfokú skálán (ED EDI alapján 4,33,  $p < 0,001$ ; ED összesen 3,69,  $p < 0,001$ ; kontroll 3,34), és kevésbé voltak elégedettek testsúlyukkal (ED EDI alapján 1,98,  $p < 0,001$ ; ED összesen 2,88,  $p < 0,001$ ; kontroll 3,56). Kevésbé kritikusan, de testalkatukkal is kevésbé voltak megelégedve, mint a nem evészavaros válaszadók (ED EDI alapján 2,14,  $p < 0,001$ ; ED összesen 3,08,  $p < 0,001$ ; kontroll 3,61). A testsúlyhoz és testalkathoz kapcsolódó deskriptív és statisztikai teszt adatok részletesen a 13. táblázatban kerülnek megjelenítésre.

Megvizsgáltam, hogy a negatívabb értékeléseket kizárólag a magasabb testsúly okozza-e, vagy az evészavar érintettség önmagában – a tényleges BMI-től függetlenül – is befolyásolja-e azt, hogy valaki soványnak, megfelelő súlyúnak, vagy túlsúlyosnak, esetleg elhízottnak tartja-e magát? A BMI-vel kontrollált regressziós modell szerint – a BMI mellett – az evészavarnak is szignifikáns hatása van a testsúllyal kapcsolatos szubjektív érzetre ( $R^2=0,576$ ). A modell által becsült különbség az evészavarral kapcsolatban érintett és nem érintett csoport között 0,094 ( $p < 0,05$ ). Alapvetően meghatározó ugyanakkor e tekintetben az illető aktuális BMI-je, ahol a BMI-n egy egységnyi változás, az ötértékű szubjektív besorolás skálán 0,117-es eltérést eredményez ( $p < 0,001$ ). Az EDI szerint evészavarosként definiáltak csoportjában ez az összefüggés még erősebb: a modell által becsült különbség 0,276 ( $p < 0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2=0,582$ ).

Egy másik megközelítésben, a válaszadók terhesség előtti testsúlya alapján képzett BMI értékeket kategorizáltam az alultáplált ( $BMI < 18,5$ ), normális testsúlyú ( $18,5-24,9$ ) és túlsúlyos/obez ( $BMI \geq 25$ ) kategóriákba, valamint a szubjektív érzetet mérő ötfokú skálát háromértékűre (sovány, megfelelő súlyú és túlsúlyos/elhízott) redukáltam. A BMI alapján történt objektív kategóriák és a szubjektív önbesorolás következő különbségeire derült fény: az alultápláltak fele soványnak, fele megfelelő súlyúnak tartja magát – e tekintetben nincs különbség az evészavarosok, valamint a nem evészavarosok válaszai között. A normális súlyúak 4,9%-a soványnak, 75,0%-a megfelelő súlyúnak, 20,2%-a pedig túlsúlyosnak tartja magát. Evészavarosok körében ez utóbbi két arány

szignifikánsan eltér ettől ( $\chi^2_{(4)}=97,989$ ; Cramer's  $V=0,540$ ;  $p<0,001$ ): csupán 55,7% tartja magát megfelelő súlyúnak, míg túlsúlyosnak 38,6%. A túlsúlyos válaszadók 11,4%-a találja megfelelőnek a súlyát, az evészavarosok körében ez az arány csupán 4,4%. Az EDI alapján evészavarosként definiált csoportban a normális súlyú válaszadók nyolctizede tekinti magát túlsúlyosnak, s csupán kéttizede normális testsúlyúnak ( $\chi^2_{(1)}=7,040$ ; Cramer's  $V=0,383$ ;  $p<0,01$ ). Mind a leíró keresztábra-, mind a többváltozós regressziós elemzés megerősítette, hogy a saját testsúly szubjektív érzékelésében – a tényleges BMI meghatározó szerepe mellett – az esetleges evészavar érintettség is hatással van: az evészavarosok hajlamosak magukat kövérebbnek gondolni, mint amilyenek valójában.

A fenti összefüggés a testsúllyal és a testalkattal való elégedettségben is leképeződik. Egytől ötig osztályozva a terhesség előtti testsúllyal való elégedettséget, szignifikáns különbséget találunk az evészavarosok, valamint a nem evészavarosok értékelése között. A BMI szerint kontrollált regressziós modellben – a BMI mellett – az evészavarnak is erős szignifikáns hatása van a testsúllyal való elégedettségre nézve: a modell által becsült különbség az evészavarral kapcsolatban érintett és nem érintett csoport között EDI szerinti ED esetén  $-0,726$  ( $p<0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2=0,351$ ), összes ED érintettség esetén  $-0,382$  ( $p<0,001$ , a modellhez tartozó  $R^2=0,343$ ). A BMI-n egy egységnyi változás, az ötértékű testsúllyal való elégedettség skálán mindkét modellben hasonló,  $-0,138$ -as, illetve  $-0,139$ -es eltérést eredményez ( $p<0,001$ ). Míg a normális testsúlyú válaszadók körében a kontrollszemélyek kétharmada (64,4%), addig az evészavarban érintettek kevesebb, mint fele (45,5%), az EDI szerint evészavaros csoportban lévőknek pedig csupán 13,3%-a elégedett – objektív kritériumok szerint normális – testsúlyával. (A bemutatott különbségek szignifikáns eltérést takarnak: ED összes esetén  $\chi^2_{(4)}=54,869$ ; Cramer's  $V=0,394$ ;  $p<0,001$ ; ED EDI alapján  $\chi^2_{(2)}=7,188$ ; Cramer's  $V=0,391$ ;  $p<0,05$ ).

A terhesség előtti testalkattal való elégedettség szintén szignifikáns eltérést mutat a vizsgált alminták között, ahol a testtömegindex mellett – a fenti példákkal megegyező módon – az evészavar érintettség is befolyásoló tényezőként jelenik meg (ED összes esetén  $B=-0,282$ ;  $p<0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2=0,235$ ; ED EDI alapján  $B=-0,790$ ;  $p<0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2=0,264$ ).

13. táblázat: Testsúly- és alakváltozással kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG EDI ALAPJÁN				EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG ÖSSZESEN			
	Evészavar érintettség átlag (SD) n=50	Kontrollcsoport átlag (SD) n=976	Próbastatisztika Mann-Whitney U-teszt	Kapcsolat erőssége Cohen-d	Evészavar érintettség átlag (SD) n=170	Kontrollcsoport átlag (SD) n=976	Próbastatisztika t (df)	Kapcsolat erőssége Cohen-d
Terhesség előtti testsúly (kg)	81,0 (17,68)	64,2 (12,65)	36,802***	-1,855	70,0 (16,74)	64,2 (12,65)	-4,286 (201) ***	-0,605
Terhesség előtti BMI	29,15 (5,93)	23,09 (4,27)	37,375 ***	-1,999	25,20 (6,0)	23,09 (4,27)	-4,365 (198) ***	-0,620
Szubjektív besorolás (mennyire érzi magát soványnak/kövérenek 1-5-ig)	4,33 (0,59)	3,34 (0,69)	39,747 ***	-0,622	3,69 (0,86)	3,34 (0,69)	-5,034 (207) ***	-0,700
Terhesség előtti testsúllyal való elégedettség (1-5-ig)	1,98 (1,03)	3,56 (1,12)	7,473 ***	2,841	2,88 (1,25)	3,56 (1,12)	7,233 (1138) ***	0,429
Terhesség előtti testalkattal való elégedettség (1-5-ig)	2,14 (1,01)	3,61 (1,03)	8,256 ***	0,619	3,08 (1,17)	3,61 (1,03)	6,007 (1138) ***	0,356
Egy terhesség során ideálisnak tartott átlagos súlygyarapodás (kg)	11,8 (2,89)	11,8 (2,11)	21,470	0,038	11,8 (2,17)	11,8 (2,11)	0,434 (1116)	0,026
Testsúly a terhesség végén (kg)	95,8 (17,09)	77,8 (12,79)	36,806 ***	-2,044	84,5 (17,05)	77,8 (12,79)	-4,877 (198) ***	-0,693
BMI a terhesség végén	34,44 (5,56)	27,94 (4,20)	37,230***	-2,255	30,39 (6,07)	27,94 (4,20)	-4,999 (194) ***	-0,718
A válaszadó tényleges súlyváltozása a terhesség alatt (kg)	14,5 (6,91)	13,5 (5,22)	25,692	-0,074	14,4 (6,38)	13,5 (5,22)	-1,654 (205)	-0,231
Ideálisnak tartott és tényleges súlygyarapodás különbsége (kg) <sup>+</sup>	-3,3 (6,19)	-1,7 (5,12)	17,158*	0,125	-2,8 (6,09)	-1,7 (5,12)	2,482 (1102) *	0,150
Súlyváltozás mértékével való elégedettség (1-5-ig)	2,90 (1,52)	3,85 (1,19)	15,075 ***	1,218	3,38 (1,33)	3,85 (1,19)	4,394 (217) ***	0,597
Terhesség után elérni kívánt testsúly (kg)	69,8 (11,30)	61,9 (9,11)	30,240 ***	-0,355	64,3 (10,83)	61,9 (9,12)	-2,612 (202) **	-0,368
Terhesség után elérni kívánt testsúly alapján számított BMI	25,23 (3,44)	22,26 (3,03)	31,446 ***	-0,403	23,11 (3,83)	22,26 (3,03)	-2,689 (197) **	-0,383
Terhesség előtti és utána elérni kívánt testsúly különbsége (kg)	-9,8 (10,32)	-2,3 (5,85)	10,117 ***	1,453	-5,1 (8,50)	-2,3 (5,85)	4,059 (188) ***	0,592
Terhesség előtti és utána elérni kívánt testsúly különbsége azok körében, akik soványabbak szeretnének lenni (kg) (n=335)	-13,5 (9,82)	-8,2 (6,73)	3,017 ***	1,014	-11,5 (8,69)	-8,2 (6,73)	3,012 (97) **	0,612
Korábbi terhességeknek tulajdonított súlyfelesleg azon multipara esetén, ahol ez fennáll (kg) (n=211)	12,0 (6,55)	9,0 (6,44)	2,477*	-0,265	10,7 (6,30)	9,0 (6,44)	-1,523 (232)	-0,200

<sup>+</sup> negatív érték azt jelzi, hogy többet hízott a válaszadó, mint amit ideálisnak vél | \*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01 \* p<0,05

A kontrollcsoportban a testsúllyal és a testalkattal való elégedettség mértéke nem tér el lényegesen egymástól (páros T-teszt eredménye  $t(970)=-1,934$ ;  $p<0,1$ ). Az evészavarosként definiált csoportról ( $n=170$ ) ugyanakkor elmondható, hogy a terhesség előtti testsúlyukkal elégedetlenebbek voltak, mint a testalkatukkal ( $t_{(167)}=-2,988$ ;  $p<0,01$ ). Ez a különbség az EDI alapján definiált evészavar csoportban nem jelent meg.

Az evészavarral valaha küzdők ( $n=170$ ) három- (31,2%), míg a nem érintettek egytizedét (11,1%) jellemezte erőteljesen várandóssága előtt az elhízástól való félelem. (A testsúly és a testalkat változásával kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó részletes adatokat a 14. táblázat tartalmazza.) Mindkét csoport feléről (49,4% és 49,3%) mondható az el, hogy valamelyest foglalkoztatta őket ez a kérdés, míg egyáltalán nem törődött a súlygyarapodás lehetőségével az evészavarosok egy- (21,8%), a kontrollcsoport kétötöde (41,2%) ( $\chi^2_{(2)}=57,24$ ;  $p<0,001$ ). A terhesség alatti súlygyarapodással kapcsolatos aggodalmak is hasonló módon alakultak ( $\chi^2_{(2)}=50,64$ ;  $p<0,001$ ). Az EDI alapján evészavarosnak sorolt ( $n=50$ ) válaszadók körében ezek a félelmek még fokozottabban vannak jelen mind a terhesség előtt ( $\chi^2_{(2)}=85,982$ ;  $p<0,001$ ), mind a terhesség folyamán ( $\chi^2_{(2)}=48,443$ ;  $p<0,001$ ).

A kontrollcsoportba tartozó kismamák kétharmadának (68,1%) nem változott a testsúlygyarapodáshoz kapcsolódó attitűdje, ugyanakkor 14,7%-uk aggodalmai erősödtek, 17,2%-uknál pedig gyengültek ezek a félelmek. Az ED összesen csoportban alacsonyabb azok aránya, akik gondolkodása, viselkedése változatlan maradt (54%), ugyanakkor emelkedett azoké is, akik aggodalmai fokozódtak (20%), illetve azoké is, akiké gyengültek (25,9%) a terhesség hatására ( $\chi^2_{(2)}=12,80$ ;  $p<0,01$ ).

Annak ellenére, hogy a terhesség során lezajló testalkatváltozással kapcsolatban is statisztikailag releváns eltérést találunk az evészavaros és nem evészavaros válaszadók aggodalmaiban, összességében azt láthatjuk, hogy mint a terhességet megelőzően, úgy annak során is az alak megváltozását kisebb fokú félelem veszi körül, mint a testsúlykilogrammok változását. A kontrollcsoport tagjainak kevesebb mint felét (48,2%), míg az evészavarban érintettek hattizedét (ED EDI csoport: 58,0%,  $p<0,001$ ; ED összes érintett: 61,2%,  $p<0,001$ ) foglalkoztatja valamelyest vagy nagyon ez a kérdés.



14. táblázat: Elhízással, a test megváltozásával kapcsolatos félelmek az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	Mennyire félt/ aggódott...:			$\chi^2$ (df) Cramer's V
	egyáltalán nem	valamelyest	nagyon	
	százalékos megoszlás (%)			
<b>... terhesség előtt a súlygyarapodástól?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	8,0	36,0	56,0	85,982 (2) *** 0,290
kontrollcsoport	39,6	49,3	11,1	
evészavar érintettség összesen	19,4	49,4	31,2	57,241 (2) *** 0,224
kontrollcsoport	39,6	49,3	11,1	
<b>... terhesség alatt a súlygyarapodástól?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	8,0	54,0	38,0	48,443 (2) *** 0,218
kontrollcsoport	41,2	49,2	9,6	
evészavar érintettség összesen	21,8	51,2	27,1	50,637 (2) *** 0,211
kontrollcsoport	41,2	49,2	9,6	
<b>... terhesség alatt a testalkat átrendeződésétől?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	42,0	36,0	22,0	22,655 (2) *** 0,149
kontrollcsoport	51,9	42,8	5,4	
evészavar érintettség összesen	38,8	46,5	14,7	24,000 (2) *** 0,145
kontrollcsoport	51,9	42,8	5,4	
<b>Testsúlyváltozáshoz kapcsolódó aggodalmak változása:</b>				
	gyengült	nem változott	erősödött	$\chi^2$ (df) Cramer's V
	százalékos megoszlás (%)			
evészavar érintettség EDI szerint	26,0	64,0	10,0	2,901 (2) 0,053
kontrollcsoport	17,2	68,1	14,7	
evészavar érintettség összesen	25,9	54,1	20,0	12,803 (2) ** 0,106
kontrollcsoport	17,2	68,1	14,7	

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

A mintába került személyeknél arra is rákérdeztem, hogyan tudják, egy terhesség során általában milyen mértékű súlygyarapodást tartanak normálisnak, ideálisnak. Csúpan 2,5%-uk nem tudott választ adni a kérdésre, 42,5% egy konkrét értéket, a többi válaszadó intervallumot adott meg. A válaszok 5 és 25 kg között mozogtak, az átlag 11,83 kg (SD=2,12) volt. A válaszadók abszolút többsége, 93,3%-a szerint egy terhesség során optimális esetben 9-15 kg-mal növekszik meg egy kismama testsúlya. Evészavar érintettség tekintetében nem volt különbség a vizsgált almintákhoz tartozók ismeretei között.

A válaszadók jelen terhességgel járó súlygyarapodásának átlagát tekintve nem különbözik az evészavaros és a kontrollcsoportban (13. táblázat: ED EDI szerint 14,5 kg (SD=6,91); ED összesen 14,4 kg (SD=6,38); kontroll 13,5 kg (SD=5,22)). A terhesség előtti testsúlyra kontrollált lineáris regressziós modell szerint azonban ennek háttérben két ellentétes folyamat húzódik meg. Az evészavarban érintett válaszadók (azonos kiinduló testsúly esetén) többet híznak (ED EDI szerint 2,23 kg-mal;  $p < 0,01$ ; a modellhez tartozó  $R^2 = 0,035$ ; ED összesen 1,27 kg-mal;  $p < 0,01$ ; a modellhez tartozó  $R^2 = 0,032$ ), ugyanakkor a testsúly emelkedésével kilogrammonként körülbelül 7-8 dkg-mal csökken a terhességgel járó testsúlynövekedés (ED EDI szerint -7,6 dkg;  $p < 0,001$ ; ED összesen -6,9 dkg;  $p < 0,001$ ). Mivel az evészavarosként definiált csoportokban több a túlsúlyos/elhízott személy, így az evészavarhoz köthető nagyobb súlynövekedés, és a túlsúlyhoz köthető kisebb súlynövekedés az emelkedés abszolút számát tekintve jórészt kiegyenlítődik.

A terhesség során tapasztalt testsúlynövekedéssel a kismamáknak csupán 18%-a elégedett, kéttizedük (20,9%) közepes mértékben, hattizedük pedig (61,0%-uk inkább vagy teljes mértékben) elégedetlen volt. Az ötfokú skálán adott értékelések átlagát összehasonlítva az látható, hogy az evészavaros válaszadók elégedetlenebbek a terhességükkel járó testsúlyváltozással, mint a kontrollcsoport tagjai (ED EDI szerint 2,90,  $p < 0,001$ ; ED összesen 3,38,  $p < 0,001$ ; kontroll 3,85). Ennek háttérben – a lineáris regressziós modell tanúsága szerint – két hatás összegződik: egyrészt a terhesség előtti testsúly emelkedésével párhuzamosan (testsúlykilogrammonként -0,01-dal;  $p < 0,001$ ) csökken a terhesség alatti testsúlyváltozással kapcsolatos elégedettség, másrészt az evészavar önmagában is – a testsúly kontrollálása mellett – negatívan hat a terhességhez kapcsolódó testsúlynövekedés megítélésére (ED EDI szerint,  $B = -0,855$ ;  $p < 0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2 = 0,038$ ; ED összesen  $B = -0,419$ ;  $p < 0,001$ ; a modellhez tartozó  $R^2 = 0,034$ ).

Arra is rákérdeztem a mintába került személyektől, hogy a gyermek születését követően a terhesség előtti, annál alacsonyabb, vagy esetleg annál magasabb testsúlyt szeretnének-e elérni. A kontrollcsoportnál (32,4%) az evészavaros válaszadók körében szignifikánsabb magasabb (ED EDI szerint 76,0%,  $p < 0,001$ , ED összesen 48,8%,  $p < 0,001$ ) volt azok aránya, akik a szülés után a terhesség előttinél alacsonyabb testsúlyt szeretnének elérni (további, részletes adatokat a 15. táblázat tartalmazza).

15. táblázat: Szülés után elérni kívánt testsúly az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	terhesség előttivel megegyező testsúly	terhesség előttinél alacsonyabb ts.	terhesség előttinél magasabb testsúly	$\chi^2$ (df) Cramer's V
	százalékos megoszlás (%)			
evészavar érintettség EDI szerint	24,0	76,0	0,0	40,614 (2) *** 0,200
kontrollcsoport	60,1	32,4	7,5	
evészavar érintettség összesen	45,9	48,8	5,3	17,290 (2) *** 0,123
kontrollcsoport	60,1	32,4	7,5	

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

Konkrét testsúly szerint a kontrollcsoportba tartozók a teherbeesés előtti testsúlyuknál átlagosan 2,3 kg-mal (SD=5,85), az összes evészavarosként definiált válaszadó 5,1 kg-mal (SD=8,50), míg az EDI alapján evészavarosnak tekintett válaszadók 9,8 kg-mal (SD=10,32) alacsonyabb testsúlyt szeretnének elérni (13. táblázat). A statisztikai próba mindkét esetben igazolta ( $p<0,001$ ), hogy az evészavaros kategóriákban a kontrollcsoportban regisztrálnál nagyobb súlyvesztés a cél, a lineáris regresszió pedig azt erősítette meg, hogy mind a terhesség előtti testsúly, illetve az evészavar önmagában is hatással van a vizsgált jelenségre (ED EDI esetén evészavarhoz tartozó  $B=-2,063$ ,  $p<0,01$ ; testsúlyhoz tartozó  $B=-0,354$ ,  $p<0,001$ , a modellhez tartozó  $R^2=0,575$ ; ED összesen esetén evészavarhoz tartozó  $B=-0,949$ ,  $p<0,01$ ; testsúlyhoz tartozó  $B=-0,360$ ,  $p<0,001$ , a modellhez tartozó  $R^2=0,576$ ). A fentiek mellett a páros t-próba azt erősítette meg, hogy nem csupán az evészavaros csoportok esetében talált -5,1/-9,8 kg eltérés, de a kontrollcsoportban regisztrált -2,3 kg-os elérni kívánt testsúlyváltozás is szignifikáns különbséget takar ( $t_{(947)}=11,911$ ,  $p<0,001$ ).

A szülést követően az elérni kívánt testsúlyukat a kontrollcsoportba tartozók többsége, 64,3%-a úgy gondolja, hogy könnyen, különösebb erőfeszítés nélkül vissza fogja tudni szerezni, az evészavarban érintettek többsége (az EDI szerinti ED csoportban 84,0%-a,  $p<0,001$ ; a tágabb ED csoport 58,8%-a,  $p<0,001$ ) ugyanakkor úgy véli, hogy csak komoly diétázás, és/vagy testedzés árán fogják tudni elérni a vágyott testsúlyukat (a részletes adatokat a 16. táblázat tartalmazza). Minden vizsgált csoportban kevesen, a válaszadók 2,1-4,0%-a gondolja, hogy egyáltalán nem fogja tudni elérni azt a testsúlyt, amelyet igazán szeretne. Amennyiben a fenti kérdést dichotómmá tesszük, logisztikus regresszióval világossá válik, hogy ebben az esetben is két hatás adódik össze: a

magasabb testsúly és az evészavar érintettség egymástól függetlenül is megnöveli annak az esélyét, hogy valaki úgy érzi, csak komoly diéta és/vagy testedzés árán fogja tudni elérni a szülés után az általa elképzelt testsúlyt (a logisztikus regresszió részletes eredményét a 17. táblázat tartalmazza). A terhesség előtti BMI egységnyi emelkedése 1,27-szeresére növeli ezt az esélyt, míg az evészavar érintettség – meghatározásától függően – 2,47-5,50-szeresére.

16. táblázat: Szülés után a vágyott testsúly és testalkat elérésének módja az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	Mit gondol, elérni kívánt testsúlyát/testalkatát .... fogja tudni visszaszerezni?			
	könnyen, erőfeszítés nélkül	komoly diéta / testmozgás árán	egyáltalán nem	$\chi^2$ (df) Cramer's V
	százalékos megoszlás (%)			
<b>... testsúlyát...</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	12,0	84,0	4,0	55,350 (2) *** 0,233
kontrollcsoport	64,3	33,6	2,1	
evészavar érintettség összesen	37,6	58,8	3,5	42,994 (2) *** 0,194
kontrollcsoport	64,3	33,6	2,1	
<b>... testalkatát...</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	8,0	90,0	2,0	49,506 (2) *** 0,221
kontrollcsoport	57,3	39,8	2,9	
evészavar érintettség összesen	35,9	60,0	4,1	26,707 (2) *** 0,153
kontrollcsoport	57,3	39,8	2,9	

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

Az elérni kívánt testsúly és a testalkattal kapcsolatos elképzelések bár szorosan együtt járnak, de nem azonosak. Annak ellenére, hogy a terhesség előtt és után a testalkat megváltozása a testsúlyváltozásnál kevésbé zavarta a mintába került személyeket, a szülést követően mégis valamivel magasabb azok aránya, akik úgy érzik, hogy nehezen vagy nem fogják tudni visszaszerezni szülés után a kívánt testalkatukat (16. táblázat). Ebben a kérdésben is szignifikáns eltérés van az evészavaros, illetve a kontrollcsoportba tartozók válaszai között, valamint ez esetben is a fent leírt mechanizmusok működnek a háttérben: a terhesség előtti BMI egységnyi emelkedése 1,22-szeresére növeli annak az esélyét, hogy valaki úgy véli, hogy csak nagyon nehezen vagy nem fogja tudni elérni

szülést követően azt a testalkatot, amit szeretne, míg az evészavar érintettség – meghatározásától függően – 1,93-6,87-szeresére növeli ezt az esélyt (17. táblázat).

Akiknek már több terhességük is volt, azon válaszadók 42,0%-a állítja, hogy van olyan súlyfeleslege, amely korábbi terhességeivel összefüggésbe hozható. Ez gyakrabban fordul elő az evészavaros (ED EDI szerint 66,7%,  $p < 0,01$ ; ED összesen 53,1%,  $p < 0,05$ ), mint a kontrollcsoportban (40,1%). Akik korábbi terhességhez kötődő súlyfeleslegről számoltak be, azok körében testsúlykilogramm tekintetében nincs különbség az evészavaros és nem evészavaros válaszadók között (13. táblázat).

Összességében az EDI alapján evészavarosnak sorolt válaszadók 90,0%-a, a tágabb értelemben evészavarosként definiáltak 51,8%-a, míg a kontrollcsoportba tartozók 30,5%-a tart attól, hogy súlyfelesleggel kell majd küszködni a szülés után (mindkét próba esetén  $p < 0,001$ ).

17. táblázat: A terhesség előtti testtömegindex és az evészavar érintettség hatása a szülés utáni vágyott testsúly és testalkat elérésére vonatkozó elképzelésekre

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	Sig.	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
<b>Testsúlyra</b> vonatkozó regresszió					
terhesség előtti BMI	0,240	0,021	<0,001	1,271 (1,220-1,324)	$\chi^2(8)=12,997$ $p=0,112$ [0,281]
ED érintettség EDI szerint	1,705	0,469	<0,001	5,503 (2,194-13,800)	
konstans	-6,171	0,490	<0,001	0,002	
terhesség előtti BMI	0,240	0,019	<0,001	1,271 (1,224-1,320)	$\chi^2(8)=10,982$ $p=0,203$ [0,275]
ED érintettség összesen	0,905	0,194	<0,001	2,473 (1,690-3,620)	
konstans	-6,172	0,455	<0,001	0,002	
<b>Testalkatra</b> vonatkozó regresszió					
terhesség előtti BMI	0,202	0,020	<0,001	1,224 (1,178-1,273)	$\chi^2(8)=6,838$ $p=0,554$ [0,226]
ED érintettség EDI szerint	1,927	0,545	<0,001	6,866 (2,361-19,966)	
konstans	-4,964	0,459	<0,001	0,007	
terhesség előtti BMI	0,196	0,018	<0,001	1,216 (1,174-1,260)	$\chi^2(8)=7,329$ $p=0,502$ [0,200]
ED érintettség összesen	0,655	0,189	<0,01	1,925 (1,329-2,788)	
konstans	-4,817	0,418	<0,001	0,008	

#### 4.5. Terhességgel kapcsolatos előzmények

A mintába került személyek terhességeinek össz-száma 1 és 12 között mozog, átlagosan 2,27 (SD=1,421). Bő egyharmaduknak (35,3%) ez volt az első, szük

egyharmaduknak (30,5%) a második várandóssága. A válaszadók egyhatodának (16,8%) a harmadik, további egyhatodának (16,2%) a negyedik vagy még többedik terhessége volt (18. táblázat). A terhességek számát tekintve nem volt szignifikáns eltérés az evészavaros és a kontrollcsoport között (19. táblázat).

A megkérdezettek közel felének (48,1%) egy, harmadának (33,8%) kettő, 12,8%-ának három, 5,3%-ának pedig több gyermeke van (18. táblázat). A gyermekszám átlaga alacsonyabb az evészavaros (n=170) csoportban (1,65 (SD=0,83)), mint a kontrollcsoportban (1,78 (SD=0,96); p<0,05). Az EDI szerint definiált evészavar csoport és a kontrollcsoport között nincs szignifikáns eltérés gyerekszám tekintetében (19. táblázat).

18. táblázat: Terhesség- és gyermekszám a mintában

	Terhességek száma n (%)	Gyermekek száma n (%)
1	405 (35,3)	551 (48,1)
2	350 (30,5)	387 (33,8)
3	192 (16,8)	147 (12,8)
4	110 (9,6)	38 (3,3)
5+	76 (6,6)	17 (1,5)
válaszhiány	13 (1,1)	6 (0,5)
<i>átlag (SD)</i>	<i>2,27 (1,421)</i>	<i>1,76 (0,941)</i>

A válaszadók életkora első gyermekük születésekor a vizsgált csoportokban statisztikailag nem tér el jelentősen egymástól, átlagosan 28,4-29,3 év (19. táblázat). Az első gyermek vállalása, a családalapítás a megkérdezettek többségénél éppen jókor, idejében történt. A kontrollcsoportban 77,4%, a tágabban definiált evészavar csoportban 68,3%. Korábban szeretett volna gyermeket a kontrollcsoportbeli személyek 17,1%, az evészavaros válaszadók 28,1%-a. A későbbi gyermekvállalást viszonylag kevesen, az egyes csoportba tartozók 5,4%, illetve 3,6%-a szeretne volna. Összességében az látható, hogy noha a gyermekvállalás életkora nem volt szignifikánsan magasabb azok körében, akik életük során valaha a táplálkozási magatartás zavarai voltak jellemezhetőek, magasabb körökben azoknak az aránya, akik már korábban szerettek volna gyermeket ( $\chi^2_{(2)}=11,613$ ; p<0,01; Cramer's V=0,102).

19. táblázat: Korábbi terhességekkel kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG EDI ALAPJÁN				EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG ÖSSZESEN			
	Evészavar érintettség n=50	Kontroll-csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége	Evészavar érintettség n=170	Kontroll-csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége
	átlag (SD)	átlag (SD)	U-teszt	Cohen-d	átlag (SD)	átlag (SD)	t (df)	Cohen-d
Terhességek száma összesen	2,58 (1,50)	2,26 (1,43)	27.352	-0,096	2,33 (1,38)	2,26 (1,43)	-0,573 (1131)	-0,034
Spontán vetélések száma összesen	0,38 (0,67)	0,25 (0,57)	26.091	-0,358	0,36 (0,64)	0,25 (0,57)	-2,094 (218) **	-0,284
Spontán vetélések száma az érintettek körében (n=207)	1,36 (0,50)	1,27 (0,55)	1.515	-0,081	1,29 (0,50)	1,27 (0,55)	-0,255 (239)	-0,033
Művi abortuszok száma összesen	0,34 (0,63)	0,24 (0,58)	25.966	-0,074	0,35 (0,67)	0,24 (0,58)	-2,046 (216) **	-0,278
Művi abortuszok száma az érintettek körében (n=187)	1,31 (0,48)	1,33 (0,66)	1.175	0,016	1,30 (0,66)	1,33 (0,66)	0,213 (218)	0,029
Gyermekek száma	1,88 (0,96)	1,78 (0,96)	25.915	-0,043	1,65 (0,83)	1,78 (0,96)	1,758 (1138) *	0,104
Anya kora első gyermeke születésekor (év)	28,4 (5,13)	29,0 (5,21)	21.515	0,051	29,3 (5,39)	29,0 (5,21)	-0,660 (1106)	-0,040
	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V
Spontán vetélések előfordulási aránya	28,0%	20,1%	1,829 (1)	0,043	28,2%	20,1%	5,725 (1) *	0,071
Művi abortuszok előfordulási aránya	26,0%	18,1%	1,965 (1)	0,044	27,1%	18,1%	7,389 (1) **	0,081
Koraszülés előfordulása korábbi terhesség esetén	6,7%	10,1%	0,366 (1)	0,027	3,9%	10,1%	3,020 (1)	0,073
Császármetszés előfordulása korábbi szülés esetén	60,0%	35,3%	7,422 (1) **	0,121	44,0%	35,3%	2,127 (1)	0,062
Előfordult, hogy legalább egy évig sikertelenül próbálkozott, hogy teherbe essen	32,0%	25,4%	1,096 (1)	0,033	28,8%	25,4%	0,900 (1)	0,028
Előfordult kísérlet mesterséges megtermékenyítésre	6,0%	7,3%	0,114 (1)	0,011	7,6%	7,3%	0,030 (1)	0,005

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

Spontán vetélés és művi abortusz a kontrollcsoportba tartozók egyötödénél (20,1% és 18,1%-ánál) fordult elő, míg az evészavaros (n=170) csoportban ezek az arányok 8,1-9,0 százalékponttal magasabbnak bizonyultak, amely statisztikailag szignifikáns eltérés (vetélés esetén  $p < 0,05$ ; abortusz esetén  $p < 0,01$ ; részletes adatok a 19. táblázatban szerepelnek). A vetélések és abortuszok számát tekintve ugyanakkor nem mutatkozott szignifikáns különbség a vizsgált csoportok között.

Korábbi terhességek során koraszülés a kontrollcsoport 10,1%-ánál, az EDI szerinti evészavar csoport 6,7%-ánál, az összes evészavarosként definiált válaszadó 3,9%-ánál fordult elő. A fenti eltérés statisztikailag egyik esetben sem szignifikáns (19. táblázat).

Szintén a korábbi terhességekre vonatkozó adatokkal kapcsolatban a kontrollcsoportba tartozók 35,3%-a, míg a tágabb értelemben definiált evészavar csoport 44,0%-a, az EDI szerinti csoportnak pedig 60,0%-a állította, hogy korábbi terhességei valamelyikén császármetszéssel szült. Ez utóbbi esetben a csoportok közötti eltérés  $p < 0,05$  szinten szignifikáns (19. táblázat).

A kontrollcsoportba tartozók negyede (25,4%), a tágabb definíció szerint evészavarosok 28,8%-a állította, hogy előfordult már vele korábban, hogy legalább egy évig nem tudott teherbe esni. Mesterséges megtermékenyítésre a csoportok 7,3% és 7,6%-ában került sor. A bemutatott eltérések statisztikailag nem jelentősek.

#### **4.6. A jelen várandósság ismérvei**

A mintába került személyek csaknem ötödénél (19,0%) a terhesség nem volt tervezett. Ez az arány nem különbözik érdemben az evészavaros (ED EDI szerint 12,2%; ED összesen 21,0%) és a kontrollcsoportban (18,6%). Azon válaszadók, akiknek a várandósságot megelőző egy évben rendszertelen volt a menstruációjuk, vagy amenorrhoeájuk volt, 2,08-szer (95% CI: 1,416-3,068) nagyobb eséllyel estek nem tervezetten teherbe, mint akiknek rendszeres volt a menstruációjuk ( $B=0,734$ ;  $S.E.=0,197$ ;  $p < 0,001$ ; a modell illeszkedése megfelelő: Hosmer-Lemeshow Teszt  $\chi^2_{(1)}=0,015$ ;  $p=0,902$ ; Nagelkerke  $R^2=0,019$ ).

Az oligo- vagy amenorrhoea gyakrabban fordul elő az evészavarban érintett válaszadók (ED EDI szerint 26,5%,  $p < 0,01$ ; ED összesen 26,3%,  $p < 0,001$ ), mint a kontrollszemélyek (11,8%) körében (a részletes adatokat a 20. táblázat tartalmazza).



20. táblázat: A jelen terhességgel kapcsolatos adatok az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG EDI ALAPJÁN				EVÉSZAVAR ÉRINTETTSÉG ÖSSZESEN			
	Evészavar érintettség n=50	Kontroll- csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége	Evészavar érintettség n=170	Kontroll- csoport n=976	Próbastatisztika	Kapcsolat erőssége
	átlag (SD)	átlag (SD)	U-teszt	Cohen-d	átlag (SD)	átlag (SD)	t (df)	Cohen-d
Jelen terhesség gesztációs heteinek száma (hét)	39,1 (0,98)	39,0 (1,13)	24.681	-0,010	39,2 (0,99)	39,0 (1,13)	-1,481 (1144)	-0,088
Gyermek születési súlya (gramm, ikerterhességek nélkül)	3516 (504)	3393 (447)	26.728	-0,118	3463 (499)	3393 (447)	-1,820 (1110)	-0,109
	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V	(%)	(%)	$\chi^2$ (df)	Cramer's V
Nem tervezett terhességek aránya	12,2%	18,6%	1,261 (1)	0,036	21,0%	18,6%	0,512 (1)	0,021
Rendszertelen menstruáció vagy amenorrhoea a terhességet megelőző évben	26,5%	11,8%	9,154 (1) **	0,096	26,3%	11,8%	24,790 (1) ***	0,149
Orvosi közbenjárással jött létre a terhesség	12,0%	6,5%	2,262 (1)	0,047	9,0%	6,5%	1,353 (1)	0,035
Nőgyógyászati betegség/műtét előfordulása terhesség előtt	22,4%	24,6%	0,117 (1)	0,011	30,9%	24,6%	2,937 (1)	0,051
ebből petefészek ciszta	4,1%	6,7%	0,514 (1)	0,023	10,9%	6,7%	3,705 (1)	0,058
Fennálló állandó betegség előfordulása	22,4%	17,2%	0,886 (1)	0,030	25,5%	17,2%	6,240 (1) **	0,075
ebből magas vérnyomás	8,2%	2,1%	7,255 (1) *	0,085	5,6%	2,1%	6,531 (1) *	0,077
Terhességgel összefüggő megbetegedés előfordulása	26,5%	21,4%	0,738 (1)	0,027	21,4%	21,4%	0 (1)	0,001
ebből gesztációs diabétesz	14,3%	10,8%	0,568 (1)	0,024	10,7%	10,8%	0,002 (1)	0,001
ebből terhességi magas vérnyomás	14,3%	3,4%	14,411 (1) **	0,120	6,5%	3,4%	3,689 (1)	0,057
ebből toxæmia	6,1%	1,8%	4,544 (1)	0,067	4,2%	1,8%	3,941 (1)	0,059
Szülési szövődmény előfordulása	6,1%	4,2%	0,403 (1)	0,020	10,1%	4,2%	10,253 (1) **	0,095
Veszélyeztetett vagy szövődményes terhesség előfordulása	32,0%	23,7%	1,773 (1)	0,042	34,1%	23,7%	8,251 (1) **	0,085
Császármetszések aránya	46,9%	44,0%	0,158 (1)	0,012	53,6%	44,0%	5,245 (1) **	0,068

\*\*\* p<0,001 \*\* p<0,01\* p<0,05

Kontrollált regressziós modell szerint a tágabb definíciójú evészavar, a korábbi nőgyógyászati betegség vagy műtét megléte, valamint a terhességet megelőző BMI mindegyike befolyással volt a menstruáció rendszerességére nézve. A legerősebb befolyásoló tényező a korábbi nőgyógyászati betegség vagy műtét előfordulása, amely 2,5-szeresére (OR=2,491; 95% CI: 1,728-3,590) növeli az irreguláris menzesz esélyét. Az evészavar érintettség hasonló, 2,26-szoros (95% CI: 1,486-3,421) eséllyel jár együtt oligo- vagy amenorrhoeával. A testtömegindex egységnyi emelkedésével 1,05-szörösére (95% CI: 1,015-1,089) nő az esélye a rendszertelen menstruáció előfordulásának (21. táblázat). Amennyiben a modellbe evészavarosként az EDI alapján definiált csoportot tesszük be, szignifikáns magyarázó erejét a korábban előforduló nőgyógyászati betegségek, műtétek változó tartja meg (21. táblázat).

21. táblázat: A terhesség előtti menstruációt befolyásoló háttértényezők

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
terhesség előtti BMI	0,050	0,018	<0,01	1,051 (1,015-1,089)	$\chi^2(8)=9,839$ p=0,277 [0,079]
nőgyógyászati betegség előfordulása	0,913	0,187	<0,001	2,491 (1,728-3,590)	
ED érintettség összesen	0,813	0,213	<0,001	2,255 (1,486-3,421)	
konstans	-3,426	0,452	<0,001	0,033	
terhesség előtti BMI	0,041	0,021	0,052	1,042 (1,000-1,087)	$\chi^2(8)=4,576$ p=0,802 [0,052]
nőgyógyászati betegség előfordulása	0,899	0,205	<0,001	2,456 (1,642-3,674)	
ED érintettség EDI szerint	0,707	0,382	0,064	2,029 (0,960-4,287)	
konstans	-3,220	0,526	<0,001	0,040	

A menstruációs rendellenességeket jellemzően, az esetek 57,9%-ában semmilyen formában nem kezelték. 8,8%-nál természetes készítményekkel, 27,7%-nál hormontartalmú készítményekkel, míg 5,7% esetében egyéb beavatkozással. Az egyes kezelési típusokat ugyanolyan arányban alkalmazták az evészavaros (n=170) és a kontrollcsoportban is ( $\chi^2(3)=0,747$ ; p=0,862).

A jelen terhesség a válaszadók 93,1%-ánál spontán módon, 6,9%-ánál orvosi közbenjárással jött létre. Ezek az arányok nem különböznek érdemben az evészavaros és a kontrollcsoportban (20. táblázat).

A kérdőív segítségével feltérképeztem azokat a krónikus, nőgyógyászati vagy a terhességgel összefüggő betegségeket, amelyek befolyásolhatták a terhesség létrejöttét, lefolyását. Ezek részletes eredményeit a 20. táblázat mutatja be.

Valamilyen állandó jelleggel fennálló betegsége (például cukorbetegség, magas vérnyomás, autoimmun, pajzsmirigy, szív- és keringési rendszer, vagy a vérképzőszervek megbetegedése, allergia stb.) a kontrollcsoportban lévő személyek 17,2%-ának volt. Az EDI alapján képzett evészavar csoportban 22,4%, az összes evészavarban érintett válaszadó körében 25,5% ez az arány. Ez utóbbi szignifikáns különbséget takar ( $t_{(1)}=6,240$ ;  $p<0,01$ ; Cohen- $d=0,075$ ). Az egyes betegségtípusok közül a magas vérnyomás az, amely az evészavarosok körében gyakrabban fordul elő (ED EDI szerint 8,2%,  $p<0,05$ ; ED összesen 5,6%,  $p<0,05$ ), mint a kontrollcsoportban (2,1%) (további részletes adatok a 20. táblázatban szerepelnek).

A terhességet megelőzően valamilyen nőgyógyászati betegsége vagy műtétje a válaszadók egynegyedének (25,5%-ának) volt. Leggyakrabban a petefészek ciszta (7,3%) és a visszatérő fertőzések (5,6%) fordultak elő. Endometriózisról az esetek 3,1%-ában számoltak be. Nőgyógyászati betegségek előfordulási gyakoriságában nem mutatkozott szignifikáns eltérés (bármelyik) evészavaros, illetve a kontrollcsoport tagjai között (22. táblázat).

22. táblázat: Terhességet megelőző nőgyógyászati betegségek előfordulása a mintában

	említett n (%)
endometriózis	34 (3,1)
kismencedei gyulladás	14 (1,3)
petefészek ciszta	81 (7,3)
visszatérő fertőzések	62 (5,6)
egyéb betegség	133 (12,0)
<i>összesen</i>	283 (25,5)

Várandóssággal összefüggő megbetegedés a kismamák 21,4%-ánál fordult elő, ezek közül gesztációs diabétesz 10,8%-nál, terhességi magas vérnyomás 3,9%-nál, toxaemia 2,1%-nál alakult ki. Szignifikáns különbség az evészavaros és a kontrollcsoport tagjai között a terhességi magas vérnyomás esetében figyelhető meg: az EDI alapján besorolt evészavar csoportban gyakrabban fordul elő terhességi magas vérnyomás

(14,3%), ám a logisztikus regressziós elemzés alapján kijelenthető, hogy ezt nem az evészavar érintettség, hanem a csoportban lévők magasabb testsúlya okozza (23. táblázat).

23. táblázat: A terhességi magas vérnyomás háttértényezői

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
terhesség előtti BMI	0,126	0,028	<0,001	1,134 (1,074-1,197)	$\chi^2(8)=8,493$ p=0,387 [0,088]
ED érintettség EDI szerint	0,587	0,521	0,260	1,799 (0,648-4,991)	
konstans	-6,385	0,737	<0,001	0,002	

A teljes minta 5,1%-ánál fordult elő szülési szövődmeny: a kontrollcsoportban ez az arány 4,2%, az EDI szerinti evészavar csoportban 6,1%, míg a tágabb definíció szerinti evészavar csoportban szignifikánsan nagyobb, 10,1% (p<0,01; 20. táblázat). Az elvégzett logisztikus regressziós modell szerint az evészavarok bármikori előfordulása csaknem kétszeresére (OR=1,932; 95% CI: 1,011-3,693) növeli a szülési szövődmeny kialakulásának kockázatát (24. táblázat).

24. táblázat: A szülési szövődmeny háttértényezői

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
terhesség előtti BMI	0,18	0,029	0,530	1,018 (0,962-1,077)	$\chi^2(8)=6,934$ p=0,544 [0,023]
nőgyógyászati zavar előfordulása	0,542	0,294	0,065	1,719 (0,966-3,061)	
ED érintettség összesen	0,659	0,330	<0,05	1,932 (1,011-3,693)	
konstans	-3,669	0,709	<0,001	0,025	

A mintába került személyek egynegyedénél (25,3%-ánál) a terhesség lefolyása veszélyeztetett vagy szövődmenyes volt. A kontrollcsoport tagjai körében 23,7%, az összes érintettet tartalmazó evészavar csoportban (n=170) 34,1% ez az arány. Ez a különbség egyrészt szignifikáns (p<0,01; 20. táblázat), másrészt két hatásból adódik össze: a válaszadó terhesség előtti testtömegindexe, valamint az evészavar érintettség is befolyással van rá. A logisztikus regressziós modell szerint a terhesség előtti BMI egységnyi változásával 1,06-szorosára (OR=1,058; 95% CI: 1,029-1,088; p<0,001), míg evészavar érintettség esetén csaknem másfélszeresére (OR=1,473; 95% CI: 1,026-2,116;

p<0,05) nő az esélye annak, hogy a terhesség lefolyása veszélyeztetetté vagy szövődményessé válik (25. táblázat).

25. táblázat: A veszélyeztetett lefolyású terhesség háttértényezői

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
terhesség előtti BMI	0,057	0,014	<0,001	1,058 (1,029-1,088)	$\chi^2(8)=10,189$ p=0,252 [0,030]
ED érintettség összesen	0,387	0,185	<0,05	1,473 (1,026-2,116)	
konstans	-2,493	0,348	<0,001	0,083	

A szülés menete az esetek közel felében császármetszéssel történt: a kontrollcsoportban 44,0%, míg a tágabb definíció szerinti evészavar csoportban szignifikánsan magasabb, 53,6% (p<0,01; 20. táblázat) ez az arány. A logisztikus regressziós modell arra világított rá, hogy az evészavar nem közvetlenül befolyásolja a szülés menetét. Veszélyeztetett terhesség esetén kétszeres (OR=2,086; 95% CI: 1,575-2,764; p<0,001) a kockázata annak, hogy a szülés császármetszéssel fog végződni. Emellett, a terhességet megelőző BMI egységnyi emelkedésével 1,07-szeresére (OR=1,066; 95% CI: 1,037-1,096; p<0,001) nő annak az esélye, hogy a magzat császármetszéssel jön a világra (26. táblázat).

26. táblázat: A császármetszések előfordulásának háttértényezői

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
terhesség előtti BMI	0,064	0,014	<0,001	1,066 (1,037-1,096)	$\chi^2(8)=11,258$ p=0,188 [0,069]
veszélyeztetett terhesség	0,735	0,143	<0,001	2,086 (1,575-2,764)	
ED érintettség összesen	0,198	0,176	0,260	1,219 (0,863-1,722)	
konstans	-1,893	0,335	<0,001	0,151	

A vizsgálat bevonási kritériumaként szerepelt a teljes idejű (azaz legalább 37. gesztációs hetet betöltött) terhesség. Ennek megfelelően a terhességek hosszában nem mutatható ki jelentős eltérés. A kérdőívet kitöltők átlagosan a terhesség 39. hetében szültek. Az utódok átlagos születési súlya között van különbség, de statisztikailag nem releváns: az ikerterhességeket nem beleszámítva a kontrollcsoportban 3393 gramm, az evészavar (n=170) csoportban 3463 gramm, míg az EDI alapján definiált evészavar

csoportban 3516 gramm az újszülöttek születési súlya (20. táblázat). A szülés előtti testtömegindexre kontrollált lineáris regressziós modell szerint a vizsgált körben az evészavarok a születési súlyra vonatkozó közvetlen hatása nincs (a modellhez tartozó  $R_2=0,027$ ).

#### **4.7. Az anyaság és a szoptatás kérdései**

Az anyasághoz és a szoptatáshoz fűződő attitűd feltérképezésekor arra a kérdésre, hogy meddig tervezi szoptatni csecsemőjét, ameddig neki feltétlenül szüksége van anyatejre, vagy ameddig igényli, az derült ki, hogy az anyák kétharmada (67,5%-a) a baba igényeihez tervezi igazítani az anyatejjel való táplálás időtartamát, s ebben semmilyen különbség nem mutatkozott (bármelyik) evészavaros és a kontrollcsoport között.

Korábbi terhességek esetén a szoptatás időtartamára való rákérdezéssel az derült ki, hogy mind az evészavaros, mind a kontrollcsoport körében egyforma hosszú ideig szoptatták csecsemőjüket az anyák (ED EDI szerint 10,2 hónap; ED összesen 10,0 hónap; kontrollcsoport 10,2 hónap; mindkét esetben  $p>0,05$ ).

A szoptatással kapcsolatos szándékban, hogy lehetőleg igény szerint szeretnék szoptatni csecsemőjüket, nincs különbség az anyák válaszai között, azzal kapcsolatban azonban, hogy egyáltalán fog-e tudni majd szoptatni, az evészavaros anyák nagyobb aggodalmat élnek át, mint a kontrollcsoport tagjai (27. táblázat). Míg a kontrollcsoport 27,5%-át, addig a tágabb definíció szerinti evészavar csoport 36,3%-át ( $p<0,05$ ), az EDI szerinti evészavar csoport 44,0%-át ( $p<0,05$ ) aggasztja nagyon, hogy fogja-e tudni szoptatni újszülöttjét.

Jelentős különbség mutatkozik ugyanakkor az anyasággal kapcsolatos félelmek terén: míg a kontrollcsoport tagjainak kétötödét (39,1%) egyáltalán nem aggasztja az a kérdés, hogy jó anya lesz-e, 43,2%-át kicsit, 17,7%-át pedig nagyon, addig az összes evészavarban érintett válaszadó körében tíz százalékponttal alacsonyabb (29,4%), az EDI alapján definiált csoportban pedig további tizenegy százalékponttal alacsonyabb (18,0%) azok köre, akik nem félnek az előttük álló feladattól. Az evészavarban érintett válaszadói csoportokban tíz százalékponttal magasabb az aránya azoknak, akik az anyasággal járó felelősség miatt nagyfokú aggodalmat élnek át (mindkét esetben  $p<0,01$ ; 27. táblázat).

Több gyermek esetén az EDI szerinti evészavaros csoport tagjait az érzelmek megosztása tekintetében is nagyobbfokú aggodalom jellemzi, mint a kontrollcsoportba tartozó anyákat ( $p < 0,05$ , 27. táblázat).

27. táblázat: Az anyasághoz kapcsolódó aggodalmak az evészavarosként definiált és a kontrollcsoportban

	Aggasztja-e Önt, hogy...			$\chi^2$ (df) Cramer's V
	egyáltalán nem	kicsit	nagyon	
	százalékos megoszlás (%)			
<b>... jó anya lesz-e?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	18,0	54,0	28,0	9,569 (2) ** 0,097
kontrollcsoport	39,1	43,2	17,7	
evészavar érintettség összesen	29,4	43,5	27,1	10,178 (2) ** 0,095
kontrollcsoport	39,1	43,2	17,7	
<b>... fog-e tudni szoptatni?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	18,0	38,0	44,0	6,392 (2) * 0,079
kontrollcsoport	24,4	48,1	27,5	
evészavar érintettség összesen	17,9	45,8	36,3	6,620 (2) * 0,076
kontrollcsoport	24,4	48,1	27,5	
<b>... (ha több gyereke van) hogy osztja meg érzelmeit a gyerekek között?</b>				
evészavar érintettség EDI szerint	25,8	32,3	41,9	7,196 (2) * 0,117
kontrollcsoport	47,0	30,0	23,1	
evészavar érintettség összesen	42,5	30,0	23,1	1,258 (2) 0,047
kontrollcsoport	47,0	30,0	23,1	

\*\*\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$

#### 4.8. Életstílus, szokások és azok változása terhesség során

A mintába került személyek 36,8%-a sportolt legalább heti rendszerességgel a várandósságát megelőző fél évben. Ezt az evészavar érintettség közvetlenül nem befolyásolja (ED EDI alapján 26,0%; ED összesen 37,1%; mindkét esetben  $p > 0,05$ ). A terhesség első trimeszterében a megkérdezettek 26,2%-a, a második trimeszterben 28,6%-a, a harmadikban 21,1%-a sportolt valamit legalább heti rendszerességgel. Azon kismamák aránya, akik a terhesség során mindvégig elköteleződtek a mozgás fontossága mellett és legalább heti rendszerességgel végeztek valamilyen sporttevékenységet,

13,4%. A fenti arányokat tekintve nincs szignifikáns különbség az evészavaros és a kontrollcsoport válaszai között.

A terhességét megelőző fél évben a megkérdezettek 58,4%-a szedett valamilyen vitamint. A tágabb értelemben definiált evészavaros csoport körében ez az arány magasabb, 65,3% ( $\chi^2_{(1)} = 3,931$ ; Cramer's  $V=0,047$ ;  $p<0,05$ ). A terhesség előtti vitaminszedést alapvetően a terhesség tervezettségének kérdése befolyásolja, csaknem kétszeresére (OR=1,934; 95% CI: 1,428-2,620) növelve a vitaminszedés esélyét. Emellett a tágabb értelemben definiált evészavar érintettség is független hatással bír, közel másfélszeresére (OR=1,432; 95% CI: 1,012-2,026) emelve a terhesség előtti vitaminszedés esélyét (a p értéke mindkét esetben legalább  $<0,05$ ; 28. táblázat).

28. táblázat: A várandóssággal járó vitaminszedés háttértényezői

Logisztikus regresszióba bevont változó	B	S.E.	p	OR (CI 95%)	Hosmer-Lemeshow Test [Nagelkerke R <sup>2</sup> ]
Várandósságot megelőző vitaminszedés					
terhesség tervezettsége	0,660	0,155	<0,001	1,934 (1,428-2,620)	$\chi^2(2)=0,038$ p=0,981 [0,026]
ED érintettség összesen	0,359	0,177	<0,05	1,432 (1,012-2,026)	
konstans	-0,241	0,142	0,089	0,786	
Várandósság alatti vitaminszedés (mindhárom trimeszterben)					
terhesség előtti BMI	-0,028	0,014	<0,05	0,973 (0,947-0,999)	$\chi^2(8)=4,773$ p=0,782 [0,013]
terhesség tervezettsége	0,337	0,158	<0,05	1,401 (1,027-1,910)	
ED érintettség összesen	0,293	0,173	0,089	1,341 (0,956-1,881)	
konstans	0,224	0,347	0,517	1,252	

A terhesség első trimeszterében a megkérdezettek 59,7%-a, a második trimeszterben 55,0%-a, a harmadikban 52,2%-a szedett vitamint. A kismamák csaknem fele, 47,5%-a fogyasztott a terhesség során mindvégig ilyen étrendkiegészítőt. Közvetlen kapcsolat nem mutatható ki az evészavarok és a vitaminszedés között. A logisztikus regressziós elemzés alapján azonban elmondható, hogy a terhesség tervezettségével 1,4-szeresére (95% CI: 1,027-1,910) nő az esélye, hogy a kismama a terhesség során végig fog vitamint szedni, míg a terhesség előtti testtömegindex ezzel ellentétes irányba hat: a várandósság előtti BMI-n egy egységnyi emelkedés 0,973-szeresére (95% CI: 0,947-0,999) csökkenti az esélyét, hogy a kismama a terhesség során végig szedjen vitamint. Önmagában az evészavarok hatása nem szignifikáns az adott kérdésre (28. táblázat).



A megkérdezett kismamák nagy többsége, 72,8%-a elmondása szerint nem dohányzott a terhességét megelőzően, 9,5%-uk alkalmanként, 17,7%-uk pedig rendszeresen dohányzott. A terhesség során 92,7%-ra emelkedett a dohányzástól tartózkodók aránya. Sem a terhesség előtti, sem az az alatti dohányzási szokások tekintetében nem volt szignifikáns eltérés az egyes evészavarcsoportok és a kontrollcsoport között.

## 5. Megbeszélés

Az evés- és testképzavarok terhesség időszakában való vizsgálata igen nagy jelentőségű. Az orvosi ellátásban nem elterjedt téma, az orvosi kivizsgálás és bizonyos életmódbeli javaslatok mellett legtöbbször nem kerül elő a (leendő) kismama korábbi vagy aktuális evészavar története (Abraham, 2001), egyrészt idő hiányában, másrészt nem tulajdonítanak neki kellő jelentőséget, illetve a kismama részéről a rejtőzködés miatt nem kerül említésre, hiszen a büntudat, szégyen érzése gyakori velejárója az evészavaroknak, amelyet a gyermekvárás helyzete tovább fokozhat (Bye és mtsai, 2018).

Az evészavarok terhes nők csoportján való vizsgálata több szempontból is nehezített, számos módszertani probléma vetődik fel vele kapcsolatban. Az evészavarok és a terhesség kapcsolatáról számot adó tanulmányok összehasonlítása nehéz, mivel azok módszertanilag rendkívül különbözőek. Az esetbemutatótól kezdve a kis, majd nagyobb elemszámú betegminták eredményeinek összegzésén át a nagy elemszámú, regiszteralapú adatok elemzéséig több megközelítési móddal is találkozhatunk. Eltérő lehet, s nem is mindig pontosan ismert a vizsgálati személyek betegségének súlyossági foka. Számtalan kutatásban láthatjuk azonban, hogy evészavar érintettség esetén megnő a menstruációs és fertilitási zavarok, a terhességi és szülészeti komplikációk előfordulásának esélye. Maga a terhesség sok esetben jótékonyan hathat az evészavarra, akár a meglévő tünetek megszűnését is eredményezheti, azonban a posztpartumban a visszaesés kockázata magas. Az anyai evészavar magzatra gyakorolt hatása akár hosszú távú is lehet, a felnőttkori egészségre is kihathat, valamint ezen zavarok átörökítésének a lehetősége is felmerül. A kiterjedt nemzetközi szakirodalom ellenére hazai viszonylatban kevés adat áll rendelkezésünkre a vizsgált területen.

Az evészavarok gyors terjedése következtében azzal a problémával is szembe kell nézni, hogy egyre több várandós nő és magzat van kitéve az evészavarok hatásainak, esetleges negatív következményeinek. Az anyai evészavar magzatra és a felnövekvő gyermekre gyakorolt hatása jelentős. Az evészavarok szűrése és korai felismerése tehát fokozott jelentőségű. Mivel a szakorvosi ellátásban ez nem kap nagyobb hangsúlyt, így a terhesgondozásban résztvevő szakemberek figyelmének felkeltésének igénye merül fel.

A tanulmányban egy speciális populáció vizsgálata történt. A kutatásban résztvevők sajátos fizikai és pszichés állapotát is figyelembe véve igyekeztem a kérdőívcsomagot úgy összeállítani és a vizsgálatot úgy megtervezni, hogy csökkentsem

a felesleges megterhelést, a zavaró, oda nem illő kérdéseket. A kérdőív hosszának optimális megválasztása nemcsak a vizsgálati személy, hanem a vizsgálat kimenetele szempontjából is fontos, hiszen így nagyobb valószínűséggel lesz képes a személy a tesztet fenntartott figyelemmel és motivációval kitölteni. Az elvégzett exploratív kutatás jó alapot szolgáltat a további fókuszáltabb kutatások irányainak kidolgozásához.

A jelen felmérés egyik célja, hogy segítsen egy érvényes mérőeszköz megtalálásában, amellyel e speciális populáción az evészavar érintettség azonosítható, szűrhető. Pettersson és munkatársai (2016) publikáltak először egy evészavar kérdőív, az Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) terhesek körében történő alkalmazásáról, ám az ő vizsgálati mintájukban 10-12 hetes, tehát várandósságuk kezdetén lévő, valamint 6-8 hónappal a szülés után lévő kismamák szerepeltek. A jelen kutatás adatfelvétele retrospektív kérdőívvel, közvetlenül a szülés után készült, tehát a válaszadók már a terhesség minden fizikális és pszichés velejáróját megtapasztalták. Azt vizsgáltam, hogy a sztenderd módon leggyakrabban alkalmazott EDI és SCOFF evészavar kérdőívek miként alkalmazhatók ezen a populáción.

A felmérésbe 1300, a vizsgálati időszakban az 1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Gyermekegészségügyi Osztályán fekvő, a 37. gestációs hét betöltése után szülő kismama került bevonásra, amelyből 1146 válaszolta meg az önkitöltős kérdőívet. Fontos kiemelni, s az eredmények értelmezésénél mindenképpen tekintetbe kell venni, hogy a beválogatás kritériumai szerint a koraszülött, valamint az intenzív ellátásra szoruló újszülöttek anyja – tekintettel a patológus terhesség, illetve a csecsemő betegsége esetén fellépő akut pszichés terhelésre – nem került be a mintába. Mivel szakirodalmi adatok szerint az evészavaroknak a terminus hosszára és ezzel összefüggésben a magzat testsúlyára vonatkozó hatása is van, így ez az aspektus ezúttal korlátozottan volt vizsgálható. Feltételezhető tehát, hogy a valóságban a terhesség során fellépő evészavarok a jelen kutatásból megismertnél szélesebb réteget érintenek, akár súlyosabb formában is. A kutatási minta nem reprezentatív, de a BMI eloszlása szerint megfelel az azonos korú női magyar lakosságnak, tehát az evészavarok tekintetében egy fontos szempont szerint jól leképezi azt.

A következőkben a kiinduló hipotézisek mentén haladva mutatom be a kutatási eredmények magyarázatát:

1. A terhesség élettani változásait – testsúlygyarapodás, hányinger, hányás, táplálkozás változása – figyelembe véve azt feltételezem, hogy az EDI módosításokkal lesz alkalmazható kismama populáción az evészavar érintettség szűrésére.

A résztvevők válaszai alapján az EDI terhes populáción való alkalmazása esetén a három diagnosztikai alskálánál összesen öt tétel elhagyása tűnik szükségesnek. Ezáltal a *Karcsúság iránti késztetés* alskála négy tételre, a *Bulimia* alskála hat tételre, míg a *Testi elégedetlenség* nyolc tételre csökken. A Cronbach-alfa és az item-total korreláció értékek megfelelnek az EDI-t leíró Garner által támasztott követelményeknek. Az itemek elhagyásával az EDI belső konzisztenciája, faktoriális és diszkriminatív validitása is megfelelő. A redukálódott alskálákhoz alacsonyabb kritikus értékek javasoltak: a *Karcsúság iránti késztetés* alskála esetén 8, a *Bulimia* esetén 12, a *Testi elégedetlenség* alskála esetén 19 pont. Összességében az eredmények szerint a kismama populáción az EDI három diagnosztikai alskáláján összesen öt tétel elhagyásával, módosított kritikus tartományokkal megfelelő eszköznek bizonyult az evészavarok szűrésére.

A statisztikai elemzések alapján a várandós mintán a kognitív érzelmi evészavar jellemzők mutatkoztak meg, míg a viselkedéses megnyilvánulásokhoz kapcsolódó tételek eltűntek az alskálák itemei közül. A *Karcsúság iránti késztetés* alskálában tartalmi szinten megmaradtak a büntudat, a hízástól való félelem és a soványság utáni vágy tételei, azonban a viselkedést érintő tételeket elhagytam. Ugyanígy a *Bulimia* alskála esetén a falásrohamhoz kapcsolódó itemek megmaradtak, a kompenzálás azonban nem. A hányás a terhesség gyakori velejárója, s nem a testsúlymanipulálás eszköze lesz, így az erre vonatkozó állítás kikerült az EDI kismamák körében validált végső struktúrájából. A *Testi elégedetlenség* alskála esetén a tipikusan a terhességgel járó, a has növekedéshez kapcsolódó tétel esett ki. A hastájéki méretek jelentősége háttérbe szorul. Mindezek összhangban állnak azokkal a korábbi tapasztalatokkal, miszerint a terhesség alatt az evészavar tünetek, a falási rohamok általában javulnak (Lacey és Smith, 1987; Morgan és mtsai, 1999a; Crow és mtsai, 2004, 2008; Rocco és mtsai, 2005; Easter és mtsai, 2015), s a testhez való viszony is átalakul, az anyák jellemzően elfogadóbbakká válnak testsúlyukkal, testalakjukkal kapcsolatban a várandósságot megelőző állapothoz képest (Davies és Wardle, 1994; Carter és mtsai, 2000; Loth és mtsai, 2011; Larsson és Andersson-Ellström, 2003). A tünetek javulása okán felmerül egyes evészavarok terhesség során történő átalakulásának kérdése, például a BN a kompenzáló hányási

epizódok megszűnésével BED-re alakulhat át – ennek tisztázása azonban egy következő, célzott vizsgálat révén lehetséges.

Terhesség alatt az evés, az evéssel kapcsolatos gondolkodás, a testsúlyhoz fűződő viszony megváltozik. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy az általános populációt vizsgáló mintákon megmutatkozó EDI skála itemei a várandós populáción máshogy alakultak. Mindez a vizsgált populáció speciális állapotával hozható összefüggésbe. A gyermekvárás időszaka számos változással jár egy nő életében. A felelősségvállalás új formájának megjelenésével, a prioritások átrendeződésével számolhatunk – a gyermekvállalás elsőbbségével az evészavarral szemben (Tierney és mtsai, 2011).

Éppen ezért is tapasztalható, hogy azoknál a nőknél, akik terhességük előtt evészavaros tüneteket mutattak, a tünetek javulása, részleges vagy esetleg teljes megszűnése várható (Lacey és Smith, 1987; Soest és Wichstrøm, 2008; Tierney és mtsai, 2011). Vannak kutatási eredmények, amelyek tüneti fokozódásról számolnak be, főként a szülés utáni időszaktól kezdődően, ahogy a klinikai gyakorlatban is gyakran látható (Crow és mtsai, 2004, 2008; Rocco és mtsai, 2005; Mason és mtsai, 2012).

Evészavarok terápiájában is tapasztalható, hogy a változás különböző szinteken történik. A viselkedésbeli változásokat nem feltétlenül követik a kognitív és érzelmi változások (Crow és mtsai, 2008; Micali és mtsai, 2007; Mason és mtsai, 2012). A viselkedés változásában erős tényezőként játszhat szerepet az, hogy a nők jelentős félelmekkel rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy evészavaros tüneteik meglétével, ehhez kapcsolódó viselkedésük folytatásával súlyosan károsíthatják vagy megölhetik a magzatot, illetve nagyon félnek mások megítélésétől, attól, hogy őket hibáztatják a gyermek esetleges sérülése miatt (Tierney és mtsai, 2011; Mason és mtsai, 2012).

*2. A rövidege miatt a gyakorlatban széleskörűen elterjedt SCOFF tesznek a terhes populáción – a terhesség fent említett élettani változásaira tekintettel – nem lesz minden tétele releváns, emiatt a kérdőív a standard küszöbértékkel nem lesz alkalmazható.*

A SCOFF teszt, amely az evészavarok fő tüneteire kérdez rá öt egyszerű kérdés segítségével, átlagos körülmények között két pozitív válasz esetén veti fel az evészavar gyanúját. Várandósok körében a kórképekkel járó kognitív diszfunkciókat (az evés feletti kontroll elvesztésének, a kövérségnek, valamint az étel élet feletti dominanciájának az érzését) jól megragadja, ám terhesség során két tétele nem alkalmazható, így a megmaradt

tételek önmagukban szűrésre nem elégségesek. Ahogy az EDI estében, úgy a SCOFF tesztnél is az önhánytatásra vonatkozó tétel nem differenciált a magát evészavarosnak vallók, valamint a többi válaszadó között. Ez esetben is felmerül tehát a kompenzáló viselkedésformák más formáinak, illetve az AN, BN-től eltérő evészavar típusok előfordulásának felmérése egy új, terhességpopulációra szabott szűrőeszköz lehetséges kialakítása során.

*3. Feltételezem, hogy kiválaszthatók olyan ORTO tételek, amelyek az „evészavaros” csoportban magasabb értéket mutatnak a kontrollcsoporthoz képest.*

Az ORTO tesztelt itemei közül a kontroll- és az evészavar csoportok között legjobban differenciáló tételt kerestem. Azokat a tételt találtam az evészavar csoportot szignifikánsan differenciálónak, amelyek érzelmi töltetűek. Elsősorban az evéssel és az evéssel összefüggésben az egészséggel kapcsolatos aggodalmak erősebbek az evészavarosok között. Emellett az egészséges táplálkozás és az önbecsülés kapcsolata bizonyult jelentősnek. Mindez összhangban áll Easter és munkatársai (2015) azon eredményeivel, miszerint a múltban vagy aktuálisan evészavaros anyákat jobban jellemezte az étkezés feletti aggodalom, testsúly- vagy testalakkal kapcsolatos aggodalmak, mint az egészséges kontrollszemélyeket. Saját eredményeim szerint ugyanakkor a viselkedésre és a tudatos cselekvésre utaló tétel egyikének átlaga sem tért el érdemben egymástól a két csoportban. Így bár az eltérést mutató itemek együttesen képesek differenciálni az önmagukat evészavarosnak tartó csoportját, ez az eszköz az ON-nak csak egy szűkebb vetületét méri. Ez alapján úgy tűnhet, hogy az ORTO vizsgált tétel nem tudja az ON jelenlétét megfelelően elkülöníteni. Mivel azonban nem egy specifikusan ON csoportot vetettünk össze a kontrollcsoporttal, hanem egy heterogén evészavar csoportot, az adatok alapján nem dönthető el, hogy azok a tétel, ahol nem mutatható ki különbség a két csoport között, az a várandóssággal, vagy az evészavar csoport heterogenitásával van-e összefüggésben.

*4. Feltételezem, hogy a tesztek és más vizsgált paraméterek alapján jól elkülöníthető egy „evészavaros”-nak nevezett csoport. Ez jelen esetben nem egy diagnosztizált betegcsoportot jelent, hanem olyan válaszadók csoportját, akik táplálkozási magatartásában, testiükhöz való viszonyában valamilyen zavar, kóros tünet, vagy tünetegyüttes tapasztalható.*

A terhes mintán validált EDI segítségével meghatározásra került egy aktuálisan evészavarral jellemezhető csoport (ED EDI alapján, n=50 [4,4%]), valamint más kérdések (pl. önbevallás) és evészavartünetek bármikori előfordulására vonatkozó információk alapján egy tágabb értelemben vett, „élettartam” evészavar érintettség (ED összes, n=170 [14,8%]). Ez utóbbi meghatározást az tette szükségessé, hogy bár nem egységesen, de számos forrás kiemeli, hogy az evészavarok következményei nemcsak aktuálisan fennálló, hanem az egyén kórtörténetében korábban szereplő zavar esetén is megjelenhetnek (Sullivan és mtsai, 1998; Bulik és mtsai, 1999; Sollid és munkatársai, 2004; Koubaa és mtsai, 2005; Micali és mtsai, 2007b; Easter és mtsai, 2015). Az aktuálisan evészavarosként definiált csoportban a túlsúlyos, elhízott válaszadók dominálnak (66,0%), míg az összes evészavarost magában foglaló csoportban nincsen ilyen mértékű eltolódás (40,0%). A két evészavar csoport tehát karakterében némiképp eltér a háttérben meghúzódó különböző típusú evészavaroknak köszönhetően. Mivel nem válogatott evészavarosok körében, hanem átlagos terhespopuláción történt a vizsgálat, a mintába került túlsúlyosok aránya reflektál az átlagpopulációban tapasztalható arányokra. Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a mindennapi gyakorlat során az orvosok, ápolók rendszeresen találkoznak evészavaros vagy evészavarban korábban érintett nőkkel.

*5. Feltételezem, hogy az „evészavaros” csoportba tartozó válaszadók terhesség alatti súlygyarapodása és a testsúlyváltozással kapcsolatos attitűdjei eltérnek a kontrollcsoporttól. Az érintett csoportban a testsúllyal és testalkattal kapcsolatos aggodalmak fokozottabb előfordulása várható.*

A válaszok alapján elmondható, hogy a kontrollcsoporthoz képest az evészavarban érintettek inkább sorolták magukat kövérnek egy ötfokú skálán, kevésbé voltak elégedettek testsúlyukkal, testalkatukkal, általában hajlamosabbak voltak magukat kövérebbnek gondolni, mint amilyenek valójában. A várandósság idején erősebben jellemezte őket az elhízástól való félelem, s bár a testtömeg emelkedésével csökkent, de evészavar érintettség esetén növekedett a terhességgel járó testsúlygyarapodás mértéke, amely változással az evészavaros válaszadók elégedetlenebbek voltak, mint a kontrollcsoport tagjai. Mindemelllett szignifikánsan magasabb volt körükben azoknak az aránya, akik a szülés után a terhesség előttinél alacsonyabb testsúlyt szerettek volna elérni. Ezek a hatások a válaszadó testsúlyától függetlenül, egyedül az evészavarral összefüggésben is megjelennek, mind az aktuális evészavar, mind a korábban fennálló

evészavar esetén. Ez megerősíti a tesztek validálásánál megfigyelteket, amelyek szerint a testi tünetek megszűnése esetén az evészavarhoz kapcsolódó kognitív diszfunkciók hosszabb távon is fennmaradhatnak. Mindezek az eredmények megfelelnek a hipotézisben megfogalmazottaknak, s nem mondanak ellent azoknak a tapasztalatoknak, hogy a várandósság alatt a testsúllyal, testalkattal kapcsolatos aggodalmak kevésbé hangsúlyosak, mint ha nem terhes válaszadókat vizsgálunk (Davies és Wardle, 1994; Carter és mtsai, 2000). Az evészavarban érintett kismamák (különösen BED-ben vagy elhízás esetén) terhesség alatti nagyobb arányú súlygyarapodását korábban már többen is leírták (Crandall és mtsai 2006; Bulik, 2009; Siega-Riz és mtsai 2011, Gaudet és mtsai 2014).

Az előbbiektől eltérő Larsson és Andersson-Ellström (2003) azon eredménye, miszerint az evészavaros és nem evészavaros válaszadók terhesség alatti testváltozáshoz kapcsoló érzelmeik nem különböztek érdemben egymástól.

A fentiek mellett kiemelésre érdemes, hogy a kontrollcsoportban is megjelenik a szülés utáni terhességet megelőzőnél alacsonyabb testsúly elérésének igénye (amely evészavarosok körében még kifejezettebb). Ez tehát a nők saját magukkal szemben támasztott általános elvárásának mutatkozik.

Akik már korábban is szültek, jelentős részük (42,0%) rendelkezik olyan súlyfelesleggel, amelyet korábbi terhessége(i)vel hoz összefüggésbe. Evészavarosok körében ez az arány szignifikánsan magasabb (53,1-66,7%). Mivel a válaszadók az alakváltozásnál a testsúlykilogrammok változására érzékenyebbek, ezáltal a terhesség önmagában rizikót jelent arra nézve, hogy valaki a súlyfelesleg, a testsúllyal való elégedetlenség és a diétázás, testsúlycsökkentés spiráljába kerüljön.

*6. Feltételezem továbbá, hogy a fertilitáshoz, terhességhez és a szüléshez kapcsolódó változók eltérőek lesznek a két csoportban: az „evészavaros” csoport körében az irreguláris menstruáció, a nem tervezett terhesség, a császármetszés, az anyasággal kapcsolatos aggodalmak, korábbi abortusz vagy spontán vetélés magasabb előfordulási aránya, valamint a spontán létrejövő terhességek, a szoptatási hajlandóság kisebb valószínűsége várható.*

Spontán vetélés és művi abortusz evészavarosok (n=170) előtörténetében 8,1-9,0 százalékponttal gyakrabban fordul elő, mint a kontrollcsoportban (20,1% és 18,1%). A vetélés és az abortusz fokozott kockázata számos más tanulmányban is (Lacey és Smith,



1987; Abraham, 1998; Bulik és mtsai, 1999, 2010; Morgan és mtsai, 2006; Micali és mtsai, 2007a;) megjelenik.

Sok esetben az evészavar rejtett, a betegségbelátás hiányzik, így a babavárásra való felkészülés vagy tudatosság is hiányzik. E kérdésben korábbi terhességekre vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat, a jelen terhességgel kapcsolatban azonban nem várt terhesség a válaszadók egyötödénél fordult elő, s ez az arány – a várttal ellentétben – nem különbözött érdemben az evészavaros és a kontrollcsoportban. Mások ezzel szemben az evészavarosok fokozott kockázatáról, és a nem várt terhességek jóval magasabb (50-75%-os) előfordulási arányáról számoltak be (Morgan és mtsai, 1999a; 2006; Bulik és mtsai, 2010). A nem tervezett terhességek előfordulása elsősorban az irreguláris mensesrel mutat szoros összefüggést, aminek hátterében valamilyen nőgyógyászati betegség vagy műtét, a tágabb definíciójú evészavar és a testsúly is szerepet játszik. Az oligo- vagy amenorrhoea a vártak megfelelően szignifikánsan gyakoribb az evészavaros, mint a kontrollcsoportban. Mindez szakirodalmi adatokkal összhangban áll (Abraham, 1998; Crow és mtsai, 2002; Kimmel és mtsai, 2016).

Ugyanakkor a szakirodalom ellentmondásos az evészavarok fertilitásra gyakorolt hatásával kapcsolatban. Egyes szerzők szerint nincs (pl. Bulik és mtsai, 1999; Crow és mtsai, 2002), míg mások szerint negatív hatása van az evészavaroknak a terhességek létrejöttére nézve (pl. Lacey és Smith, 1987; Easter és mtsai, 2011). A jelen felmérés adatai szerint a vizsgált mintán – a kiinduló hipotézissel ellentétben – nem mutatkozott különbség az evészavaros és a kontrollcsoport között: ugyanolyan arányban fordult elő a válaszadókkal korábban, hogy egy évig sikertelenül próbálkoztak teherbe esni, egyforma arányban fordul elő mesterséges megtermékenyítés kísérlete, s a jelen terhesség létrejöttéhez is egyforma arányban volt szükség orvosi közbenjárásra.

A kapott eredmények szerint evészavar esetén másfélszeresére nő a kockázata annak, hogy a terhesség veszélyeztetett vagy szövődményes lefolyásúvá válik, s csaknem kétszeresére, hogy szülési szövődmény lép fel. Mindezek a különbségek a tágabb definíció szerinti evészavar csoportban merültek fel, ami újfent azt erősíti meg, hogy egy korábban lezajlott evészavarnak is lehet hatása egy későbbi terhességre nézve (Micali és mtsai, 2007b).

Szakirodalmi adatok szerint evészavar esetén gyakrabban fordul elő császármetszés (pl. Stewart és mtsai, 1987; Franko és mtsai, 2001; Bulik és mtsai, 2009).

A jelen vizsgálati eredmények szerint is a tágabb definíció szerinti (egykor) evészavarosok körében szignifikánsan gyakrabban végződött a szülés császármetszéssel, ám a mélyebb elemzések szerint ez elsősorban a terhesség veszélyeztetettségével és a kismama testsúlyával állt összefüggésben, nem közvetlenül az evészavarral.

Korábbi kutatások eltérő eredménnyel szolgálnak az evészavarok és a szoptatás kérdésével kapcsolatban, többségük azonban evészavar esetén szoptatási nehézségekről, és a szoptatás korábbi befejezéséről számol be (pl. Lacey és Smith, 1987; Waugh és Bulik, 1999; Koubaa és mtsai, 2008). A jelen kutatás eredményei szerint a kismamák szoptatási hajlandóságukat tekintve nem különböznek az evészavaros és a kontrollcsoportban (erre az eredményre jutottak pl. Micali és munkatársai is, 2009), valamint előző gyermeküket/gyermeküket ugyanolyan hosszan (átlagosan 10 hónapig) szoptatták. Ellenben a szoptatásra vonatkozó aggodalmak, hogy képesek lesznek-e egyáltalán szoptatni csecsemőjüket, szignifikánsan gyakrabban fordultak elő evészavaros válaszadók körében. Ez utóbbihoz hasonlóan, az anyasággal kapcsolatos aggodalmak is erőteljesebben jelentkeznek az evészavarban érintett válaszadók körében, amelyek megint csak az evészavarok affektív és kognitív aspektusainak jelenlétére utalnak.

*7. A jelen vizsgálatban a koraszülés kizárási kritériumként szerepelt, ezért a gesztációs hetek számában és a magzatok születési súlyában nem várható eltérés.*

A témával foglalkozó szakirodalom már a kezdetektől felhívja a figyelmet az evészavarral érintett terhességek esetén a koraszülés fokozott kockázatára (pl. Brinch és mtsai, 1988; Treasure és Russell, 1988; Koubaa és mtsai, 2005), valamint klasszikus evészavarok – különösen AN esetén – alacsony, BED vagy elhízás esetén magas születési súly előfordulására (Gaudet és mtsai, 2014; Linna és mtsai, 2014). A jelen vizsgálat a terhesség 37. hete után szülő kismamákra terjedt ki, ennél fogva a gesztációs időszak tekintetében nem térnek el az evészavarban érintett és a kontrollszemélyek egymástól. Az adatok alapján az újszülöttek születési súlya között sem mutatható ki szignifikáns eltérés.

*8. Evészavar érintettség esetén a terhesség alatti táplálkozás tudatosabbá és rendszeresebbé válik, jellemzőbb lesz az ételek minőségére való fokozottabb odafigyelés.*

A jelen kutatás eredményei szerint a várandósság alatti tudatosabb, a részletekre jobban odafigyelő táplálkozás általános jelenség, e tekintetben nem tapasztalható különbség a zavart táplálkozási magatartásformákat mutató, illetve nem mutató válaszadók között. Ugyanakkor a korábban evészavarosak (n=170) étkezése nagyobb

arányban vált rendszeressé, mint a kontrollcsoporté. A jobb minőségű ételek választása szintén nagyobb arányban nőtt az aktuálisan vagy korábban evészavarosok között: evészavar esetén kétszerese az esélye annak, hogy a kismama a jobb minőségű ételeket fogja keresni. Mindez azzal a megfigyeléssel állhat összefüggésben, hogy a terhesség alatt az evészavar tünetek javulnak (Lacey és Smith, 1987; Morgan és mtsai, 1999a; Easter és mtsai, 2015). Korábbi szakirodalmi tapasztalat szerint evészavaros terhes nőket az egészséges terhes nőkhöz hasonló, megfelelő minőségű táplálékbevitel jellemez (Dörsam és mtsai, 2019), kivételnek tűnik ez alól a BED diagnózis, ahol túlzott energiabevitelt írtak le. A várandósság alatti táplálkozási szokások kérdésének jelentőségét alátámasztja az a Barker és munkatársai (1989) által leírt megfigyelés, miszerint a magzatot ért környezeti hatások, az elégtelen táplálás felnőttkori megbetegedésekhez vezethetnek.

### ***5.1. A kutatás erősségei és limitációi***

A kutatás gyengeségeként a klinikai diagnózisok, a kérdőívek eredményének hiányzó orvosi megerősítését kell megemlíteni, ezt ellensúlyozandó a vizsgálat erősségei közt említhető meg a kutatás nagy mintaelemszáma, e speciális populáción elért magas válaszadói arány és esetszám. A diagnosztikai interjú szigorúságával szemben ugyanakkor az anonimitás is szolgál néhány előnnyel. Az állapottal járó szégyen érzése miatt az evészavarok előfordulását szinte minden esetben alulbecsülik. Az anonim válaszadás lehetősége megnöveli annak az esélyét, hogy valósabb képet kapjunk a mintába került személyek tényleges állapotáról. A vizsgálat további erőssége, hogy korábban nem készült magyar mintán hasonlóan nagy elemszámú ilyen fókuszú kutatás. Limitációként említhető még, hogy a nagy esetszám ellenére – az evészavarok női populáción jellemző prevalenciájából következően – az aktuálisan magukat evészavarosnak vallók száma alacsony. Emiatt nem lehetséges az elemzés során az egyes evészavar típusok megkülönböztetése és az ezekre vonatkozatható következtetések levonása. Az alacsony esetszám és a klinikai diagnózis hiánya nem lehetetleníti el, de korlátok közé szorítja az egyes mérőeszközök terhes populáción történő validitásvizsgálatát, főként a diagnosztikus határértékek meghatározásánál.

## ***5.2. Jövőbeli kutatási irányok***

A dolgozat gyengeségeiből adódó problémákra megoldást jelentene egy longitudinális vizsgálaton alapuló felmérés. Ennek során fiatal, szülőképes korú klinikailag diagnosztizált evészavaros nőket vonnánk be a vizsgálatba és nyomon követe őket, várandósságuk esetén, esetleg annak több pontján kérdeznénk le a vizsgálati kérdőívet. Természetesen a vizsgálat egészséges kontrollcsoport bevonása mellett történne. Az így kivitelezett vizsgálat megerősítő adatokkal szolgálhatna az egyes mérőeszközök validitására nézve. Emellett, egy új, célzottan a várandós populáció esetén alkalmazható evészavar teszt összeállítására is lehetőséget nyújtana. Továbbá lehetőséget biztosítana arra is – a nagyobb esetszám miatt –, hogy az evészavar terhességre gyakorolt, dolgozatban vizsgált hatásait az egyes evészavar altípusok esetén is vizsgálhatóvá tegye.

A jelen kutatást hatékonyan egészítené ki egy, a várandós populációval kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók körében végzett kérdőíves adatfelvétel. Ez az adatfelvétel lehetőséget biztosítana arra, hogy képet kapjunk az egészségügy felkészültségéről a várandósok körében előforduló evészavar kezelésére vonatkozóan. Egyúttal felhívhatná a figyelmet arra, hogy mely területeken lehet szükség a témában a szakemberek továbbképzésére, esetleg az alkalmazott gyakorlat megváltoztatására.

## 6. Következtetések

A Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2012 májusa és 2013 áprilisa között keresztmetszeti, kérdőíves felmérést végeztem 1300, a 37. gesztációs hét betöltése után szült kismama bevonásával (válaszadási ráta 88%). A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a terhesség során a várandósság élettani változásait – a testsúlygyarapodás, hányinger, hányás, táplálkozás változását – figyelembe véve az evészavar érintettség meghatározását a szokásostól eltérő módon kell végezni: a testi és viselkedésbeli indikátorok egy jó része – úgy mint a jelentős testsúlyvesztés, az önhánytatás – ilyenkor nem szolgál támpontul, az evészavarokhoz kapcsolódó kognitív eltérések ugyanakkor jobban megragadhatók. A kismama populáción az EDI három diagnosztikai alskáláján összesen öt tétel elhagyásával, módosított kritikus tartományokkal (a *Karcsúság iránti készletés* alskála esetén 8, a *Bulimia* esetén 12, a *Testi elégedetlenség* alskála esetén 19 pont) megfelelő eszköznek bizonyult az evészavarok szűrésére. A SCOFF egyes tételei bár jól megragadják az evészavarok esetén fellépő kognitív diszfunkciókat, azonban a terhesség okán irrelevánssá váló tételek elhagyásával a megmaradt tételek önmagukban szűrésre nem elégségesek. Az ORTO vizsgált tételei közül is csupán az érzelmi töltetre utaló tételek – mint például az evéssel, egészséggel kapcsolatos aggodalmak – mutattak eltérést az evészavaros és a kontrollcsoport között.

Szimulált diagnózis felállításával a vizsgálati mintán belül jól elkülöníthetővé vált egy olyan csoport, amelynek tagjai zavart táplálkozási magatartásformák szomatikus és pszichés tüneteit hordozzák. Fontos adat, hogy a vizsgálat átlagos várandós mintán történt, s a szigorúbb kritériumok szerint kialakított, az aktuálisan evészavarral jellemezhető csoport nagysága 4,4% (n=50), míg a tágabb definíció alapján, a múltban is evészavaros válaszadókra kiterjesztett evészavar csoport nagysága 14,8% (n=170). Mindez azt jelenti, hogy ezek a nők a szakellátásban rendszeresen megjelennek, gyakorlatilag napi szinten találkoznak a szakemberek olyan pácienssel, akinek aktuális, vagy a kórtörténetében korábban az evéssel és/vagy a testképével kapcsolatos problémái vannak/voltak. A jelen vizsgálatban az evészavaros válaszadók nagyobb része túlsúlyos. A testsúly, bár fontos indikátor az evészavarokban, önmagában nem igazolja, ugyanakkor nem is zárja ki evészavar meglétét. Alacsony, normális testsúly vagy túlsúly mellett is lehet valaki evészavaros – mindez aláhúzza a nőgyógyászatban és a terhesgondozásban

az evészavarra utaló tünetek rendszeres monitorozásának, valamint a tapasztalatok diszkussziójának fontosságát.

A vizsgálat eredményei megerősítették, hogy az evészavarban érintettek általában elégedetlenebbek a testsúlyukkal, hajlamosak magukat kövérebbnek gondolni, mint amilyenek valójában. Ugyanakkor a testalak megváltozását általában kisebb fokú félelem veszi körül, mint a testsúlykilogrammok változását. A terhességgel járó súlygyarapodás hátterében a testsúly negatívan, az evészavarok pozitívan befolyásolták a testsúlygyarapodást; s az evészavarban érintett válaszadók elégedetlenebbeknek mutatkoztak a terhességükkel járó súlyváltozással kapcsolatban. Az evészavaros válaszadók körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik a szülés után a terhesség előttinél alacsonyabb testsúlyt szeretnének elérni, ugyanakkor, még a kontrollcsoportban is a terhesség után elérni kívánt átlagos testsúly szignifikánsan alacsonyabb a várandósságot megelőző testsúlynál. A multipara válaszadók jelentős része rendelkezik olyan súlyfelesleggel, amelyet korábbi terhessége(i)vel hoz összefüggésbe, a terhesség tehát önmagában rizikót hordoz, a súlyfelesleg, a testsúllyal való elégedetlenség, valamint a testsúlycsökkentő tevékenységek irányába visz.

Az evészavarokat jellemzően kísérő rendszertelen menstruáció a jelen felmérésben is több mint kétszer olyan arányban fordult elő a terhességet megelőző egy évben evészavarosok, mint a kontrollcsoport tagjai között – a menstruációs rendellenességeket az esetek több mint felében nem kezelték. Úgy tűnik, hogy nemcsak az evészavar, de a menstruációs problémák is kevés figyelmet kaphatnak (akár az orvos, akár a beteg részéről), amelyek szintén összefüggésbe hozhatóak a pre- és perinatális kockázatokkal. Spontán vetélés és művi abortusz az evészavarban érintett válaszadók előtörténetében szignifikánsan gyakrabban fordult elő, emellett veszélyeztetett terhesség másfélszeres, szülési szövődmény kétszeres eséllyel alakult ki. A császármetszések szintén gyakoribb előfordulása ugyanakkor elsősorban a terhesség veszélyeztetett voltával, valamint az érintettek magasabb testsúlyával hozható összefüggésbe. Nem mutatkozott ugyanakkor különbség a nem tervezett terhességek, valamint az orvosi közbenjárással létrejövő terhességek előfordulási arányában.

A szoptatási hajlandóság tekintetében nem mutatkozott különbség az evészavar és a kontrollcsoport tagjai között, a szoptatási képességekre vonatkozó szorongás azonban evészavarosok körében kifejezettebb volt. A fenti eredményhez hasonlóan, az anyasággal

kapcsolatban is, hogy jó anya válik-e belőlük, az evészavarosok több aggodalmat élnek át.

A nők, kismamák vizsgálatakor a szülész-nőgyógyásznak tudatában kell lennie, hogy nem csupán az aktuálisan fennálló, hanem a kórtörténetben korábban előforduló zavart táplálkozási magatartásformák feltérképezése is fontos, mivel azok is szerepet játszhatnak a negatív szülészeti és nőgyógyászati események kialakulásában. Nem csupán a klasszikus, köztudatban már elterjedt típusú evészavarokra (AN, BN) kell itt gondolnunk, hanem azok szubklinikai formái, illetve a túlsúly/elhízás is veszélyt jelentenek, önmagukban is, valamint a háttérben álló zavart evési attitűdök, viselkedésformák révén.

## 7. Összefoglalás

A táplálkozási magatartással kapcsolatos zavarok, amelyek alapvetően serdülő- vagy fiatal felnőttkorban, a nővé/anyává válás kritikus szakaszában alakulnak ki, a múlt század második felétől egyre gyakoribbá váltak, spektrumuk kiszélesedett, egyre újabb (al)típusok jelennek meg, a testtel való elégedetlenség megnőtt. A jelen vizsgálat igazolta, hogy hazai viszonylatban is számolni kell a várandós kismamák esetleges evészavar érintettségével. Az 1146 fős vizsgálati minta 4,4%-nál aktuális evészavar, 14,8%-nál az élettartam során bármikor előforduló evészavar volt azonosítható. Hiánypótló módon sor került a leggyakrabban használt evészavar kérdőívek validitásvizsgálatára, aminek eredménye szerint kismama populáción az EDI három diagnosztikai alskáláján összesen öt tétel elhagyásával, módosított kritikus tartományokkal megfelelő eszköznek bizonyult az evészavarok szűrésére. Ettől függetlenül következő célként fogalmazódik meg egy új, célzottan a várandós populációra kialakított mérőeszköz kidolgozása.

A kutatási eredmények megerősítették, hogy az evészavar esetén a rendszertelen menstruáció, a korábbi terhességek során a spontán vetélés vagy a művi abortusz, az aktuális terhesség esetében a veszélyeztetett terhesség vagy a szülési szövődmény előfordulásának kockázatát nagyobb. A császármetszések szintén gyakoribb előfordulása viszont elsősorban a terhesség veszélyeztetett voltával, valamint az érintettek magasabb testsúlyával volt összefüggésbe hozható. Nem mutatkozott ugyanakkor különbség a nem tervezett terhességek, az orvosi közbenjárással létrejövő terhességek előfordulási arányában, valamint a szoptatási hajlandóság tekintetében. A különböző, testsúllyal, testalkattal, szoptatási képességekkel, illetve az anyává válással kapcsolatos aggodalmak ugyanakkor szignifikánsabb magasabbak az evészavarosok körében: elégedetlenebbek a testsúlyukkal, hajlamosak magukat kövérebbnek gondolni, mint amilyenek valójában. Jobban aggódnak amiatt, hogy képesek lesznek-e szoptatni, illetve hogy jó anya válik-e belőlük.

Az evészavarok számos, terhességre és szülésre vonatkozó negatív következménye megerősítést nyert, emellett az is, hogy az evészavarok valamely formája a nők viszonylag széles rétegét érintik. Ennélfogva elengedhetetlen e zavar mielőbbi felismerése, szűrése és komplex kezelése, amelyhez a velük kapcsolatba kerülő szakemberek együttműködése feltétlenül szükséges.



## 8. Summary

Eating disorders, which develop mainly in adolescence or young adulthood, at a critical stage of becoming a woman/mother, have become more common since the second half of the last century, their spectrum has broadened, new (sub)types have emerged, at the same time, dissatisfaction with the body has increased. The present study confirms that pregnant women's possible affectedness by eating disorders must also be considered in Hungary. In the study sample of 1,146 new mothers 4.4% had a current eating disorder and in the case of 14.8% an eating disorder that may occur at any time during their lifetime was identifiable. The validation test of the most frequently used eating disorder questionnaires was carried out. The findings indicate that by abandoning a total of five items on the three diagnostic subscales of EDI and with modified critical ranges it can be an appropriate measuring tool to screen the population of new mothers for eating disorders. Nevertheless, the next goal should be to develop a new measuring tool specifically designed for the pregnant population.

Research results have confirmed that in the case of eating disorders, the risk of irregular menstruation, spontaneous miscarriage or artificial abortion during previous pregnancies, the risk of threatened miscarriage or childbirth complications is higher in the case of the current pregnancy. However, the more frequent occurrence of cesarean sections was mainly associated with threatened miscarriage and the higher body weight of those affected. At the same time, there was no difference in the occurrence rates of unplanned pregnancies, pregnancies resulting from medical intervention and willingness to breastfeed. However, various concerns about weight, body shape, breastfeeding abilities and becoming a mother are more significant among women with eating disorders: they are more dissatisfied with their weight and tend to think of themselves as fatter than they really are. They are more concerned about their ability to breastfeed and whether they will become good mothers.

Several negative consequences of eating disorders pertaining to pregnancy and childbirth have been confirmed, as well as the fact that some forms of eating disorders affect a relatively wide range of women. Therefore, it is essential to detect, screen and treat this disorder as soon as possible, for which the cooperation of the professionals who handle pregnant women is essential.

## 9. Irodalomjegyzék

- Abraham S. (1998) Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res*, 44: 491-502.
- Abraham S. (2001) Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22: 159-163.
- Abraham S, Mira M, Llewellyn-Jones D. (1990) Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers? *Fertil Steril*, 3: 566-568.
- Abraham S, Taylor A, Conti J. (2001) Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *Int J Eat Disord*, 29: 482-487.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Washington, D.C., 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiat*, 68: 724-731.
- Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. (2019) The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*, 31: 615-618.
- Baker CW, Carter AS, Cohen LR, Brownell KD. (1999) Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. *Ann Behav Med*, 2: 143-148.
- Balláné Füsztér E. (2000) Napjaink veszélyes kábítószerei. *Magyar Rendészet*, 1: 96-100.
- Barker DJP, Osmond C, Golding J, Kuh D, Wadsworth MEJ. (1989) Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. *BMJ*, 298: 564-567.
- Beary MD. (1988) Impact of eating disorders on pregnancy. *Midwife Health Visit Community Nurse*. 5:189-192.
- Bedros JR: Klinikai obezitológia. Budapest, Semmelweis (2017)
- Bratman S. (1997) Orthorexia nervosa. *Yoga Journal*.  
<http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>

- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. (1988) Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand*, 5: 611-617.
- Brytek-Matera A. (2021) Vegetarian diet and orthorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Weight Disord*, 26: 1-11.
- Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. (2010) Unplanned Pregnancy in Women With Anorexia Nervosa. *Obstet Gynecol*, 116: 1136-1140.
- Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. (2005) Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. *Int J Eat Disord*, 37: S2–S9.
- Bulik CM, Sullivan P, Fear J, Pickering A, Dawn A. (1999) Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry*, 2: 130-135.
- Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, Berg CK, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T. (2009) Birth Outcomes in Women with Eating Disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int J Eat Disord*, 42: 9–18.
- Burke ME, Vangellow J. (1990) Anorexia nervosa and bulimia nervosa: chronic conditions affecting pregnancy. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*, 2: 240-254.
- Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N (2018) Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 114. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1745-x> (letöltve: 2021.12.12.)
- Calandra C, Abell DA, Beischer NA. (1981) Maternal obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 57: 8-12.
- Cantopher T, Evans C, Lacey JH, Pearce JM. (1988) Menstrual and ovulatory disturbance in bulimia. *Br Med J*, 297: 836-837.
- Carmichael SL, Abrams B. (1997) A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery. *Obstet Gynecol*, 89: 865-873.
- Carter AS, Baker CW, Brownell KD. (2000) Body Mass Index, Eating Attitudes, and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. *Psychosom Med*, 62: 264–270.

- Castellini G, Mannucci E, Mazzei C, Lo Sauro C, Faravelli C, Rotella CM, Maggi M, Ricca V (2010) Sexual Function in Obese Women with and without Binge Eating Disorder. *J Sex Med.* 72:3969-3978.
- Cnattingius S, Bergström R, Lipworth L, Kramer MS. (1998) Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, 338: 147-152.
- Coker E, Abraham S (2015) Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 20:71-79.
- Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. (2013) Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92: 1407-1413.
- Conti J, Abraham S, Taylor A. (1998) Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res*, 3-4: 465-477.
- Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Kuehnel RH, Gibbons LM, Brock JR, Williams NN. (2006) A Comparison of Weight Histories in Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity*, 14: 63S-69S.
- Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. (2008) Eating Disorder Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. *Int J Eat Disord*, 41: 277-279.
- Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE. (2004) Bulimia Symptoms and Other Risk Behaviors during Pregnancy in Women with Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 36: 220-223.
- Crow SJ, Thuras P, Keel PK, Mitchell JE. (2002) Long-Term Menstrual and Reproductive Function in Patients With Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 159: 1048-1050.
- Dahl M, Eklund G, Sundelin C. (1986) Early feeding problems in an affluent society. II. Determinants. *Acta Paediatr Scand*, 3: 380-387.
- Davies K, Wardle J. (1994) Body Image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosom Res*, 8: 787-799.
- Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. (2005) Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*, 10: 28-32.
- Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE (2019) The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. *Nutrients*. 11(4):840.

- Dukay-Szabó Sz. A sportolás és az evészavarok összefüggései. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok. Pro Die*, Budapest, 2008: 63-77.
- Dukay-Szabó Sz, Simon D, Varga M, Szabó P, Túry F, Rathner G. (2016a) Egy rövid evészavar kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle*, 69(3-4). E014-E020.
- Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F. (2016b) A SCOFF kérdőív értéke az evészavarok szűrésében. *Lege Artis Medicine*, 26(03). 086-090.
- Dukay-Szabó Sz., Varga M., Túry F. (2016c): Az evészavarok és a terhesség összefüggései – irodalmi áttekintés. *Ideggyógy. Szemle* 69:299-305.
- Dukay-Szabó Sz., Simon D., Varga M., Koller O., Pataki Z., Rigó J., Túry F. (2021) The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord.* <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01197-2> (letöltve: 2021.12.12.)
- Easter A, Treasure J, Micali N. (2011) Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG*, 118: 1491-1498.
- Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N. (2013) Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disorders Rev*, 21: 340-344.
- Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N (2015) Antenatal and Postnatal Psychopathology Among Women with Current and Past Eating Disorders: Longitudinal Patterns. *Eur Eat Disord Rev*. 23: 19-27.
- Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. (2006) Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG*, 113: 925-929.
- Elliot JM: Pica and pregnancy. *Nurs Clin North Am*. 1968 2:299-305.
- Fairburn CG, Stein A, Jones R. (1992) Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med*, 6: 665-672.
- Fairburn CG, Welch SL. (1990) The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *Int J Eating Disord*, 9:153-160.
- Fornari, V., Dancyger, I., Renz, J., Skolnick, R., Rochelson, B. (2014) Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. *OJOG*, 4: 90-94.

- Franko DL, Walton BE. (1993) Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord*, 1: 41-47.
- Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, Ekebald ER, Eddy KT, Herzog DB. (2001) Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiat*, 158: 1461-1466.
- Franko DL, Spurrell EB. (2000) Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 95: 942-946.
- Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. (2010) The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril*, 93: 72-78.
- Galiger-Dobos K, Túry F. (2018) Evészavarok és a termékenység. *Psychiatria Hungarica* 33: 331-339.
- Galiger-Dobos K, Túry F. (2019) Az evészavarok nőgyógyászati vonatkozásai. *Lege Artis Medicinae* 29: 295-300.
- Garner DM, Garfinkel PE. (1979) The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 273-279.
- Garner D, Olmstead M, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 2: 15-34.
- Gaudet L, Ferraro ZM, Wen SW, Walker M. (2014) Maternal obesity and occurrence of fetal macrosomia: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Res Int Vol*, Article ID 640291, 22 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/640291> (letöltve: 2021.12.12.)
- Gesink Law DC, Maclehose RF, Longnecker MP. (2007) Obesity and time to pregnancy. *Hum Reprod*, 22: 414-420.
- Golding J, Pembrey M, Jones R. (2001) ALSPAC—the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: I Study methodology. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 15: 74-87.
- Gross T, Sokol RJ, King KC. (1980) Obesity in pregnancy: risks and outcome. *Obstet Gynecol*, 4: 446-450.
- Hanson MA, Gluckman PD. (2014) Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*, 94: 1027-1076.
- Harris AA (2010) Practical Advice for Caring for Women With Eating Disorders During the Perinatal Period. *J Midwifery Womens Health*, 55: 579-586.

- Hart T Jr, Kase N, Kimball CP. (1970) Induction of ovulation and pregnancy in patients with anorexia nervosa. *Am J Obstet Gynecol*, 108: 580-584.
- Hecht LM, Hadwiger A, Patel S, Hecht BR, Loree A, Ahmedani BK, Miller-Maturo LR. (2021) Disordered eating and eating disorders among women seeking fertility treatment: A systematic review. *Arch Womens Ment Health*, <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01156-x> (letöltve: 2021.12.12.)
- Institute of Medicine: Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Washington, DC, 2009.
- Janas-Kozik M, Żmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A, Wilczyński KM. (2021) Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry*, Dec 13;12:777529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.777529> (letöltve: 2021.12.13.)
- Johnson SR, Kolberg BH, Varner MW, Railsback LD. (1987) Maternal obesity and pregnancy. *SGO*, 5: 431-437.
- Kaß A, Dörsam AF, Weiß M, Zipfel S, Giel KE. (2021) The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 24:693-708.
- Keith L, Brown ER, Rosenberg C: Pica: the unfinished story. Background: correlations with anemia and pregnancy. *Perspect Biol Med*. 1970, 4:626-632.
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. (2016) Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 49: 260-275.
- Koning AMH: Fertility treatment in obese women (2015)
- Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. (2008) Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 41: 405-410.
- Koubaa S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. (2005) Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*, 105: 255-260.
- Krug I, Giles S, Paganini C. (2019) Binge eating in patients with polycystic ovary syndrome: prevalence, causes, and management strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15:1273-1285.
- Kubista E, Kucera H, Salzer H. (1976) The importance of the risk factor "obesity" during delivery, postpartal and for the newborn. *Z Geburtshilfe Perinatol*, 2: 139-144.

- Lacey JH, Smith G. (1987) Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry*, 150: 777-781.
- Larsson G, Andersson-Ellström A. (2003) Experiences of Pregnancy-related Body Shape Changes and of Breast-feeding in Women with a History of Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 11: 116-124.
- Lee I, Cooney LG, Saini S, Sammel MD, Allison KC, Dokras A. (2019) Increased odds of disordered eating in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*, 24:787-797.
- Lemberg R, Phillips J. (1989) The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 3: 285-295.
- Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. (2013) Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46: 826-833.
- Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. (2014) Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*, doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.067 (letöltve: 2021.12.13.)
- Loth KA, Bauer KW, Wall M, Berge J, Neumart-Sztainer D. (2011) Body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 3: 297-300.
- Lucas A, Morley R, Cole TJ, Bamford MF, Boon A, Crowle P, Dossetor JFB, Pearce R. (1988) Maternal fatness and viability of preterm infants. *BMJ*, 296: 1495-1497.
- Magnus P, Irgens LM, Haug K, Nystad W, Skjaerven R, Stoltenberg C. (2006) Cohort profile: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int J Epidemiol*, 35: 1146-1150.
- Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. (2020) The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 323. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03006-7> (letöltve: 2021.12.13.)
- Mantzoros CS. (2000) Role of Leptin in Reproduction. *Ann N Y Acad Sci*, 900: 174-83.
- Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. (2019) Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: a longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev*, 27: 137-146.
- Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, Martínez-Rodríguez A. (2020) Eating Disorders in



- Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 56: 352. <https://doi.org/10.3390/medicina56070352> (letöltve: 2021.12.13.)
- Martos É, Bakacs M: Az elhízás epidemiológiája. In Bedros R (szerk.): *Klinikai obezitológia*. Budapest, Semmelweis, 2017, 3-19.
- Mason Z, Cooper M, Turner H. (2012) The experience of pregnancy in women with history of anorexia nervosa: An interpretive Phenomenological Analysis. *J Behav Addicti*, 1: 59-67.
- Mathieu J. (2009) What Is Pregorexia? *J Am Diet Assoc*, 6: 976-979.
- Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, Aggen SH, Bulik CM. (2006) Associations among Postpartum Depression, Eating Disorders, and Perfectionism in a Population-Based Sample of Adult Women. *Int J Eat Disord*, 39: 202-211.
- Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Von Holle A, Regis T, Bulik C. (2011) Eating Disorders and Trauma History in Women with Perinatal Depression. *J Womens Health*, 6: 863-870.
- Metwally M, Li TC, Ledger WL. (2007) The impact of obesity on female reproductive function. *Obes rev*, 8: 515-523.
- Micali N. (2008) Eating disorders and pregnancy. *Psychiatry*, 4: 191-193.
- Micali N, dos-Santos-Silva I, De Stavola B, Steenweg-de Graaf J, Jaddoe V, Hofman A, Verhulst FC, Steegers E, Tiemeier H. (2014) Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: Findings from a population-based birth cohort. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 121:408-416.
- Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. (2010) Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x (letöltve: 2021.12.13.)
- Micali N, Simonoff E, Treasure J. (2007a) Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*, 190: 255-259.
- Micali N, Simonoff E, Treasure J. (2009) Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr*, 154: 55-60.

- Micali N, Simonoff E, Treasure J. (2011) Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*, 131:150-157.
- Micali N, Treasure J. (2009) Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 6: 448-454.
- Micali N, Treasure J, Simonoff E. (2007b) Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*, 63: 297-303.
- Mitchell JE, Seim HC, Glotter D, Soll EA, Pyle RL. (1991) A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 10: 209-214.
- Morgan JF. (1999a) Eating disorders and gynecology: knowledge and attitudes among clinicians. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78: 233-239.
- Morgan JF. (1999b) Eating disorders and reproduction. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, 2: 167-173.
- Morgan JF, Lacey H, Sedgwick PM. (1999a) Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*, 174: 135-140.
- Morgan JF, McCluskey SE, Brunton JN, Hubert Lacey J. (2002) Polycystic ovarian morphology and bulimia nervosa: a 9-year follow-up study. *Fertil Steril*, 5: 928-931.
- Morgan F, Lacey JH, Chung E. (2006) Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*, 68: 487-492.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. (1999b) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319: 1467-1468.
- Naeye RL. (1990) Maternal body weight and pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr*, 52: 273-279.
- Namir S, Melman KN, Yager J. (1986) Pregnancy in Restrictor-Type Anorexia Nervosa: A Study of Six Women. *Int J Eat Disord*, 5: 837-845.
- Nguyen AN, De Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe VW, Franco OH, Jansen PW, Voortman T. (2017) Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite*. 109:108-114.
- Painter RC, Roseboom TJ, Bleker OP. (2005) Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: An overview. *Reprod Toxicol*, 20: 345-352.

- Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, Shalev H, Sheiner E. (2012) Obstetric and Perinatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *J Womens Health*, 21: 61-65.
- Pászthy B, Major M. Gyermek- és serdülőkori evészavarok. In: Túry F, Pászthy B (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 2008: 109-120.
- Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. (2016) Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health*, DOI: 10.1007/s00737-016-0619-3 (letöltve: 2021.12.13.)
- Posner LB, McCottry CM, Posner AC: Pregnancy craving and pica. *Obstet Gynecol*. 1957 3:270-272.
- Rathner G, Túry F, Szabó P, Geyer M, Rumpold G, Forgács A, Söllner W, Plöttner G. (1995) Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychol Med*, 25: 1027-1035.
- Resch M. (1997) Az evészavarok nőgyógyászati pszichoszomatikája. *Magyar Nőorv Lapja*, 60: 313-318.
- Resch M. (2007) Evészavarok a sportban – sport az evészavarokban. *Orv Hetil*, 148: 1899-1902.
- Resch M. (2003) A táplálkozási magatartás zavarainak nőgyógyászati pszichoszomatikája. Doktori értekezés. Budapest, Semmelweis Egyetem.
- Resch M, Szendei Gy. (2002) Nőgyógyászati és szülészeti komplikációk evészavarokban. *Orv Hetil*, 143: 1529-1532.
- Resch M., Szendey Gy., Nagy Gy., Pintér J. (1998) Menstruációs és evészavarok prevalenciája infertilis nők körében. *Orv Hetil*, 139: 287-291.
- Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. (2005) Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. A prospective study. *J Psychosom Res*, 59: 175-179.
- Roseboom TJ, Painter RC, van Abeelen AFM, Veenendaal MVE, de Rooij SR. (2011) Hungry in the womb: What are the consequences? Lessons from the Dutch famine. *Maturitas*, 70: 141-145.
- Roseboom TJ, de Rooij SR, Painter RC. (2006) The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early Hum Dev*, 82: 485-491.

- Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, Legendre G, Corcos M, Godart N. (2019) A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *J Affect Disord*, 245: 340-347.
- Rurik I. (2015) Obesitas és obezitológia Magyarországon. *Metabolizmus*, 13: 67-72.
- Russell GFM. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 429-448.
- Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, Perry G, Ferre C, Blackmore-Prince C, Yu SM, Rosenberg D. (2000) Prepregnancy Body Mass Index and Pregnancy Weight Gain: Associations With Preterm Delivery. *Obstet Gynecol*, 96: 194-200.
- Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. (2001) Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287 213 pregnancies in London. *Int J Obes*, 25: 1175-1182.
- Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, Knoph Berg C, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. (2011) Gestational Weight Gain of Women with Eating Disorders in the Norwegian Pregnancy Cohort. *Int J Eat Disord*, 44: 428-434.
- Sneed ML, Uhler ML, Grotjan HE, Rapisarda JJ, Lederer KJ, Beltsos AN. (2008) Body mass index: impact on IVF success appears age-related. *Hum Reprod*, 23: 1835-1839.
- Soest von T, Wichstrøm L. (2008) The Impact of Becoming a Mother on Eating Problems. *Int J Eat Disord*, 41: 215-223.
- Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. (2004) Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 190: 206-210.
- Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. (2014) Low Birth Weight in the Offspring of Women with Anorexia Nervosa. *Epidemiol Rev*, 36: 49-56.
- Stein A, Fairburn CG. (1989) Children of mothers with bulimia nervosa. *Br Med J*, 299: 777-778.
- Stein A, Fairburn CG. (1996) Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosom Med*, 4: 321-5.
- Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. (1994) An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*, 4: 733-748.

- Stein AD, Zybert PA, van de Bor M, Lumey LH. (2004) Intrauterine famine exposure and body proportions at birth: the Dutch Hunger Winter. *Int J Epidemiol.*, 33: 831-836.
- Stewart DE. (1992) Reproductive functions in eating disorders. *Ann Med*, 4: 287-291.
- Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robinson GE. (1987) Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 5: 1194-1198.
- Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. (1990) Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*, 1990, 4: 1196-1199.
- Stillman RJ. (1987) Women's reproductive health: recent advances in therapies. *Public Health Rep*, 102: 113-116.
- Strimling BS. (1984) Infant of a pregnancy complicated by anorexia nervosa. *Am J Dis Child*, 138: 68-69.
- Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. (1998) Outcome of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 155: 939-946.
- Sundgot-Borgen J. (1994) Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc*, 26: 414-419.
- Susser M, Stein Z. (1994) Timing in prenatal nutrition: A reprise of the Dutch famine Study. *Nutr Res*, 52: 84-94.
- Szécsi K. (1961) A terhességi bulimia gracidin-kezelése. *Orv Hetil*, 102: 647-648.
- Szumaska I, Túry F, Szabó P. (2008) Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Túry F, Pászthy B (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 109-120.
- Thangaratnam S, Rogozińska E, Jolly K, Glinkowski S, Duda W, Borowiack E, Roseboom T, Tomlinson J, Walczak J, Kunz R, Mol BW, Coomarasamy A, Khan KS. (2012) Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 16(31). DOI: 10.3310/hta16310
- Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E, Furber C. (2011) Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 48: 1223-1233.
- Treasure JL, Russell GFM. (1988) Intrauterine growth and neonatal weight gain in babies of women with anorexia nervosa. *Br Med J*, 296: 1038. <https://doi.org/10.1136/bmj.296.6628.1038> (letöltve: 2021.12.13.)

- Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. (1999) Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord*, 4: 448-452.
- Túry F, Czeglédi E, Papp I, Dukay-Szabó Sz, Babusa B, Güleç, H, Mezei Á, Szabó K, Varga M, Szumska I. A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É., Szántó Zs. (szerk), *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013. 147-160.
- Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, László Zs. (1997) Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336-342.
- Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. *Medicina*, Budapest, 2000.
- van der Steeg JW, Steures P, Eijkemans MJC, Habbema JDF, Hompes PGA, Burggraaff JM, Oosterhuis GJE, Bossuyt PMM, van der Veen F, Mol BWJ. (2008) Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. *Hum Reprod*, 23: 324-328.
- van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. (2021) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*, 34: 515-524.
- Vandereycken W. (2006) Denial of Illness in Anorexia Nervosa - A Conceptual Review: Part 1 Diagnostic Significance and Assessment. *Eur Eat Disord Rev*, 14: 341-351.
- Varga M., Dukay-Szabó Sz., Túry F. (2013) Orthorexia nervosa és háttértényezői. *Ideggyogy Sz*, 66: 220-227.
- Varga M, Konkoly Thege B, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiat*, 14(59). 10.1186/1471-244X-14-59 (letöltve: 2021.12.13.)
- Ward VB. (2008) Eating disorders in pregnancy. *BMJ*, 336: 93-96.
- Waugh E, Bulik C. (1999) Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 25: 123-133.
- Weinfeld RH, Dubay M, Burchell RC, Millerick JD, Kennedy AT. (1977) Pregnancy associated with anorexia and starvation. *Am J Obstet Gynecol*, 129: 698-699.
- Wezel-Meijler van G, Wit JM. (1989) The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for undernutrition and stunting? *Eur J Pediatr*, 2: 130-135.
- World Medical Association (WMA) (2014) Helsinki Nyilatkozat – Az embereken végzett orvosi kutatások etikai alapelveiről. *LAM* 24: 133-136.

- Yager J, Landsverk J, Edelstein CE. (1987) A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders. I. Course and severity. *Am J Psychiatry*, 144:1172-1177.
- Zanardo V, Straface G, Benevento B, Gambina I, Cavallin F, Trevisanuto D. (2014) Symptoms of eating disorders and feeding practices in obese mothers. *Early Hum Dev*, 90: 93-96.

## 10. Saját publikációk jegyzéke

### 10.1. A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. Dukay-Szabó Sz., Simon D., Varga M., Koller O., Pataki Z., Rigó J., Túry F.: The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01197-2>
2. Dukay-Szabó Sz, Simon D, Varga M, Szabó P, Túry F, Rathner G: Egy rövid evészavar kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle* 2016;69 (3-4). DOI: <http://dx.doi.org/10.18071/isz.69.E014>
3. Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F: A SCOFF kérdőív értéke az evészavarok szűrésében. *LAM* 2016;26(03), 086-090.
4. Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F: Az evészavarok és a terhesség összefüggései – irodalmi áttekintés *Ideggyógyászati Szemle*, 2016;69 (9-10). DOI: <http://dx.doi.org/10.18071/isz.69.0299>

### 10.2. A disszertációtól független közlemények

Folyóiratokban megjelent lektorált közlemények:

1. Dukay-Szabó Sz.: Evés- és testsúlyzavarok magyar műkorcsolyázók körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (3):193-202, 2007.
2. Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Testkép- és evészavarok látássérültek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 9:139-147, 2008.
3. Túry F., Babusa B., Dukay-Szabó Sz., Varga M.: Az evés- és a testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magyar Tudomány* 171:1306-1315, 2010.
4. Varga M., Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Orthorexia nervosa és háttértényezői. *Ideggyógyászati Szemle* 66:220-227, 2013.
5. Varga M., Dukay-Szabó Sz., Túry F., van Furth, EF.: Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* 18:103-111, 2013.
6. Varga M., Thege B.K., Dukay-Szabó Sz., Túry F., van Furth E.F. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 28;14:59. doi: 10.1186/1471-244X-14-59. PMID: 24581288; PMCID: PMC3943279.



7. Túry F., Szabó P., Dukay-Szabó Sz., Szumska I., Simon D., Rathner G.: Eating disorder characteristics among Hungarian medical students: Changes between 1989 and 2011. *Journal of Behavioral Addictions*: 4 pp. 1079-1087., 9 p., 2020.

Könyvfejezetek:

1. Szabó Sz.: Politikai ideológiai önbesorolások. In: Kurtán S., Sándor P., Vass L. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2003-ról. *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2004, 685-689 o.
2. Szabó Sz.: Pártok elutasíthatósága. In: Sándor P., Vass L., Sándor Á., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2004-ről. *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2005, CD.
3. Szabó Sz.: Győzelmi várakozások és a pártpreferencia változásai In: Sándor P., Vass L., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2005-ről. *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2006, DVD.
4. Dukay-Szabó Sz.: A 2006-os parlamenti választások súlya In: Sándor P., Vass L., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2006-ról. *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2007, DVD.
5. Dukay-Szabó Sz.: Nyilvános eszmecsere az Európai Unióról. In: Sándor P., Vass L. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2007-ről. *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2008, DVD.
6. Dukay-Szabó Sz.: A sportolás és az evészavarok összefüggései. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: *Evészavarok és testképzavarok. Pro Die*, Budapest, 2008, 63-77. old.
7. Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Az evészavarok, a testkép és a vakság kapcsolata. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: *Evészavarok és testképzavarok. Pro Die*, Budapest, 2008, 287-297. old.
8. Dukay-Szabó Sz., Závecz T.: Népszavazási eszmecsere. A deliberative közvélemény-kutatás tanulságai. In: Enyedi Zs. szerk.: *A népakarat dilemmái. Népszavazások Magyarországon és a nagyvilágban. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány*, Budapest, 2009, 253-268.old.
9. Dukay-Szabó Sz.: A politikai intézmények támogatottsága 1988/90-2008. In: Sándor P., Stumpf A., Vass L. szerk.: *Magyarország politikai évszázadkönyve: Kormányzati*

rendszer a parlamenti demokráciában 1988-2008. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2009, CD.

10. Túry F., Babusa B., Dukay-Szabó Sz.: New psychiatric conditions and body image disorders in sport psychiatry. In: Thimetikos Tomos Georgiou Christodoulou. Ekdoseis, Athens, 2011, 220-226.
11. Túry F., Lukács L., Dukay-Szabó Sz.: Az evés és a testkép zavarai a sportban. In: Kurimay T., Faludi V., Kárpáti R. szerk.: A sport pszichológiája. Fejezetek a sportlélektan és határterületeiről I. A Magyar Pszichiátriai Társaság és az Oriold és Társa Kiadó közös kiadása, Budapest, 2012, 209-234. old.
12. Dukay-Szabó Sz., Ádám Sz., Susánszky A., Győrffy Zs.: Gyermekvállalás fiatal felnőttek körében: vágyak kontra tények. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 227-245. old.
13. Győrffy Zs., Susánszky A., Ádám Sz., Dukay-Szabó Sz.: A 35 év alatti felnőtt fiatalok párkapcsolati szokásai – Hogyan látják a férfiak, és hogyan a nők? In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 199-213. old.
14. Susánszky A., Dukay-Szabó Sz., Győrffy Zs., Ádám Sz.: Fiatalok házassággal és gyermekvállalással kapcsolatos beállítódása a férfi és női nemi szerep-stressz viszonylatában. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 245-255. old.
15. Ádám Sz., Susánszky A., Győrffy Zs., Dukay-Szabó Sz.: Családtervezési stratégiák, családdal kapcsolatos értékek és attitűdök a fiatalok körében. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 213-227. old.
16. Dukay-Szabó Sz., Győrffy Zs., Ádám Sz., Varga M.: Nőnek lenni: négy hetente, negyven hétig, közben, és azután. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 255-265. old.
17. Győrffy Zs., Czeglédi E., Dukay-Szabó Sz., Sándor I.: A bántalmazás szociodemográfiai háttértényezőinek alakulása Magyarországon. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 161-175. old.

18. Túry F., Czeglédi E., Papp I., Dukay-Szabó Sz., Babusa B., Güleç, H., Mezei Á., Szabó K., Varga M., Szumska I.: A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 147-160. old.

## 11. Köszönetnyilvánítás

Először is szeretném megköszönni témavezetőmnek, Prof. Dr. Túry Ferencnek kitartó segítségét, szakmai támogatását, a biztatását és humorát, amivel mindig átsegített a nehezebb pillanatokon.

Köszönöm a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika egykori igazgatójának, Prof. Dr. Rigó Jánosnak szakmai észrevételeit, s hogy segítette a Klinikán a vizsgálat lefolytatását.

Köszönet Dr. Pataki Zoltánnak a preventív szemléletért, az Osztályon dolgozóknak pedig az adatfelvétel során nyújtott pótolhatatlan közreműködésükért.

Köszönöm annak a több mint ezer kismamának, akik életük egyik legfontosabb periódusában időt szakítottak a kérdőívek kitöltésére és értékes válaszaikkal lehetővé tették e kutatás megvalósulását.

Köszönet a Magatartástudományi Intézet munkatársainak kedvességükért, elfogadásukért, támogatásukért, s külön köszönet Dr. Szalai Tamás Dömötörnek opponensi javaslataiért, amivel hozzájárult a dolgozat fejlődéséhez.

Köszönöm barátaimnak, különösen Domanovszky Dorottyának, Simon Dávidnak és Varga Mártának baráti és szakmai támogatásukat, a bizalmat és a biztatást, a sok közös munkát, a szabadidejüket, a barátságukat.

S végül, nem tudom eléggé megköszönni a családomnak, elsősorban férjemnek és szüleimnek, akik orozslánrészt vállaltak a család, a gyerekek körüli teendőkből, valamint gyermekeimnek, akik nélkülöztek folyamatos elfoglaltságom miatt. Köszönet mindannyiuknak töretlen szeretetükért, segítségükért, kitartásukért, türelmükért, a motivációért, a megértésért, a támaszért.

## 12. Mellékletek

### FELMÉRÉS GYERMEKÁGYAS NŐK KÖRÉBEN

#### 1. BLOKK

1. Az Ön születési ÉVE: \_\_\_\_\_

2. Jelenlegi lakóhelye:

- 1 – Budapest
- 2 – város
- 3 – község

3. Legmagasabb befejezett iskolai végzettsége:

- 1 – kevesebb, mint 8 osztály
- 2 – 8 általános
- 3 – szakmunkásképző
- 4 – érettségi (szakközépiskola, gimnázium)
- 5 – technikum, felsőfokú szakképzés
- 6 – főiskolai diploma (BA)
- 7 – egyetemi diploma (MA)
- 8 – egyéb, éspedig: .....

4. Ön gyermekvállalás előtt:

- 1 – aktív kereső volt,
- 2 – GYED-en, GYES-en volt,
- 3 – munkanélküli volt,
- 4 – tanulmányokat folytatott, vagy
- 5 – egyéb inaktív volt?

HA (VALAHA) DOLGOZOTT:

5. Ön legutoljára:

- 1 – szellemi vagy
- 2 – fizikai munkát végzett?

6. A következőkben a Magyarországon élő népcsoportok közül soroltunk fel néhányat. Ön melyik népcsoporthoz, esetleg etnikai kisebbséghez tartozónak vallja magát?

- 1 – magyar
- 2 – német
- 3 – roma
- 4 – román
- 5 – szlovák
- 6 – egyéb

7. Az Ön családi állapota:

- 1 – hajadon, egyedülálló,
- 2 – házas,
- 3 – élettársi kapcsolatban él,
- 4 – elvált/különváltan él vagy
- 5 – özvegy?

## 2. BLOKK

1. Milyen magas Ön? \_\_\_\_\_ cm
2. A jelenlegi **terhességét megelőzően** hány kg volt? \_\_\_\_\_ kg
3. Ön akkor hogy érezte:
  - 1 – nagyon túlsúlyos,
  - 2 – kicsit túlsúlyos,
  - 3 – megfelelő a súlya,
  - 4 – kicsit sovány vagy,
  - 5 – nagyon sovány?
4. Terhessége előtt Ön mennyire volt elégedett a **testsúlyával**?
  - 1 – teljes mértékben elégedett volt
  - 2 – inkább elégedett volt
  - 3 – elégedett is volt meg nem is
  - 4 – inkább elégedetlen volt
  - 5 – teljes mértékben elégedetlen volt
5. És mennyire volt elégedett a **testalkatával** terhességét megelőzően?
  - 1 – teljes mértékben elégedett volt
  - 2 – inkább elégedett volt
  - 3 – elégedett is volt meg nem is
  - 4 – inkább elégedetlen volt
  - 5 – teljes mértékben elégedetlen volt
6. Önt a terhességét megelőzően mennyire foglalkoztatta a súlygyarapodástól, az elhízástól való félelem?
  - 1 – nagyon
  - 2 – valamelyest
  - 3 – egyáltalán nem
7. És a **terhesség alatt** mennyire aggódott a súlygyarapodás miatt?
  - 1 – nagyon
  - 2 – valamelyest
  - 3 – egyáltalán nem
8. Önt mennyire aggasztotta a terhesség folyamán **testalkatának** megváltozása, „átrendeződése”?
  - 1 – nagyon
  - 2 – valamelyest
  - 3 – egyáltalán nem
- 9a-9b. Ön hogy tudja, egy terhesség során milyen mértékű súlygyarapodást tartanak ideálisnak?  
\_\_\_\_\_ kg
10. A **terhesség végére** hogyan alakult az Ön testsúlya, hány kg volt Ön ekkor? \_\_\_\_\_ kg
11. Ezzel a súlyváltozással Ön:
  - 1 – teljes mértékben elégedett
  - 2 – inkább elégedett
  - 3 – elégedett is meg nem is
  - 4 – inkább elégedetlen
  - 5 – teljes mértékben elégedetlen

**12a-12b.** Most, hogy gyermeke megszületett:

- 1 – a terhesség előtti testsúlyát szeretné visszaszerezni,
- 2 – a terhesség előttinél soványabb szeretne lenni, \_\_\_\_\_ kg, vagy
- 3 – a terhessége előttinél magasabb testsúlyt szeretne elérni, \_\_\_\_\_ kg-ot.

**13.** Mit gondol, az **elérni kívánt testsúlyát**:

- 1 – (viszonylag) könnyen, különösebb erőfeszítések nélkül vissza fogja tudni szerezni,
- 2 – csak komoly diéta és/vagy testmozgás árán fogja tudni elérni, vagy
- 3 – egyáltalán nem fogja tudni elérni az Ön által ideálisnak tartott, vágyott testsúlyt?

**14.** És mit gondol, elérni kívánt **testalkatát**:

- 1 – (viszonylag) könnyen, különösebb erőfeszítések nélkül vissza fogja tudni szerezni,
- 2 – csak komoly diéta és/vagy testmozgás árán fogja tudni elérni, vagy
- 3 – egyáltalán nem fogja tudni elérni az Ön által ideálisnak tartott, vágyott testalkatot?

**15.** Összességében mit mondana, tart-e attól, hogy súlyfelesleggel kell majd küszködnie a szülés után?

- 1 – igen
- 2 – nem

**HA EZ MÁR A TÖBBEDIK TERHESSÉGE VOLT:**

**16a-16b.** Volt-e olyan súlyfeleslege, amelyet korábbi terhessége(i) számlájára írt? (A mostani terhessége „következményeit” még ne számítsa bele.)

- 1 – volt, összesen kb. \_\_\_\_\_ kg
- 2 – nem volt, jelenlegi terhessége előtti testsúlya hasonló vagy alacsonyabb volt, mint az első terhességét megelőző súlya.

### **3. BLOKK**

**1.** Önnek eddig összesen hány terhessége volt, minden terhességet beleértve, annak kimenetelétől függetlenül?

\_\_\_\_\_

**2a-2b.** Volt-e Önnek spontán vetélése?

- 1 – igen, hányszor: \_\_\_\_\_
- 2 – nem volt

**3a-3b.** Volt-e Önnek művi abortusza?

- 1 – igen, hányszor: \_\_\_\_\_
- 2 – nem volt

**4a-4b.** Volt-e ikerterhessége?

- 1 – igen, hányszor: \_\_\_\_\_
- 2 – nem volt

**5.** Volt-e legalább egy évig sikertelen próbálkozása, hogy teherbe essen?

- 1 – igen
- 2 – nem

**6a-6b.** Volt-e mesterséges megtermékenyítése?

- 1 – igen, hányszor: \_\_\_\_\_
- 2 – nem volt

**HA VOLT:**

**7.** Hányszor volt sikeres a beavatkozás? \_\_\_\_\_

8. Hány gyermeke van? \_\_\_\_\_

HA TÖBB GYERMEKE VAN:

9. Első gyermeke melyik évben született? \_\_\_\_\_

10. Ha saját magára, az életére gondol, mit mondana: a családalapítás, az első gyermek vállalása:

- 1 – „jókor”, éppen „idejében” történt,
- 2 – már korábban vagy
- 3 – csak később szeretett volna gyereket?

11. Jelenlegi terhessége:

- 1 – várt, tervezett volt, vagy
- 2 – nem volt tervezett?

12. Az Ön menstruációja a terhességét megelőző egy évben:

- 1 – rendszeres volt,
- 2 – rendszertelen volt, vagy
- 3 – orvosi beavatkozás nélkül nem volt?

HA RENDSZERTELEN VOLT VAGY NEM VOLT MENSTRUÁCIÓJA:

13. Menstruációs zavarait hogyan kezelték?

- 1 – nem kezelték
- 2 – természetes készítményekkel
- 3 – hormontartalmú készítményekkel
- 4 – egyéb beavatkozással

MINDENKITŐL:

14. Volt-e nőgyógyászati problémája/műtétje a terhesség előtt? (Több válasz is lehet.)

- 1 – endometriózis
- 2 – kismencedei gyulladás
- 3 – petefészek ciszta
- 4 – visszatérő fertőzések
- 5 – egyéb, éspedig: .....
- 6 – nem volt

15. Hogyan esett teherbe?

- 1 – spontán
- 2 – orvosi közbenjárással (pl. ovuláció indukció, mesterséges megtermékenyítés)

16. Van-e olyan állandó betegsége, amelyet figyelembe kellett venni a gyermekvállalás során, ami befolyásolhatta a terhesség létrejöttét és/vagy lefolyását? (Több válasz is lehet.)

- 1 – autoimmun betegség
- 2 – cukorbetegség
- 3 – magas vérnyomás
- 4 – szív- és keringési rendszer betegsége
- 5 – transzplantáció
- 6 – vérképzőszervi megbetegedés
- 7 – egyéb betegség, éspedig: .....
- 8 – nincs állandó betegsége



17. Volt-e a terhességgel összefüggő, illetve a terhesség ideje alatt kialakult megbetegedése? (Több válasz is lehet.)

- 1 – terhességi cukorbetegség
- 2 – terhességi magas vérnyomás
- 3 – toxaemia
- 4 – egyéb betegség, éspedig: .....
- 5 – nem volt

18. Volt-e szülési szövődménye (pl. lázas állapot, vérzés, ismételt műtét, transzfúzió, stb.)?

- 1 – volt
- 2 – nem volt

19. Terhességének lefolyása:

- 1 – normális,
- 2 – veszélyeztetett vagy
- 3 – szövődményes volt?

20. A szülés menete:

- 1 – természetes úton, vagy
- 2 – császármetszéssel történt?

21. Gyermek a terhesség hányadik hetében született? \_\_\_\_\_

22a-22b. Születési súlya: \_\_\_\_\_ gramm (és \_\_\_\_\_ gramm (ikrek esetén))

23a-22b. Hossza: \_\_\_\_\_ cm (és \_\_\_\_\_ cm)

24a-24d. Apgar-értéke: \_\_\_ / \_\_\_ (és \_\_\_ / \_\_\_)

25. Gyermek:

- 1 – egészséges, vagy
- 2 – egészségügyi problémái vannak?

26. Amennyiben módja lesz rá, Ön meddig szeretné szoptatni most született csecsemőjét:

- 1 – ameddig feltétlenül szüksége van az anyatejre, vagy akár
- 2 – tovább is, ameddig a baba igényli?
- 3 – nem szeretné szoptatni csecsemőjét
- 4 – egészségügyi okokból nem szoptathat

27. Ön hogy tudja, a szoptatás kb. mennyi energiát emészt fel? \_\_\_\_\_ kcal

28. Aggasztja-e Önt, hogy:

	egyáltalán nem	kicsit	nagyon
1. jó anya lesz-e?	1	2	3
2. fog-e tudni szoptatni?	1	2	3
3. tudja-e eléggé szeretni a gyereket?	1	2	3
4. HA TÖBB GYEREK VAN: hogyan osztja be idejét a gyerekek között?	1	2	3
5. HA TÖBB GYEREK VAN: hogyan osztja meg érzelmeit a gyerekek között?	1	2	3

HA TÖBB GYEREKE IS VAN:

29. Kérem, töltsse ki a következő táblázatot, amely a **korábban született** gyermekeire vonatkozik.

	hányadik hétre született	születési súly ( <u>gramm</u> )	születési hossza ( <u>cm</u> )	terhességi vagy szülési komplikációk	szülés: (1) term. v. (2) császárm.	hány <u>hóna- pig</u> szoptatta gyermekét
1. gyermek						
2. gyermek						
3. gyermek						
4. gyermek						

#### 4. BLOKK

1. Ön a **várandósságát megelőző fél évben** milyen gyakran sportolt?

- 1 – soha → TOVÁBB AZ 5. KÉRDÉSRE
- 2 – rendszertelenül
- 3 – ritkábban, mint havonta
- 4 – havonta egyszer
- 5 – hetente egyszer
- 6 – hetente többször
- 7 – naponta

2. Milyen sportot, sportágakat űzött?

.....

HA LEGALÁBB HETENTE EDZETT A TERHESSÉGÉT MEGELŐZŐ FÉL ÉVBEN:

3. Hetente átlagosan hány órát töltött testedzéssel? \_\_\_\_\_ órát

HA LEGALÁBB HETENTE EDZETT A TERHESSÉGÉT MEGELŐZŐ FÉL ÉVBEN:

4. Milyen mértékben igazak Önre a következő állítások?

	teljes mér- tékben igaz	inkább igaz	igaz is meg nem is	inkább nem igaz	egyáltalán nem igaz
A várandósság előtt a testedzés volt a legfontosabb dolog az életében.	1	2	3	4	5
Konfliktusok adódtak Ön és családja között amiatt, hogy mennyit edz.	1	2	3	4	5
A testedzést arra használta, hogy a hangulatán változtasson (pl. hogy ne kelljen a problémáival foglalkoznia).	1	2	3	4	5
Ha ki kellett hagynia egy edzést, rosszkedvű és ideges lett.	1	2	3	4	5

5. A **terhességét megelőző fél évben** szedett-e Ön valamilyen:

	igen	nem
vitamint, ásványi anyagot	1	2
zsírégető, fogyaszto terméket	1	2
tömegnövelő, fehérjetartalmú terméket	1	2
egyéb étrendkiegészítőt, éspedig: .....	1	2

**6. A terhessége alatt** milyenek voltak sportolási szokásai, illetve milyen vitaminokat fogyasztott?  
Kérem, a táblázat kitöltésével válaszoljon!

A terhesség:	Hetente átlagosan hány <u>órát</u> edzett?	Milyen <u>sportágat</u> , mozgásformát választott?	Milyen <u>vitamint</u> , táplálék-kiegészítőket fogyasztott?
1. harmadában			
2. harmadában			
3. harmadában			

**7a-7b. Ön a terhességét megelőzően:**

- 1 – rendszeresen dohányzott, napi \_\_\_\_\_ szál cigarettát szívott el,
- 2 – alkalmanként dohányzott („koca” dohányos volt), vagy
- 3 – nem dohányzott?

**8. És a terhessége alatt:**

- 1 – több,
- 2 – kb. ugyanannyi, vagy
- 3 – kevesebb cigarettát szívott, vagy
- 4 – nem dohányzott?

**9a-9b. Kávéfogyasztása a terhességét megelőzően:**

- 1 – rendszeresen fogyasztott koffeines kávé, napi \_\_\_\_\_ csészével,
- 2 – alkalmanként fogyasztott koffeines kávé, vagy
- 3 – nem ivott?

**10. Más koffeines terméket:**

- 1 – rendszeresen,
- 2 – alkalmanként, vagy
- 3 – egyáltalán nem fogyasztott?

**11. És a terhessége alatt összességében:**

- 1 – több,
- 2 – kb. ugyanannyi, vagy
- 3 – kevesebb koffeines terméket fogyasztott, vagy
- 4 – egyáltalán nem fogyasztott ilyeneket?

**12. Alkoholfogyasztása a terhességét megelőzően:**

- 1 – gyakran, (szinte) napi rendszerességgel fogyasztott alkoholt,
- 2 – ritkábban (kb.) heti rendszerességgel fogyasztott alkoholt,
- 3 – alkalmanként fogyasztott alkoholt („szociális ivó” volt), vagy
- 4 – egyáltalán nem fogyasztott alkoholt?

**13. És a terhessége alatt:**

- 1 – több,
- 2 – kb. ugyanannyi, vagy
- 3 – kevesebb alkoholt fogyasztott, vagy
- 4 – egyáltalán nem ivott alkoholtartalmú italokat?

## 5. BLOKK

1. A **terhességét megelőzően** volt-e olyan időszak az életében, amikor *legalább hetente kétszer* (vagy gyakrabban) alkalmazta a következőket? (Jelölje, hogy mit. Többet is választhat!)

- 1 – túlevés, falás (extrém mennyiségű étel gyors elfogyasztása)
- 2 – önhánytatás
- 3 – hashajtó használata
- 4 – vízhajtó használata
- 5 – diéta, alacsony kalóriatartalmú ételek fogyasztása
- 6 – túlzott testedzés
- 7 – nem volt ilyen időszak

2. A **terhességét megelőzően** volt-e olyan időszak az életében, amikor előfordult Önnel, hogy:

	igen	nem
legalább három hónapig kimaradt a menstruációja (terhesség kivételével)	1	2
aggódott, hogy elvesztette a kontrollt afölött, hogy mennyit eszik	1	2
úgy érezte az étel uralja az életét	1	2
testsúlyával és alkatával kapcsolatos aggodalmak állandóan foglalkoztatták	1	2

3. Volt-e korábban evészavara? (Többet is jelölhet!)

- 1 – volt, még a terhességet jóval megelőzően
- 2 – volt, a terhesség előtti egy éven belül (is)
- 3 – volt, a terhesség alatt (is)
- 4 – nem volt

4. HA VOLT EVÉSZAVARA: Milyen típusú evészavara volt?

- 1 – anorexia nervosa (AN)
- 2 – bulimia nervosa (BN)
- 3 – más típusú evészavar

5. HA VOLT EVÉSZAVARA: Állt-e kezelés alatt táplálkozási problémái miatt?

- 1 – igen
- 2 – nem

6. HA VOLT EVÉSZAVARA: Evészavarral kapcsolatos tünetei a terhesség alatt:

- 1 – a meglévő tünetek megváltoztak,
- 2 – a meglévő tünetek nem változtak meg,
- 3 – a már korábban elmúlt tünetek ismét előjöttek, vagy
- 4 – a már korábban elmúlt tünetek nem jelentek meg újra? → TOVÁBB A 8. KÉRDÉSRE

7. Hogyan változtak meg a következő tünetei?

	nem változott	erősödött	enyhült	erősödött is, enyhült is	elmúlt	nem volt ilyen tünete
túlevés, falás	1	2	3	4	5	6
önhánytatás	1	2	3	4	5	6
hashajtó használata	1	2	3	4	5	6
vízhajtó használata	1	2	3	4	5	6
diétázás	1	2	3	4	5	6
túlzott testedzés	1	2	3	4	5	6
súlygyarapodás miatti aggodalom	1	2	3	4	5	6
alakváltozás miatti aggodalom	1	2	3	4	5	6

8. Táplálkozásának minőségi oldala megváltozott-e a terhesség alatt?

- 1 – igen
- 2 – nem

9. HA IGEN: Hogyan?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Tudatosabban étkezett-e, jobban odafigyelve arra, hogy mit eszik?

- 1 – igen
- 2 – nem

11. Rendszeresebben étkezett-e, mint korábban?

- 1 – igen
- 2 – nem

12. Tartott-e Ön a terhessége alatt valamilyen speciális diétát?

- 1 – igen, éspedig: .....
- 2 – nem

13. Ha a mostani önmagára, az élete utóbbi 3-6 hónapjára gondol, mit mondana, jellemzőek-e Önre a következők?

	igen	nem
Meghánytatja magát, mert kellemetlenül tele érzi magát?	1	2
Aggódik amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afölött, hogy mennyit eszik?	1	2
Fogyott-e az utolsó három hónapban 5 kg-nál többet?	1	2
Kövérenek érzi magát, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány?	1	2
Elmondhatja magáról, hogy az étel uralja az életét?	1	2

14. Mit mondana, mennyire jellemző Önre!

	mindig	gyakran	ritkán	soha
Ételválasztásának feltételévé vált-e az egészségi állapota miatti aggodás?	1	2	3	4
Hajlandó több pénzt költeni egészségesebb ételekre?	1	2	3	4
Gondolja, hogy az a meggyőződés, hogy csak egészséges ételt egyen, növeli az önbecsülést?	1	2	3	4
Gondolja, hogy az egészséges étel evése megváltoztatja az életstílusát?	1	2	3	4
Gondolja, hogy egészséges ételek fogyasztása javíthatja a megjelenését?	1	2	3	4
Ha eszik, figyel az étel kalóriatartalmára?	1	2	3	4
Az ételekről szóló gondolatok naponta több mint három órán át aggasztják?	1	2	3	4
Egyedül van, amikor eszik?	1	2	3	4

15. A következő táblázatban is válaszoljon az állításokra aszerint, hogy mennyire jellemzőek Önre!

	mindig	rend- szerint	gyak- ran	néha	ritkán	soha
Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	1	2	3	4	5	6
Eszem, ha nyugtalan vagyok.	1	2	3	4	5	6
Teletömöm magam étellel.	1	2	3	4	5	6
Diétázásra gondolok.	1	2	3	4	5	6
Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	1	2	3	4	5	6
Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	1	2	3	4	5	6
Rettenetesen félek a hízástól.	1	2	3	4	5	6
Elégedett vagyok az alakommal.	1	2	3	4	5	6
Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	1	2	3	4	5	6
Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.	1	2	3	4	5	6
Tetszik a fenekem formája.	1	2	3	4	5	6
Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	1	2	3	4	5	6
Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	1	2	3	4	5	6
Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	1	2	3	4	5	6
Mások előtt mérsékelten eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	1	2	3	4	5	6
Ha hízom egy kg-ot, aggódom, hogy tovább hízom.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	1	2	3	4	5	6
Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	1	2	3	4	5	6
Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	1	2	3	4	5	6
Titokban eszem vagy iszom.	1	2	3	4	5	6
Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	1	2	3	4	5	6

***KÖSZÖNJÜK SZÉPEN, HOGY ŐSZINTE VÁLASZAIVAL SEGÍTETTE MUNKÁNkat!***

Amennyiben úgy érzi, hogy a fenti témával kapcsolatban (evés, testsúly, testalkat) problémája van és segítségre lenne szüksége, forduljon bizalommal a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Pszichoszomatikus Szakrendelőjének munkatársaihoz (1083 Budapest, Tömő u 25-29. III. emelet. Tel: (06-1) 210-2930/51750).