

Doktori (PhD) értekezés

**A policisztás ovárium szindrómával élők életminőségét
negatív irányba befolyásoló tényezők kvantitatív és
kvalitatív vizsgálata**



Mohácsi Bernadett

Debreceni Egyetem

BTK

2016

A policisztás ovárium szindrómával élők életminőségének kvantitatív és kvalitatív vizsgálata

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

Írta: Mohácsi Bernadett, okleveles pszichológus

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

Témavezető: Dr.

Társtémavezető: Dr. habil.

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja 20..

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

Bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Az értekezés védésének időpontja: 20...

NYILATKOZAT

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

.....
Mohácsi Bernadett

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt köszönetet mondok témavezetőimnek, Dr. Szemán-Nagy Anitának és Dr. habil. Máth Jánosnak. Anita köszönöm a rendületlen támogatásodat, a szakmai segítségedet és a terelgetésedet, amellyel a doktori folyamat során végigkísértél. János köszönettel tartozom, amiért már az egyetemi tanulmányaim során is biztattál és támogattad a látóköromet a statisztika irányában. A közös munka során úgy érzem rengeteget tanultam.

Kiemelt köszönet illeti Dr. Almássy Zsuzsannát, akire az első ötlet megszületésétől az utolsó gondolat leírásáig bármikor számíthattam úgy baráti, mint szakmai szempontból. Köszönöm Zsuzsa, a támogatásod és az iránymutatásod, amely nélkül jelen értekezés nem készülhetett volna el.

Köszönettel tartozom a PCOS Szívügy Alapítványnak, a Mens Mentis Egészségcentrumnak és a kutatásban részt vevő valamennyi vizsgálati személynek, amiért lehetővé tették a kutatások kivitelezését. Egyúttal szeretném kifejezni tiszteletemet az általam megismert PCOS-sel élő nők egészségük érdekében tett kitartó erőfeszítéseikért.

Köszönetemet szeretném kifejezni Gál Gyöngyinek és Szilágyi Alíznek a rendíthetetlen bizalmukért és a bátorító szavaikért, amelyre bármikor számíthattam a doktori folyamat során. Köszönöm, hogy igaz barátként mellettem álltatok!

Köszönetet szeretnék mondani továbbá Dr. Kiss Jánosnak és Dr. Kovács Jánosnak a sok biztatásért. Janó, János köszönöm, hogy támogattatok a munkám során!

Végül őszinte hálával köszönöm a családomnak, a szüleimnek, amiért mindvégig hittek a munkámban és mindenben támogattak. Kiemelt köszönet illeti férjemet, Mohácsi Gyulát és kisfiamat, Mohácsi Ádámot. Köszönöm Gyula a végtelen türelmedet és a nyugalmat, amelyet biztosítottál a munkám során és a háttérmunkát, amelyet a disszertáció írásának minden fázisában nyújtottál. Ádám köszönöm az üdítő jelenétedet, amellyel derűt hoztál a nehéz pillanatokban.

Köszönöm!

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AN	anorexia nervosa
BN	bulimia nervosa
BMI	body mass index (testtömegindex)
BDI	Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív)
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív)
EDI	Eating Disorder Inventory (Evési Zavar Kérdőív)
PCOS	Policisztás ovárium szindróma
EAT	Eating Attitudes Test (Evési Attitűdök Tesztje)
RS	Beck Reménytelenség Skála (Beck Hopelessness Scale)
ROS	Rosenberg Önértékelés Skála (Rosenberg Self-Esteem Scale)
BAT	Body Attitude Test (Testi Attitűdök Tesztje)
ESS	Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behaviour Severity Scale)
DCSA	Derék-csípő arány
HA	Hyperandrogén
BED	Falászavar (binge eating disorder)

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS	11
I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	13
1. A policisztás ovárium szindróma bemutatása	13
<i>1.1 A policisztás ovárium szindróma tünetei</i>	13
<i>1.2 A policisztás ovárium szindróma történeti vonatkozása, definíciója, diagnosztikája</i> ...	13
<i>1.3 A policisztás ovárium szindróma fenotípusai és azok betegcsoporton belüli prevalenciája</i>	15
<i>1.4 A policisztás ovárium szindróma patogenezise</i>	16
<i>1.5 A policisztás ovárium szindróma prevalenciája</i>	18
<i>1.6 A policisztás ovárium szindróma kezelése</i>	19
2. A policisztás ovárium szindróma pszichopatológiai vonatkozásai	20
<i>2.1 A PCOS helye a pszichológiában</i>	20
<i>2.2 A PCOS és a komorbid pszichopatológiák</i>	20
2.2.1 PCOS tünetek és komorbid pszichológiai rendellenességek. A szekunder pszichológiai tünetek lehetséges forrásai	23
2.2.2 A PCOS és a depresszió	23
2.2.2.1 A depresszió definíciója és prevalenciája a betegcsoportban	23
2.2.2.2 A PCOS-depresszió háttéréről.....	24
2.2.2.3 Az autoagresszió és a PCOS	25
2.2.3 A PCOS és szorongás.....	26
2.2.3.1 A szorongás definíciója és prevalenciája a betegcsoportban	26
2.2.3.2 A PCOS és szorongásos zavarok kapcsolata.....	27
2.2.4 Az evészavar és testképzavar vizsgálatának relevanciája a PCOS-es nők között .	28
2.2.4.1 Az evészavarok és testképzavar bemutatása a PCOS szemszögéből	29
2.2.4.1.1 Az evészavarok típusai	29
2.2.4.1.2 Az evészavarok epidemiológiai adatai	31
2.2.4.1.3 Az evészavarok etiopatogenezise	32
2.2.4.1.4 A testkép kiemelt szerepe az evészavarok szempontjából a PCOS-es nők között	34
<i>2.3 A PCOS és a tüneteinek a nőiség megélésére gyakorolt hatása a női életciklusok szemszögéből</i>	35
II. A KUTATÁSOK BEMUTATÁSA	38

3. Elővizsgálat: A PCOS-es nők vizsgálata egyes pszichológiai változók mentén.....	38
3.1 Célkitűzés	38
3.2. Hipotézisek.....	39
3.3 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere	41
3.4. Vizsgálati személyek	41
3.4.1 A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése	42
3.4.2 A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül	43
3.5 Méréseszközök.....	44
3.5.1 A demográfiai és antropometriai adatokra vonatkozó kérdések	44
3.5.2 A PCOS tüneteire vonatkozó kérdések	45
3.5.3 A pszichológiai változók mérőeszközei.....	45
3.5.4 A mérőeszközök megbízhatósága	47
3.6 Az elővizsgálat eredményei	48
3.6.1 A PCOS és a kontroll csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. hipotézis).....	48
3.6.2 A PCOS csoport fenotípus szerinti statisztikai vizsgálata a pszichológiai mutatók mentén (2. hipotézis).....	52
3.6.3 Prediktor pszichológiai változó statisztikai vizsgálata (3. hipotézis).....	54
3.6.4 A PCOS tünetek és a pszichológiai jóllét mutatók kapcsolatának statisztikai vizsgálata (4. hipotézisek).....	57
3.7 Az elővizsgálat eredményeinek megvitatása	60
4. Az evészavarok prevalenciájának vizsgálata és a testképzavar megjelenésének felmérése a PCOS-es nők között.....	65
4.1 Célkitűzés	65
4.2 Hipotézisek.....	66
4.3 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere	68
4.4 A vizsgálati csoportokba sorolás alapját képező diagnosztikus eszközök bemutatása..	69
4.4.1 A vérzési rendellenességekre vonatkozó adatok.....	69
4.4.2 A hyperandrogenismus mérőeszközei	69
4.4.3 Policisztás ováriumok	71
4.5 Az evészavarok szűrővizsgálati diagnosztikához szükséges és a testkép mérésére alkalmas mérőeszközök bemutatása	71
4.5.1 Antropometriai adatok	71
4.5.2 Evési Attitűdök Tesztje	72

4.5.3 Evészavartünetek Súlyossági Skálája	72
4.5.4 Rosenberg Önértékelés Skála.....	72
4.5.5 Testi Attitűdök Tesztje.....	73
4.5.6 A kutatásban alkalmazott mérőeszközök megbízhatósága	74
4.5.7 A jellemző életvitel vizsgálatának eszközei.....	74
4.6 Vizsgálati személyek	75
4.6.1 A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése	76
4.6.2 A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül	78
4.7 A második vizsgálat eredményei: a hipotézisek vizsgálata	79
4.7.1 A PCOS és a kontroll csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. hipotézis).....	79
4.7.2 A PCOS és a HA csoport vizsgálata az evészavartünetek és a saját testhez való viszony tekintetében (2. hipotézis)	80
4.7.3 A PCOS és a HA csoport statisztikai vizsgálata az önértékelés mentén (3. hipotézis)	82
4.7.4 A hármas kezelés életvitelszerű alkalmazására vonatkozó hipotézis vizsgálata a PCOS csoporton belül (4. hipotézis)	82
4.7.5 A PCOS tünetek és a kóros étkezési attitűdök, önértékelés valamint a saját test értékelésének statisztikai vizsgálata (5. hipotézis)	86
4.7.6 A súlyos és enyhe PCOS fenotípusok statisztikai vizsgálata a kóros étkezési attitűdök, önértékelés valamint a saját test értékelésének mentén (6. hipotézis)	89
4.8 A második vizsgálat eredményei: az evészavarok és szubklinikai evészavarok prevalenciájának felmérése	90
4.9 A második vizsgálat eredményeinek megvitatása	92
5. A PCOS-es nők szuicid veszélyeztetettségének felmérése és pszichológiai szempontú elemzése az endometriózissal és az ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők viszonylatában	98
5.1 Témafelvetés.....	98
5.2 Elméleti háttér	99
5.2.1 A meddőség definíciója és prevalenciája.....	99
5.1.2 Az endometriózis bemutatása, prevalenciája és a PCOS - szel való összehasonlítása	100
5.3 Hipotézisek.....	102
5.4 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere	104

5.5	<i>Vizsgálati személyek</i>	105
5.5.1	<i>A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése</i>	105
5.5.2	<i>A vizsgálati személyek gyermekeinek száma és a meddőséggel kapcsolatos jellemzői</i>	105
5.5.3	<i>A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül</i>	107
5.6	<i>Mérőeszközök</i>	108
5.6.1.	<i>A demográfiai és antropometriai adatokra vonatkozó kérdések</i>	109
5.6.2.	<i>A meddőséggel kapcsolatos mutatók</i>	109
5.6.3.	<i>A PCOS tüneteire vonatkozó kérdések</i>	109
5.6.4	<i>A pszichológiai változók mérőeszközei</i>	109
5.6.5	<i>A mérőeszközök megbízhatóságának vizsgálata</i>	110
5.7	<i>A harmadik vizsgálat eredményei</i>	111
5.7.1	<i>A PCOS és az Endometriózis csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. és 2. hipotézis)</i>	111
5.7.2	<i>A PCOS és az Ismeretlen eredetű, valamint az Endometriózis csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (3. hipotézis)</i>	114
5.7.3	<i>Az életkor és a meddőség összefüggéseinek statisztikai elemzése a pszichológiai változók mentén a PCOS csoportban (4. hipotézis)</i>	116
5.7.4	<i>A nem kívánt gyermektelenséggel töltött idő és a hangulati állapot összefüggéseinek statisztikai vizsgálata a PCOS-es nők között (5. hipotézis)</i>	116
5.7.5	<i>A szuicid veszélyeztetettség felmérése</i>	117
5.8	<i>A harmadik vizsgálat eredményeinek megvitatása</i>	118
6.	A PCOS-es nők depressziós tüneteivel összefüggésben álló tényezők feltárása egyéni mélyinterjú módszerrel	121
6.1	<i>Célkitűzés</i>	121
6.2	<i>Feltevések</i>	122
6.3	<i>A vizsgálati személyek</i>	123
6.4	<i>Az adatfelvétel módja</i>	124
6.5	<i>Mérőeszközök</i>	125
6.6	<i>Az interjúvázat bemutatása</i>	126
6.6.1.	<i>A vizsgálati személyek informálása</i>	126
6.6.2.	<i>Az első tünetek, a diagnózis és a kezelés körülményeinek feltárása</i>	126
6.6.3.	<i>A PCOS szubjektív megélése a mindennapokban</i>	127
6.6.4.	<i>A hangulati állapotot befolyásoló körülmények feltárása</i>	127
6.6.5.	<i>A nemkívánatos PCOS tünetek rangsorolása</i>	128

6.6.6. A PCOS nőiségre gyakorolt hatásának témaköre	128
6.7 <i>Eredmények</i>	129
6.7.1 A PCOS tüneteivel összefüggésben lévő depressziós tünetek leíró elemzése	133
6.7.2 A leggyakrabban előforduló depressziós tünetek	135
6.7.3 A vizsgálat további eredményei	136
6.8 <i>A mélyinterjú eredményeinek megvitatása</i>	136
III. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS GYAKORLATI VONATKOZÁSOK	138
IRODALOMJEGYZÉK	145
MELLÉKLET	163

BEVEZETÉS

Az értekezés címe előrevetíti a legfontosabb célkitűzésünket, a policisztás ovárium szindrómával (PCOS) élők életminőségét negatív irányba befolyásoló tényezők vizsgálatát. Olyan, a reprodukzív korú nőket érintő betegségről szól a disszertáció, amely krónikus, azaz mai tudásunk szerint gyógyíthatatlan. A pszichoszociális intervenció egyik fontos célkitűzése, hogy az érintettek megtanuljanak alkalmazkodni, együtt élni a betegségükkel és a „betegségben szenvedő” helyett ez az attitűd jellemezze az állapotukhoz való viszonyulást. Az alkalmazkodás folyamatát támogató alkalmazott tudományterület az egészségpszichológia, melynek egyik fő területe az egyes betegségekhez kapcsolódó megelőző és terápiás tevékenységek kidolgozása, kivitelezése. A PCOS a mentális megbetegedések szempontjából bizonyítottan rizikócsoporthoz számít, a betegséghez való alkalmazkodást számos tünet és szövődmény teszi nehezkessé, ezért az egészségpszichológiai kutatásoknak méltán állhat a fókuszában. Az értekezésben az életminőséget a depresszió, szorongás, a testképen és az evészavartüneteken keresztül ragadtuk meg, a Brit Pszichoszomatikus Szülészeti- Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság útmutatása alapján (British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology).

A kutatásaink fő célkitűzése a betegség-specifikus rizikócsökkentést megcélzó beavatkozások pszichológiai támogatása. A pszichoszociális intervenciók ugyanis egyes betegségek esetén bizonyítottan csökkentik a szubjektív distresszt és javítják az érintettek életminőségét, továbbá közvetett módon támogatják a beavatkozások eredményességét.

Ahogy az értekezés címében előrevetítettük, vizsgálataink során kétféle kutatási stratégiát alkalmaztunk a célkitűzéseink elérése érdekében. A kvantitatív stratégiával kívántuk biztosítani az általánosíthatóságot, ezért három kérdőíves vizsgálatot végeztünk. A kvalitatív stratégia mellett abból a megfontolásból döntöttünk, hogy a PCOS-es nők autentikus beszámolóikhoz jussunk hozzá, összefüggésben kívántuk megragadni a betegség mibenlétét. Továbbá a kérdőíves vizsgálatokból nyert eredményeinket szeretnénk volna alátámasztani.

Az értekezés az alábbi logikai és strukturális felépítést követi:

Az első fejezet a **Szakirodalmi áttekintés**, amely a kutatások alapjául szolgáló elméleti és empirikus szakirodalmat dolgozza fel. Ebben a fejezetben azokat a munkákat tekintettük át, amely a kutatásaink közös értelmezési keretét adják, illetve szorosan kapcsolódnak a vizsgálataink témájához. Elsőként a PCOS bemutatására kerítettünk sort, olyan mélységben tárgyalva azt, amennyire a célkitűzéseinkhez szükséges. Ezt követően a PCOS

pszichopatológiai vonatkozásait tárgyaljuk, itt térünk ki a PCOS depresszióval, szorongással, evészavarral és testképzavarral való kapcsolódási pontjaira. A fejezet végén az életkor előrehaladásával együtt változó PCOS tüneteket az eriksoni életciklus modellbe ágyazva tárgyaljuk meg.

Elővizsgálatunkban PCOS-es nők körében vizsgáltuk a depresszió, szorongás és evészavartünetek gyakoriságát és súlyosságát egészséges kontroll csoporttal összehasonlítva. Továbbá törekedtünk arra, hogy az egyébként igen heterogén tünetekkel rendelkező PCOS-es nőket fenotípusaik alapján külön jellemezzük. Kiemelt figyelmet fordítottunk az életminőség előrejelzési lehetőségének vizsgálatára.

A **második vizsgálatunkban** (Az evészavarok prevalenciájának vizsgálata és a testképzavar megjelenésének felmérése a PCOS-es nők között) fókuszába a PCOS-sal élők saját testükkel kapcsolatos attitűdjét, önértékelését, a kóros étkezési attitűdök jelenlétének vizsgálatát helyeztük. Két további csoportot vontunk be a vizsgálatba, egy egészséges nőkből álló kontrollt és egy csak hyperandrogén tünetekkel rendelkező nőkből álló csoportot. Kiemelten vizsgáltuk a PCOS terápiájának hatását a fenti változókra. Végül a klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciájának felmérését végeztük el a PCOS-es nők között.

Harmadik vizsgálatunk (A PCOS-es nők szuicid veszélyeztetettségének felmérése és pszichológiai szempontú elemzése az endometriózissal és ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők viszonylatában) a reménytelenség, a depresszió és a szorongás gyakoriságát és súlyosságát vizsgálta a betegcsoportban két, szintén reprodukciós zavarral küzdő betegcsoporttal összehasonlítva.

Negyedik vizsgálatunk (A PCOS-es nők depressziós tüneteivel összefüggésben álló tényezők feltárása egyéni mélyinterjú módszerrel) a betegcsoport betegségükkel kapcsolatos szubjektív élményének feltárására irányult. A depressziós tünetek kialakulásának körülményeit jártuk körül a félig strukturált tematikus kvalitatív interjú módszerével.

Az értekezés záró részében **Összefoglalás és gyakorlati vonatkozások**, a kutatások összefoglalását és a kapcsolódó gyakorlati vonatkozásokat fogalmazzuk meg.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

1. A policisztás ovárium szindróma bemutatása

1.1 A policisztás ovárium szindróma tünetei

A PCOS-t napjaink vezető meddőségi okaként tartják számon a termékeny korban lévő nők körében (Carmina & Lobo, 1999; Fauser és mtsai., 2012). Noha a PCOS belgyógyászati-endokrinológiai eredetű betegség, az érintett nők elsőként gyakran az alábbi nőgyógyászati és bőrgyógyászati tüneteket észlelik magukon: *rendsztelen vagy elmaradó menstruáció, nehezített teherbeesés, petefészekciszták*, a HA állapot markerei (*fokozott szőrnövekedés, pattanásos bőrkép, férfias típusú hajritkulás*), illetve az *acanthosis nigricans* (a bőr szürkésbarna színű elváltozása) (Sharquie, Al-Bayatti, Al-Bahar, & Al-Zaidi, 2004). A *túlsúly* és az *elhízás* szintén gyakran társul a betegséghez, azonban a közhiedelemmel ellentétben csupán a PCOS-esek egy részét érinti (Hart, Hickey, & Franks, 2004). A *derék-csípő arányának eltolódása* a testsúlytól függetlenül jellegzetes andorid (férfias) típusú testalkatot eredményez az érintettek jelentős hányadánál (Petrányi, 2008). A PCOS igen heterogén kórkép, a klinikai és laboratóriumi tünetek és jelek megjelenésének széles skálája jellemzi, amelyek nemcsak az egyes betegek között mutatnak nagy szórást, hanem az életkor és a környezeti tényezők függvényében, az egyénen belül is (György & Blatniczky, 2008; Ságodi, Kiss-Tóth & Barkai, 2013, Norman és mtsai., 2004)

1.2 A policisztás ovárium szindróma történeti vonatkozása, definíciója, diagnosztikája

A PCOS-sel kapcsolatos első leírás az 1800-as évekre nyúlik vissza. Antonio Vallisneri olasz patológus nevéhez fűződik, aki 1721-ben írt egy kissé kövér, meddő parasztasszonyról, akinek göröngyös, fényes, galambtojásnyi petefészke volt. 1921-ben Achard és Thiers szakállas cukorbeteg nőkről számoltak be, melynek kapcsán a szerzőpáros már ekkor összefüggést feltételezett az inzulinrezisztencia és a hyperandrogenismus között. A PCOS leírását azonban hagyományosan Stein és Leventhal nevéhez kötik, akik 1935-ben összefüggést állapítottak meg az amenorrhoea és a policisztás petefészek között. Hét beteget ismertettek, akik közül négyen elhízottak voltak és öt közülük hirsutismusban is szenvedett. A szerzőpáros leírása megfelel a napjainkban használt kritériumoknak. (György & Blatniczky, 2008; Langmár, 2010; Speer, 2009).

A PCOS meghatározása konszenzus során összeállított diagnosztikai kritériumok alapján történik. Ezért definícióját a legelterjedtebb és az értekezés szempontjából releváns diagnosztikai kritériumok bemutatásán keresztül vezetjük le.

A PCOS definícióját tekintve az Egyesült Államokban jutottak először konszenzusra 1990-ben a National Institutes of Health (NIH) jóvoltából (Lakatos és mtsai, 2009). A NIH meghatározása szerint a PCOS definíció tartalmazza:

1. a krónikus anovulációt,
2. a klinikai és/vagy biokémiai hyperandrogenismust

Ugyanakkor az egyéb androgén túlsúllyal járó betegségek kizárását is (Ságodi & Barkai, 2013; Petrányi, 2008).

2003-ban az European Society for Human Reproduction (ESHRE) és az American Society for Reproductive Medicine (ASRM) bizottsága Rotterdamban új kritériumrendszert alkotott (a továbbiakban rotterdami kritériumrendszer). A határozat szerint PCOS áll fenn, ha az alábbi három lehetőség közül legalább kettő jelenléte igazolható:

1. oligo- és/vagy anovuláció,
2. a hyperandrogenismus klinikai és/vagy laboratóriumi jelei,
3. policisztás ováriumok észlelése ultrahanggal.

A rotterdami kritériumrendszer szintén megköveteli az egyéb endokrin zavarok kizárását (The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, 2004; Petrányi, 2008).

Az Androgen Excess Society (AES) 2006-ban fogalmazta meg kritériumrendszerét, melyben az alábbiakat köti ki:

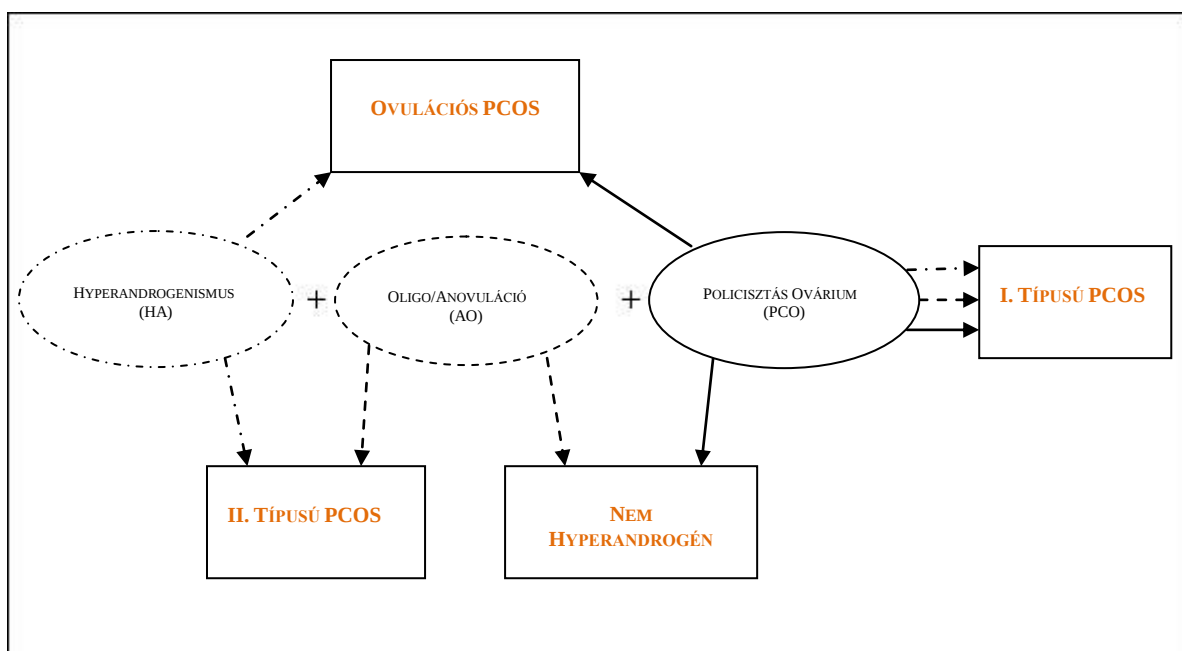
1. a klinikai és/vagy laboratóriumi hyperandrogenismus,
2. ováriumdiszfunkció, (oligo- anovuláció és/vagy policisztás ovárium)

Ezen túl a differenciáldiagnózisban érintett kórképek kizárása szerepel. Ajánlásuk szerint mindhárom feltételnek teljesülni kell a PCOS diagnózis kimondásához (Azziz és mtsai., 2006).

Európában, így hazánkban is a rotterdami kritériumrendszer az általánosan elfogadott alapja a PCOS diagnózisának, amelyet mind a gyakorlatban, mind a kutatásokban alkalmaznak (Ács, 2008; Langmár, 2010; Petrányi, 2008). Kutatásaink során ezen megfontolásból a rotterdami kritériumrendszer mellett köteleződünk el.

1.3 A policisztás ovárium szindróma fenotípusai és azok betegcsoporton belüli prevalenciája (Mohácsi, Almássy, Szemán-Nagy alapján¹)

A PCOS-es betegcsoporton belül a rotterdami kritériumrendszer alapján négy fenotípus különböztethető meg. Az egyes fenotípusok a tünetek és szövődmények megjelenésének és súlyosságának tekintetében jelentős szórást mutatnak.



1. ábra. A PCOS fenotípusok (Mohácsi, Almássy & Szemán-Nagy, 2015)

Az 1. ábrán látható formula szemlélteti a rotterdami kritériumrendszer alapján kirajzolódó négy fenotípust. A hyperandrogenismus (HA), oligo/anovuláció (AO) és policisztás ovárium (PCO) tünetek (HA+AO+PCO) együttesen alkotják az úgynevezett *I. típusú klasszikus PCOS*-t. Lakatos és munkatársai (2009) súlyos/komplett fenotípusként aposztrofálják, utalva annak súlyosságára, ugyanis ez a csoport valamennyi tünet tekintetében érintett. A fenotípusok előfordulási gyakoriságát tekintve Lakatos és munkatársai szerint a betegcsoport jelentős része (61%-a) ebbe a fenotípusba sorolható. Ugyanakkor más szerzők a fenotípusok prevalenciáját vizsgáló kutatásukban 53,9%-os gyakoriságot állapítottak meg (Guastella és mtsai, 2010). A HA+AO tünetek mentén a *II. típusú klasszikus PCOS* csoport rajzolódik ki. Erre a fenotípusra az androgén hormonok túlsúlya, valamint a menstruációs

¹ A disszertáció ezen szakaszának egyes részei az alábbi összefoglaló tanulmány formájában jelentek meg: Mohácsi B., Almássy Zs., & Szemán-Nagy A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichológiai megközelítése. Módszertani ajánlások és a fenotipikus csoportalkotás bevezetése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3) 493-506.

ciklus zavara jellemző. Ezen csoport gyakoriságát az erre irányuló kutatások egybehangzóan 7%-ban állapították meg. A HA+PCO tünetek az úgynevezett *Ovulációs PCOS* alcsoportot képezik, melyet Guastella és munkatársai 28,8%-os, Lakatos és munkatársai 16%-os gyakoriságra datálnak. A negyedik fenotípust a *Nem hyperandrogén (enyhe) PCOS* csoport adja, amely az 1. ábrán a PCO+AO tünetek összegeként látható. Lakatos és munkatársai 16%-os, Guastella és munkatársai 8,3%-os előfordulási gyakoriságot állapítottak meg.

A fenotípusok közül a legsúlyosabb fizikális képet a szélsőségesen HA csoport mutatja, vagyis az *I. típusú klasszikus PCOS* fenotípus. Ez az összefüggés fordítva is igaz, a *Nem hyperandrogén (enyhe) PCOS* fenotípus a leghasonlóbb az egészséges kontroll csoporthoz (Lakatos és mtsai, 2009).

A fenti összefüggés arra enged következtetni, hogy a PCOS pszichológiai szempontú vizsgálatait során a kézenfekvő fenotipikus felosztást célszerű beépíteni a kutatási protokollba, ugyanis az egyes fenotípusok egészséges kontroll csoporthoz hasonló mutatói félrevezetőek lehetnek, amennyiben az eredményeket egész PCOS betegcsoportra kívánjuk általánosítani.

1.4 A policisztás ovárium szindróma patogenezeise

A PCOS pontos patomechanizmusának feltárására irányuló kutatások napjainkban is zajlanak. A PCOS olyan genetikai rendellenesség, amelyben számos genetikai és környezeti tényező kölcsönhatása határozza meg az adott fenotípus kifejlődését. Azok a mechanizmusok, amelyek szerepet játszanak a PCOS kialakulásában, ide sorolva az inzulinrezisztenciát és hyperandrogenismust, feltehetőleg komplex genetikai és környezeti tényezők közreműködésével valósulnak meg (Ságodi és mtsai, 2013). A genetikai vonalat a betegség családon belüli halmozódása (Yildiz és mtsai, 2003), illetve az ikervizsgálatok eredményei támasztják alá (Jahanfar és mtsai, 1995). Az alábbiakban a PCOS kialakulásának rövid áttekintésére kerítünk sort.

Először a *genetikai háttér*ről szólunk. Ságodi és munkatársai (2013) kiemelik, hogy kutatók a PCOS kifejlődésére hajlamosító genotípus létezését feltételezik, ilyenek a hyperandrogenismus- és inzulinrezisztencia-genotípusok, amelyek az alábbi következményekkel járnak:

1. Fokozott tüszőérést eredményeznek, lassítják az atresiót, és a theca-sejtek androgéntermelését fokozzák.
2. Növelik a GnRH pulzációs generátor frekvenciáját, ami az LH-szekréciónak növekedéséhez vezet.

3. A zsírszövetek számának növekedését okozzák, ami az androgéntúlsúlyt tovább fokozza.

Fontos megemlíteni, hogy már a *menarche előtt* is vannak olyan jelek, amelyek előre jelezhetik a PCOS-t. Ilyenek az alacsony születési súly és a korai pubarche (szeméremszőrzet) (Speer, 2009; Ságodi és mtsai, 2013).

Azt, hogy a *hyperandrogenismus* alapvető tényezője a PCOS kialakulásának, többek között nőből férfivá vált transszexuálisoknak adott tesztoszteron hatásából tudjuk, ugyanis ennek hatására a centrális típusú elhízás és inzulinrezisztencia alakult ki köreikben. PCOS esetén a petefészkek és a mellékvese is termel androgént. Könnyen kialakul egy önmagát erősítő kör felnőttkorban: az elhízás miatt tovább fokozódik a hyperandrogén állapot, amit a hyperinsulinemia is tovább ront (Speer, 2009).

A hyperandrogenismus noha önmagában nem okoz inzulinrezisztenciát, részleges módon mégis hatással van kialakulására. Az *inzulinrezisztencia* nem más, mint a sejtek glükózfelvételének csökkenése. Ekkor a normális mennyiségű inzulin nem elegendő az inzulinérzékeny perifériás szövetekben a megfelelő hatás kiváltására. A hasnyálmirigy ezért növeli az inzulin mennyiségét, amely *hyperinsulinemiához* vezet, később pedig a 2-es típusú diabetes mellitus kialakulásához. Az inzulin stimulálja a petefészkek inzulinreceptorainak androgéntermelését, melynek következtében a tüszőérés megáll, kialakítva a jellegzetes policisztás ovárium ultrahangképét (Speer, 2009).

Ahogy arra már utaltunk, a PCOS-es nők esetén a *hypothalamo-hypophyseogonadalis tengely* működési zavara is kifejezett. Jellemző, hogy fokozott a GnRH (ivarmirigyek működését szabályozó hormonokat felszabadító hormon) áramlás. Fokozott áramlása serkenti az LH-szekréciót (luteinizáló hormon, tüszőrepedést kiváltó hormon), ugyanakkor csökkenti az FSH termelődését (tüszőérést serkentő hormon), így vezet a PCOS-ben jellemző magas LH/FSH arányhoz, amely megakadályozza a petesejtképződést, és emeli a petefészkek androgéntermelését. Ugyanakkor a tesztoszteron (egyebek mellett) csökkenti a hipofízis érzékenységét a normális feedback iránt, amely a GnRH-termelést szabályozná, így elindul egy ördögi kör. Mindemellett a többlettesztoszteron és androsztendion ösztronná alakulva, a keringésben tovább csökkenti az FSH-szekréciót. Mindezek következtében a petefészkek fokozatosan degenerálódnak, kialakulnak a ciszták. A fentiekből következik, hogy az ováriumokra jellemző elváltozás következménye a betegségnek, nem pedig oka (Speer, 2009).

Végül a *környezeti tényezők* szerepére térünk rá. A PCOS kialakulására hajlamosító genetikai érintettség mellett a környezeti tényezők közül kiemelendő az életmód szerepe. A fejlett országokban jellemző modern életvitel kedvezőtlen hatást gyakorol mind a betegség

megjelenése, mind a lefolyása szempontjából. A túlzott kalória-bevitel, a rostszegény, telített zsírsavakban gazdag étrend és a fizikai inaktivitás kedvez a túlsúly kialakulásának. Ságodi és munkatársai (2013) kiemelik, hogy a túlsúlyos nőknél fokozódik a citokinek termelődése, amely inzulinrezisztenciát indukál, vagy meglévő esetben súlyosbítja azt.

Összegezve tehát a PCOS poligénes/oligogénes, multifaktoriális eredetű, vagyis a PCOS-re hajlamosító genotípus jellemző hormonális és anyagcsere-rendellenességeit a környezeti faktorok jelentősen befolyásolják.

1.5 A policisztás ovárium szindróma prevalenciája

A PCOS prevalenciája kutatásonként jelentős szórást mutat, számos tényező befolyásolja. Egyrészt függ az etnikumtól, a vizsgált korcsoporttól, az alkalmazott diagnosztikai kritériumrendszertől és a mintavétel módjától. Másrészt, befolyásolja a nem körültekintően alkalmazott fogamzásgátló használat, ami a PCOS markerek elfedése következtében a betegség diagnosztizálását megnehezíti (Speer, 2009).

Az alábbiakban a gyakoriságot meghatározó *legjelentősebb faktorok* alapján mutatjuk be a PCOS prevalenciáját.

Egyfelől az *etnikumról* mint meghatározó faktorról szólnunk, melynek jelentőségére Goodarzi és munkatársainak vizsgálata utal (Goodarzi és mtsai., 2005). Mexikói mintán ugyanazon diagnosztikai kritériumrendszert alkalmazva (NIH), más populációhoz viszonyítva dupláját (13%) mérték a PCOS prevalenciájának. Egy egyesült államokbeli vizsgálatban a fekete reprodukív korú nők között 8%-os, a fehér nők körében 4,8%-os gyakoriságot detektáltak (Azziz és mtsai., 2004). Ezek a vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy etnikumtól függően jelentős szórást mutat a prevalencia.

A *vizsgált korcsoport* mint a prevalenciát meghatározó faktor jelentőségére mutat rá Nidhi és munkatársainak (2011) hiánypótló prevalenciavizsgálata, amelyet *serdülő lányok* között végeztek. Noha a PCOS serdülőkori diagnosztizálása különösen nehéz (Ságodi & Barkai, 2013), a korai felismerés egy sor megbetegedés prevencióját teszi lehetővé (György & Blatniczky, 2008). Nidhi és munkatársai a rotterdami kritériumrendszert alkalmazva a 15-18 éves lányok között 9,13%-os gyakoriságot mutattak ki (Nidhi és mtsai, 2011).

Egy további jelentős faktor a kutatás során diagnosztizálásra használt *kritériumrendszer* megválasztása. A NIH kritériumrendszere alapján az USA-ban a PCOS összesített

prevalenciája (fekete és fehér nők között) 6,6% (Azziz és mtsai., 2004). Egy másik vizsgálat szerint legalább 4,6%-ra becsülhető a gyakoriság (Knochenhauer és mtsai., 1998). Görög mintán 6,77%-ot (Diamanti-Kandarakis és mtsai., 1999), a spanyol nők körében 6,5%-ot mértek (Asunci6n és mtsai., 2000). Michelm6re és munkatársai (1999) vizsgálata azonban rávilágított arra, hogy a NIH kritériumrendszert alkalmazva a PCOS prevalenciája alacsonyabb fokú, mint a rotterdami kritériumrendszer alapján. Az Egyesült Királyságban végzett kutatásuk eredménye szerint ugyanis a PCOS prevalenciája a NIH kritériumrendszer szerint 8%, szemben a rotterdami kritériumrendszerrel mért 26%-kal. A fenti ellentmondást hivatott tisztázni az ausztrál kutatás, amelyben reprezentatív prevalenciavizsgálatot végeztek a három legjelent6sebb PCOS kritériumrendszert egy6ttesen alkalmazva. Az eredmény a NIH kritériumrendszerrel $8,7\pm2,0\%$, a rotterdami kritériumrendszerrel $11,9\pm2,4\%$, az AES kritériumrendszerrel $10,2\pm2,2\%$ (March és mtsai., 2010).

A prevalenciakutatások eredményeit 6sszegezve elmondhatjuk, hogy a reprodukzív korú n6k jelent6s sz6zal6k6t 6rinti a betegség. A vizsgálatok 2,2%-t6l, egészen 26%-ig terjed6 intervallumban k6z6lnek gyakorisági adatokat (Chen és mtsai., 2008; Michelm6re és mtsai., 1999). Ugyanakkor az eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy a gyakoris6got befoly6sol6 faktorok figyelembev6tele sz6ks6ges a csoport jellemz6se sor6n.

1.6 A policiszt6s ov6rium szindr6ma kezel6se

A PCOS kezel6se nagy k6r6ltekint6st ig6nyel, t6bb diszciplína egy6ttm6k6d6s6n alapul. Egyre inkább teret h6dít az 6gynevezett h6rmas alapkezel6s, amelyben a farmakoter6pi6t a szem6lyre szabott speci6lis 6trend 6s a rendszeres testmozg6s eg6szíti ki (Petr6nyi & Zaoura-Petr6nyi, 2011). Palomba és munkatársai (2008) eredményei szerint a fokozott testmozg6s m6r 6nmag6ban is az egyes PCOS markerek m6rt6k6nek cs6kken6s6hez vezet att6l f6ggetlenül, hogy mennyi fogy6s k6vetkezett be. Az egyenletes inzulinelv6laszt6st megc6lz6 di6ta (glik6mi6s index alapú di6ta) szint6n, 6nmag6ban m6s di6t6val 6sszehasonlítva a PCOS t6netek nagyobb fokú javul6s6t mutatta (Marsh és mtsai., 2010). Petr6nyi 6s Zaoura-Petr6nyi kutat6sukban a komplex h6rmas alapkezel6s hat6konys6g6t t6masztott6k al6. A vizsg6lati szem6lyek k6r6ben az acne, a hirsutismus, a testt6megindex (BMI) 6s a der6k-csíp6 h6nyados (DCSA) szignifik6ns cs6kken6s6t, illetve a menstru6ci6 rendszeresebb6 v6l6s6t detekt6lt6k azon PCOS-es n6k k6z6tt, akik h6rmas alapkezel6sben r6szes6ltek (Petr6nyi & Zaoura-Petr6nyi, 2011).

2. A policisztás ovárium szindróma pszichopatológiai vonatkozásai

2.1 A PCOS helye a pszichológiában

A PCOS olyan kórkép, amely több fronton keresztül negatív hatással lehet az érintettek életminőségére, ezért gyakori a komorbid pszichopatológia. Mindennek ellenére a gyakorlatban a PCOS kezelése során a mentális jóllét kérdése kiesik a kezelési protokoll homlokteréből, a fókusz a farmakoterápiára korlátozódik. Ahogyan azt majd az evészavarok tárgyalása során látni fogjuk, nemcsak az élet minősége miatt fontos a kérdés, hanem a terápiás siker elmaradása szempontjából is.

A PCOS-t a pszichoszomatikus szülészeti és nőgyógyászati kórképek között tartják számon. Szigeti és munkatársai (2014) azonban kiemelik, hogy sajátos helyet foglal el a szülészeti-nőgyógyászati pszichoszomatikában, ugyanis elsősorban nem nőgyógyászati eredetű, hanem hormonális és anyagcserezavar eredménye, ugyanakkor tünetei és szövődményei egy része indokoltta teszik ezen témakörön belüli tárgyalását. A Brit Pszichoszomatikus Szülészeti- Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság (British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology) meghatározása szerint a pszichoszomatikus szülészeti-nőgyógyászat magában foglalja az alábbi, a PCOS és az értekezés szempontjából releváns témaköröket:

1. Reprodukív egészség, menstruációs problémák, termékenység, terméketlenség, illetve az ezekhez társuló mentális megbetegedések (szorongás, depresszió, testképzavar).
2. Pszichoszomatikus jellege szerint a PCOS-t pszichés felhangokkal járó állapotként írja le.
3. Azok a mentális állapotok, amelyek szülészeti-nőgyógyászati következményekkel járnak. Kiemelve a szorongást, depressziót, AN-t és BN-t.

Kutatásunk során kiemelten foglalkoztunk a Pszichoszomatikus Társaság által megjelölt mentális állapotok betegcsoporton belüli vizsgálatával, nevezetesen a depresszióval, szorongással, testképpel és az evészavarokkal.

2.2 A PCOS és a komorbid pszichopatológiák

A PCOS pszichés morbiditás szempontjából magas rizikófaktor (Rassi és mtsai., 2010). A komorbid pszichológiai tünetek több forrásból eredeztethetők. Lakatos és Speer (2009) a depresszió kapcsán a primer (endogén) és szekunder eredet kétféle megközelítését vetik fel. A primer eredetre utal, hogy az endokrin zavarok aspecifikus módon pszichiátriai

tüneteket válthatnak ki, ugyanakkor a pszichiátriai betegségek során (többek között súlyosabb depresszióban) endokrin zavarok is felléphetnek (Tringer, 2001). Szekunder hatás alatt a nőiség megélését veszélyeztető tünetek és szövődmények okozta másodlagos pszichés következményeit, illetve a PCOS krónikus betegséggel összefüggő, kezeléssel kapcsolatos stressz következményeit értjük. Az értekezésben elsőként a lehetséges szekunder forrásokat tekintjük át, vagyis az egyes tünetekkel társuló komorbid zavarokat.

2.2.1 PCOS tünetek és komorbid pszichológiai rendellenességek. A szekunder pszichológiai tünetek lehetséges forrásai

A PCOS jellegzetes tünetei egyenként is nagyfokú életminőség-romlást eredményezhetnek. Ennek hátterében az állhat, hogy valamennyi tünet a nőiség megélésének két kulcsfontosságú tényezőjét befolyásolhatja: a reprodukciós képességet és/vagy az attraktivitást. Az alábbiakban a PCOS tüneteket tematikusan tekintjük át a kapcsolódó pszichológiai rendellenességek tükrében.

Egy, a PCOS-es serdülőket vizsgáló kutatás azt mutatta, hogy a *rendszeretlen menstruáció* miatt a megkérdezettek 83%-a meglehetősen magas distresszt élt meg, ugyanakkor 75%-uk aggasztónak találta, hogy tüneteik a jövőben meddőséghez vezethetnek (Dramusic és mtsai, 1997). Gyakran a ciklusok közötti periódusokat az érintettek az „örület” címkével illették (Dowdy, 2012). Tehát önmagában a rendszeretlen menstruációhoz mint tünethez is aggodalom és szorongás társul.

Kevés olyan dolog van, amely olyan mélyrehatóan érintené a női nemi identitást, mint a *reprodukción való képtelenség* (Rappold, 2009). Egy PCOS-es nőekkel készített kvalitatív vizsgálatból kiderült, hogy részben a meddőséggel magyarázzák a betegek azt, hogy abnormálisnak, rendellenesnek érzik magukat női minőségükben (Kitzinger & Willmott, 2002). Tan és munkatársai (2008) kutatásukban meddő és nem meddő PCOS-es vizsgálati személyek pszichológiai mutatóit vetették össze korban illesztett normatív mintával. Noha szignifikáns különbséget nem találtak a meddő és nem meddő csoporton belül a depressziós tünetek és életminőség tekintetében, a PCOS-es vizsgálati személyek 76,1%-a aggodalmát fejezte ki a jövőbeni gyermektelenség felől. Ugyanerre a meglepő eredményre jutottak Hahn és munkatársai, ugyanis vizsgálatukban a pszichológiai jóllétet nem befolyásolta a termékenység, vagy annak hiánya. A ellentmondás egyik lehetséges oka az lehet, hogy a PCOS-es nők a jövőbeni termékenységük felől attól függetlenül szorongnak, hogy diagnosztizált meddők vagy sem (Hahn és mtsai., 2005).

A *hirsutismus* az androgéndependens területeken jelentkező, fokozott szőrnövekedés a női testen. Kórosnak számít a nőknél a szőrösödés az orr alatt, az állon, a melleken vagy azok környékén, hason, háton, karokon és a combokon. A PCOS-ben szenvedő nők között a hirsutismus 60-68%-ban jelenik meg (Lakatos és mtsai, 2009). A nők számára vitathatatlanul magas fokú pszichológiai teher, amely jelentős hatást gyakorol a beteg pszichoszociális jóllétére (Tabák & Kemény, 2009). A testüket „furcsának”, szégyenletesnek és terhesnek élik meg, mi több börtönként aposztrofálják (Ekback és mtsai, 2009). A nemkívánatos szőrszálak diszkomfort érzéssel és szociális félelemmel társulhatnak (Sonino és mtsai, 1993). Viselőjüknek magas fokú szorongást okoznak (Keegan és mtsai, 2003), melynek eredményeképpen az alacsony önértékelés, és életminőség (Drosdzol és mtsai, 2010) mellett a szociális szituációk kerülése, így a társas kapcsolatok hiánya is jellemző (Bart és mtsai, 1993).

A *férfias típusú kopaszodással* kapcsolatosan Petrányi (2008) felhívja a figyelmet, hogy a nők ezt a tünetet igen komoly teherként élik meg. Az *androgén alopecia* nők esetén a fejtetőn jelentkezik, a haj diffúz megritkulását, illetve elvékonyodását jelenti. Legelső jele, hogy a hajválaszték kiszélesedik. Egy vizsgálat kimutatta, hogy nagyobb fokú distresszről, negatívabb testképről számolnak be a tünethordozók, mint a kontroll csoport tagjai (Cash és mtsai, 1993). Az androgen alopecia a szőrösödéshez hasonlóan gyakran társas szorongáshoz vezet (Cash, 2001). Williamson és munkatársai kutatásukban az önbizalom és önbecsülés elvesztésének magas fokát figyelték meg (Williamson és mtsai, 2001).

Az *acne* a faggyúmirigyekben gazdag területeken megjelenő, mitesszerrel, pattanással és bőrgöbökkel járó betegség, amely a PCOS betegek 9,8-34%-ában fordul elő (Petrányi, 2008). Az életminőséget mind fizikailag, mind pszichésen befolyásolja, olyannyira, hogy szociális izolációhoz és depresszióhoz vezethet (Bőr és Nemikórtani Szakmai Kollégium, 2008). Magin és munkatársai azt találták, hogy az acnéval küzdő emberek szégyellik tünetüket, többször zavarba ejtő számukra, ezért szorongás és depresszió is kísérheti (Magin és mtsai, 2006).

A test súlya, alakja, valamint arányossága fontos szerepet tölt be a női önértékelésben. A PCOS betegek körében pedig nemcsak az *elhízás* gyakorisága magas (35-65% közötti) (Bajnok & Speer, 2009), hanem a *derék-csípő arány eltolódása* is jellemző, amely jellegzetes férfias alkatot kölcsönöz (Petrányi, 2008). Az elhízás önmagában is könnyen azt eredményezheti, hogy a nők elégedetlenek a saját testükkel, mindez önértékeléscsökkenéshez, szorongáshoz, szexuális zavarokhoz és szociális visszahúzódáshoz vezethet (Haraszti, 1997). A derék-csípő arányossága (DCSA) a női vonzerő egyik markere. Ezt bizonyítja az a kutatás, amelyben az alacsony DCSA-val, vagyis az úgynevezett „homokóra formával” rendelkező nőket a férfi vizsgálati személyek nőiesebbnek, szexuálisan

vonzóbbnak, fiatalabbnak és egészségesebbnek tartották, mint a magasabb DCSA-val élő vizsgálati személyeket (Singh, 1993). Itt kell megemlítenünk, hogy a PCOS-es nők jelentős része normál, vagy alacsony testtömegindexszel rendelkezik.

Összegezve elmondható tehát, hogy a PCOS, a vele járó megváltozott hormonális miliő, a meddőség veszélye és a nőiességet aláásó tünetek miatt fokozott kockázati tényező a pszichiátriai megbetegedések szempontjából. A kutatások arra utalnak, PCOS tünetek pszichológiai szempontú elemzése indokolt.

2.2.2 A PCOS és a depresszió

2.2.2.1 A depresszió definíciója és prevalenciája a betegcsoportban

Szádóczky meghatározása szerint „A klinikai depresszió súlyos, orvosi értelemben vett betegség, érinti az egész embert, közérzetét, teljesítményét, testi és lelki funkcióit és kapcsolatrendszerét egyaránt” (Szádóczky, 2011, p. 27). A depressziós egyén élményvilágát a bezártság, reménytelenség, kilátástalanság jellemzi. Magatartása gátolt, izolálódik, közérzetét a diszkomfortérzés határozza meg (Szádóczky, 2011).

A depresszió népegészségügyi jelentőségére az Egészségügyi Világszervezet (WHO) mutat rá, amely világszerte a negyedik leggyakoribb betegségnek jelöli, 2020-ra pedig a második helyre prognosztizálja (Kessler & Bromet, 2013). A depresszió nemek közötti megoszlása női dominanciát mutat, 2:1 aránnyal (Szádóczky, 2011). Egy, a major depresszió prevalenciáját vizsgáló, 120 tanulmányt felölelő nemzetközi metaanalízis szerint a depresszió nők közötti gyakorisága 5,9% (4,7-7,5%) (Ferrari és mtsai., 2013).

A fentiek alapján tehát a depresszió gyakorisága az átlagos populációban, ezen belül a nők között jelentős. A prevalenciavizsgálatok eredményei ugyanakkor arra utalnak, hogy a PCOS a depresszió szempontjából további rizikót jelent a reprodukív korú nőkre nézve. Noha a tanulmányok eredményei eltérő mértékű depresszióról számolnak be köreikben, amennyiben kontroll csoportot illesztettek a mintához, az egészséges női kontroll csoport kivétel nélkül szignifikánsan alacsonyabb pontszámmal rendelkezik (Bhattacharya & Jha, 2010); Hollinrake és mtsai, 2007). Egy, a PCOS depressziót vizsgáló metaanalízis szerint, egyenesen négyszerese az egészséges kontroll csoportnak (Dokras és mtsai, 2011). Nézzük meg, hogy milyen gyakoriságot mértek a PCOS csoporton belül. Hollinrake és munkatársai (2007) vizsgálata alapján 21%, ugyanakkor Deeks és munkatársai (2010) a kedvtelenség és ingerlékenység igen gyakori tünetei mellett (73%) 33%-os depressziót mértek. Kerchner és munkatársai (2009) utánkövetéses vizsgálatuk 1. kutatásában 35%-os, az utánkövetés során

40%-os gyakoriságot detektáltak. Aggasztó eredményt, 50%-os prevalenciát közöl Rasgon munkatársaival (2003) abban a kutatásukban, amelyben alacsony mintaelemszámmal dolgoztak (32 fő). Azonban Bhattacharya és Jha (2010) tekintélyes mintán, 117 PCOS-es nőt vizsgálva szintén jelentős, 64,1%-os depressziós arányt talált. Molnár hazai mintán 53 betegből 75,5%-nál talált enyhe depressziót, 9,4% pedig a közép súlyos kategóriát is elérte (Molnár, 2009; Molnár & Rigó, 2015).

Összegezve a prevalenciaadatokat, a depresszió PCOS-es csoporton belüli gyakorisága 21%-64,1%-os skálán mozog, amely már önmagában kiemelt figyelmet igényel.

2.2.2.2 A PCOS-depresszió háttéréről

A depresszió egyrészt multifaktoriális zavar, számos etiológiai tényezővel, amelyek egymásra kölcsönösen hatnak, ugyanakkor bio-pszicho-szociális betegség is, tehát hatással van a szervezet működésére, a szociális kapcsolatokra és az egyén szubjektív élményvilágára (Szádóczy, 2006). A PCOS estén a depresszió fenti megközelítése különösen indokolt. Az alábbiakban a PCOS és depresszió lehetséges kapcsolódási pontjait tekintjük át.

A fentiekben már szóltunk róla, hogy a PCOS egyik markere a rendszertelen ciklus és az oligo/amenorrhoea. A PCOS-es nők esetén jelentős lehet, hogy a depressziós epizód során megfigyelték a hypothalamus-hypophysis-gonád (HPG) tengely gátlását, amely csökkent reproduktív működéssel járt együtt. Jellegzetes panasz a ciklus rendszertelenné válása, sőt akár az amenorrhoea is (Szádóczy, 2006).

További fontos kapcsolódási pont, hogy az inzulinrezisztencia és depresszió kapcsolata bizonyított. A PCOS-es nők másik fontos tünete az inzulinrezisztencia. A depresszióban összességében fokozódik az inzulinrezisztencia, amely a betegséget elmélyítheti (Nagy és mtsai, 2011).

A fentiekben már szóltunk róla, hogy a hyperandrogenismus gyakori a PCOS-es nők körében. A depresszió és hyperandrogenismus kapcsolata ellentmondásos attól függően, hogy a hyperandrogenismus biokémiai mutatóit vagy a klinikai tüneteit vesszük-e górcső alá. Noha Dokras és munkatársai (2012) nem találtak szignifikáns különbséget a szabad tesztoszteron vagy DHEAS és depresszió között, tehát a hyperandrogenismus és a hangulatzavarok kapcsolatát vitatják, kisebb vizsgálatok a kapcsolatot alátámasztják. A klinikai tünetek vizsgálata során ezzel szemben biztató eredményekről számolnak be Clayton és munkatársai (Clayton és mtsai, 2005). A hyperandrogenismus egyik manifesztációjának, az arcon lévő szőrösödésnek a lézerkezeléses csökkenését végezték el a kísérleti csoporton. A kontroll

csoport azonos tünettel rendelkező, kezelésben nem részesült vizsgálati személyekből állt. Fél éves kezelést követően a depresszió mértéke jelentős csökkenéséről számolt be a kutatócsoport. A fentiek alátámasztják azt, hogy a tünetek szekunder jelleggel depresszióhoz vezethetnek.

További lehetséges rizikófaktor az, hogy a PCOS a krónikus betegségek csoportjába tartozik, azaz hosszan tartó és jelenlegi ismereteink szerint nem gyógyítható. A betegek életminőségére jelentős hatással lehetnek a krónikus betegség pszichoszociális következményei. Amennyiben a betegség feldolgozásának gyászreakció-modelljét tekintjük, a pszichés tünetek az alkalmazkodási zavar miatt is megjelenhetnek, majd spontán oldódnak. Tiringer és munkatársai rámutatnak, hogy a depresszió mint krónikus betegségre adott „normális” reakció megjelenhet és csak nehezen különíthető el kezdetben a pszichológiai kezelést igénylő depressziós zavartól (Tiringer és mtsai, 2007).

A depresszió és PCOS tehát több szinten kapcsolódhat egymáshoz, valószínűleg ez magyarázza a betegcsoporton belüli igen magas prevalenciát.

2.2.2.3 Az autoagresszió és a PCOS

A depresszió betegcsoporton belüli magas prevalenciája miatt úgy gondoljuk, hogy kézenfekvő a szuicid prevenció szempontját beemlíteni a PCOS pszichológiai szempontú elemzésébe. A depresszió kapcsán Rihmer és Perczel Forintos rámutat, hogy a kezeletlen, súlyos depressziós egyének 10-15%-a öngyilkosságban hal meg, ugyanakkor a befejezett öngyilkosok 65-75%-a aktuálisan depresszióban szenved. Hazánkban, ahol az öngyilkossági ráta különösen magas (közel 2500 lakos évente), kiemelt figyelmet érdemel a depresszióban szenvedők azonosítása és gondozása és ezen keresztül az öngyilkosság arányának csökkentése (Rihmer & Perczel, 2014). Kopp felhívja rá a figyelmet, hogy a szuicid prevencióban alapvető cél a depressziótól különösen veszélyeztetett csoportok és a velük érintkező szakembergárda tájékoztatása (Kopp, 2005b).

A fentiekből következik tehát, hogy a szuicid veszélyeztetettség felmérése a PCOS-es nők között indokolt, ugyanis a PCOS rizikócsoportnak számít a depresszió szempontjából. Ennek ellenére kevés kutatás helyezte fókuszába ezt a témakört. Az alábbiakban ezen külföldi tanulmányok bemutatására kerítünk sort.

Månsson és munkatársai elsőként írták le magas rizikócsoportként a PCOS-es nőket a szuicid kísérlet szempontjából. A normál populációból toborzott, korban illesztett kontroll csoportéhoz viszonyítva hétszer gyakoribb körökben az öngyilkossági kísérlet. A PCOS-es

csoport 14%-a számolt be róla, szemben a kontroll csoport 2%-ával (Månsson és mtsai, 2008). Williams és munkatársai Skype-interjú módszerével kérdeztek meg 10 PCOS-es nőt. Három vizsgálati személy számolt be az elkövetett vagy elképzelt autoagresszió valamely formájáról. Ketten korábban elkövetett vagy jelenleg is folytatott önsértő viselkedésről, egy pedig öngyilkossági gondolatokról számolt be (Williams és mtsai, 2015). Hart és Doherty (2014) 15 évet felölelő retrospektív tanulmányában 2566 PCOS diagnózissal rendelkező, kórházban megforduló nő adatait hasonlította össze korban illesztett, random módon kiválasztott kontroll csoport adataival. Eredményeik szerint a PCOS-es nők 7,2%-a számolt be önsértő magatartásról, szemben a kontroll csoport 2,9%-ával.

A szuicid prevenciók irányelv, valamint a PCOS csoporton belüli magas depresszió prevalencia, továbbá a témában végzett vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a PCOS az autoagresszió vagy az arról való fantáziálás szempontjából jelentős rizikófaktor. Mindez indokoltá teszi a kérdés alapos vizsgálatát.

2.2.3 A PCOS és szorongás

2.2.3.1 A szorongás definíciója és prevalenciája a betegcsoportban

„A szorongás alaptalan, tárgy nélküli félelem” (Kopp, 2005a; 117. o.). Nem más, mint annak átélése, hogy az egyén által veszélyeztetettnek minősített helyzetben tehetetlen és kontrollvesztett állapotba kerül. Ez az érzés azért alakul ki, mert nem érzi magát képesnek a helyzet aktív megoldására, nem tudja, hogy milyen cselekvéssel, aktivitással oldhatná meg (Kopp, 2005a). A szorongás egy adott, személyre jellemző szintje egészségesnek tekinthető, ugyanakkor az egyén toleranciáját meghaladó mértékű szorongás, amely akadályozza az egyén mindennapi életét, vagy az elvárható teljesítményét, patológiás (Danics, 2003).

Hahn és munkatársai (2005) a PCOS-es nők között 14%-os, a kontroll csoportban ezzel szemben 1%-os gyakoriságot mért a szorongásos tünetek szempontjából. Benson és munkatársai (2009) internet alapú kérdőívvel 448 PCOS-es nőt ért el, akiknek 34%-a klinikai szintű szorongásmutatókat jelzett. Egy, a szorongás PCOS-es nők közötti előfordulási gyakoriságát megcélzó metaanalízis eredménye szerint a PCOS-es csoport 20,4%-os gyakorisága mellett a földrajzilag illesztett kontroll csoportban csupán 3,9%-os gyakoriságot találtak (Dokras és mtsai, 2012). A fenti kutatások rámutatnak, hogy a PCOS-es nők a depresszió mellett a szorongás tekintetében is rizikócsoportnak számítanak.

2.2.3.2 A PCOS és szorongásos zavarok kapcsolata

A szorongás vizsgálata a betegcsoporton belül a magas prevalencia miatt önmagában is indokolt. Az alábbi alfejezetben a szorongás lehetséges hátteréről szólnak.

Noha a krónikus betegségek diagnózisára adott reakciók az adott betegség jellemzőitől függően is sokfélék lehetnek, léteznek olyan általános reakciók, amelyek szisztematikusan megjelennek, ezek egyike a szorongás. A szorongás a krónikus betegségek konstans kísérője lehet. A diagnózis körüli szakaszban (előtte és utána) az egyik legjellemzőbb reakció. Gyakran a későbbiekben is számolni kell vele, például a tünetek kiújulásakor, a betegség rosszabbodásakor, illetve a kontroll vizsgálatok szakaszában (Csabai és Molnár, 2009).

A második lehetséges kapcsolódási pont a PCOS tünetei által generált másodlagos szorongásos zavarok. A fentiekben tematikusan áttekintettük a PCOS tünetekhez kapcsolható pszichológiai jellegzetességeket (Lásd. 2.2.1 alfejezetet), ezért ehelyütt csak felsorolásszerűen említjük meg, hogy konkrétan a szorongás mely dimenzióival hozhatók összefüggésbe a PCOS markerek:

- A *hirsutismus* szorongáshoz és a szociális szituációk kerüléséhez vezethet (Keegan és mtsai, 1993).
- Magin és munkatársai szerint az *acnés bőr* szintén a szorongás egyik forrása lehet (Magin és mtsai., 2006).
- Haraszi (1997) a *túlsúly* kapcsán veti fel a szorongás és a szociális visszahúzódás megjelenését.
- Az *infertilitástól való félelmet* is ide sorolhatjuk (Moran és mtsai, 2010).

A harmadik lehetséges közös pont a szorongás szomatikus következményei. Ez legalább két okból jelentős a betegcsoportban. Egyrészt a nőgyógyászati következményei miatt. Ágoston kiemeli, hogy az alábbi ginekológiai folyamatokra a gyakori vagy tartós szorongás negatívan hathat:

- A menstruációs ciklusra oly módon, hogy vérzészavarokhoz vezethet,
- A teherbeesés valószínűségét csökkentheti, emiatt meddőség alakulhat ki,
- A bekövetkezett terhesség során fokozhatja a vetélés, koraszülés kockázatát (Ágoston, 2006).

A PCOS-es nők a fenti nőgyógyászati folyamatok zavarának mindegyikében érintettek lehetnek a betegség kapcsán.

Másrészt a depresszió és a szorongás jól ismert kockázati tényezője a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek. Ugyanakkor a PCOS önmagában, szorongás és depresszió nélkül is

rizikófaktor a kardiovaszkuláris megbetegedések szempontjából, hiszen a metabolikus szindróma egyes tünetei a PCOS-es nőkre is jellemzőek (Dokras és mtsai, 2012). Belátható, hogy a metabolikus tünetek depresszióval és szorongással társulva, jelentős szomatikus következménnyel járhatnak.

Összefoglalva elmondható, hogy a szorongás betegcsoporton belüli vizsgálata a betegek életminőségének és szomatikus állapotának javítása érdekében egyaránt jelentős.

2.2.4 Az evészavar és testképzavar vizsgálatának relevanciája a PCOS-es nők között

Az evészavarra utaló tünetek vizsgálatának relevanciája a PCOS-es nők körében

Bizonyos tünetek együttjárása hívta fel a kutatók figyelmét a két kórkép közötti lehetséges kapcsolatra. Kiemelve egy hazai kutatást, Resch és munkatársai menstruációs problémával küzdő nők között 4%-os AN-t és 12%-os BN prevalenciát detektált. (Resch és mtsai, 1998). Az egymáshoz való viszonyuk leírására kétféle perspektívát alkalmaztunk. A *PCOS mint rizikófaktor* az evészavarok kialakulása és fenntartása szempontjából, másrészt az *evészavar szerepe* a PCOS kialakulása és fenntartása szempontjából. A PCOS az alábbi mechanizmusokon keresztül válhat rizikófaktorra az evészavarra nézve. Egyfelől adottak a PCOS azon tünetei, amelyek a női attraktivitás ellenében hatnak, nevezetesen a hirsutismus, az acne, az androgen alopecia, az elhízás, a magas DCSA, valamint az acanthosis nigricans. Bizonyított, hogy a fenti tünetek közül valamennyi vezethet az evészavarok két jelentős prediktorához: alacsony önértékeléshez és negatív testképhez (Morgan és mtsai, 2008; Drosdzol és mtsai., 2010; Magin és mtsai., 2006; Cash, 2001; Singh, 1993). Másfelől egyes szerzők szerint a cukorbetegségben előírt diéta és testsúlykontroll hozzájárulhat a falásrohamok kialakulásához (Túry, 2000). Jóllehet a kutatási eredmények ellentmondóak, kisebb mintákon megerősítették ezt az összefüggést. Lévéen a PCOS terápiája a cukorbetegséghez hasonló elveken nyugszik, kézenfekvő ezen összefüggés számbavétele PCOS-es betegek körében is. Harmadrészt, figyelemre méltó Lim és munkatársainak munkája, amelyben kimutatták a hyperandrogenismus és a menstruációs zavarok étel iránti sóvárgással való együttjárását (Lim és mtsai, 2009).

A másik perspektíva, az evészavar mint rizikótényező, szintén több úton keresztül fejtheti ki hatását. McCluskey és munkatársai kutatásuk eredményei nyomán felvetették a bing eating (túlevéses zavar) és a policisztás ovárium közötti kapcsolat lehetőségét (McCluskey és mtsai, 1992). A szerzők úgy gondolják, hogy azok a nők, akik a PCOS-re genetikailag predisponáltak és emellett a bing eating és éhezés között ingadoznak, a szélsőséges szénhidrátfelvétel miatt veszélyeztetettek az inzulinrezisztencia kialakulására. Az

inzulinrezisztencia a háttérben facilitálhatja a policisztás ováriumok megjelenését, illetve a teljes PCOS kórkép kifejlődését (McCluskey és mtsai, 1991). Ezen logika mentén haladva további veszélyt jelenthetnek a szénhidrátháztartás szempontjából az evészavaros betegek jellemző súlycsökkentő manőverek, mint például az önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, beöntések alkalmazása.

A fentieket összegezve elmondható, hogy az evészavar trigger lehet a PCOS kialakulása szempontjából, ugyanakkor vice versa is igaz ez az összefüggés, azonban a tanulmányok csak részben támasztják alá ezt a kapcsolatot.

2.2.4.1 Az evészavarok és testképzavar bemutatása a PCOS szemszögéből

2.2.4.1.1 Az evészavarok típusai

A PCOS betegcsoporthoz több szállal kapcsolódik az evészavar problematikája. A táplálékfelvétel zavarai közül a leggyakoribb zavar az elhízás. A táplálkozási magatartás zavarainak két altípusa, az AN és a BN (Túry & Szabó, 2000) számos szövődmény és probléma forrása lehet a betegség kapcsán akár mind a klinikai, mind a szubklinikai formájában. Az alábbi alfejezetben az elhízás, az AN és a BN eredetét és kritériumait tekintjük át.

Az AN első, mai fogalmaink szerint AN-nek megfeleltethető leírása Richard Morton, angol orvos nevéhez fűződik (1689). Később Lasègue 1873-as és Gull 1874-es közleményei nyomán vált ismertté a kórkép. Az anorexia szó etimológiáját tekintve, az “an-orexis” szóból származik, melynek jelentése hiányzó vágy, étvágyhiány. A bulimia szó a görög “boüsz” = ökörség és a “limosz”= étvágy szóból ered. A bulimia nervosa mint önálló kórképet, először Russel írta le 1979-ben (Szabó & Túry, 1994). Nézzük meg, hogy milyen kritériumok mentén azonosítható az elhízás, az AN és a BN. Az 1., 2. és 3. táblázat mutatja be az egyes kritériumokat.

1. táblázat <i>A BMI kategóriák a WHO alapján (The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI)</i>	
SOVÁNY	<18,50
NORMÁL	18,50-24,99
TÚLSÚLYOS	25-29,99
ELHÍZOTT	≥30

Az AN diagnosztikai kritériumai a DSM-IV. (DSM-IV., 1995) alapján

2. táblázat

Az AN diagnosztikai kritériumai a DSM-IV. alapján

KRITÉRIUMOK

- A. Az életkornak és a testmagasságnak megfelelő testsúly fenntartásának elutasítása (pl.: olyan súlyvesztés, amelynek következtében a testsúly a kívánatos érték 85%-a alá csökken; vagy a növekedés során a várható súlygyarapodás olyan mértékű elmaradása, melynek következtében a testsúly nem éri el a kívánatos érték 85%-át).
- B. A soványság ellenére is intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy elhízástól.
- C. A saját test súlyának vagy alakjának zavart észlelése, illetve mindezek túlzott befolyása az önértékelésre, vagy az alacsony aktuális testsúly súlyosságának tagadása.
- D. A reprodukív korú nőkben amenorrhoea, vagyis legalább három, egymást követő menstruációs ciklus kimaradása. Amenorrhoea áll fenn, ha a ciklus csak hormonkezelés, pl.: ösztrogén adása után jelentkezik.

JELŐLENDŐ TÍPUS

Restriktív típus: az AN aktuális epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok használata vagy beöntés).

Falás/tisztulás típus: az AN aktuális epizódja alatt a személynek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.

Megjegyzés: DMS-IV. diagnosztikai kritériumrendszer

3. táblázat

A BN diagnosztikai kritériumai a DSM-IV. alapján

A. Visszatérő falási epizódok, amelyeket az alábbi két ismerv jellemez:

1. Meghatározott időtartam (pl.: 2 óra) alatt lényegesen nagyobb mennyiségű étel elfogyasztása, mint amennyit az emberek általában hasonló idő alatt, hasonló körülmények között fogyasztanak.
2. Az étkezés feletti kontroll elvesztésének élménye az epizód során (pl.: olyan érzés, hogy az evést nem tudja abbahagyni, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit egyen).

B. A súlygyarapodás megelőzése céljából visszatérően alkalmatlan kompenzáló viselkedési formák (pl.: önhánytatás, beöntések, hashajtók, vízhajtók és más módszerekkel való visszaélés, koplalás, túlzott testedzés).

C. A falás és a kóros kompenzációs magatartás egyaránt átlagosan legalább hetente két alkalommal és három hónapon keresztül jelentkezik.

D. Az önértékelést az alak és a testsúly túlzottan befolyásolja.

E. A zavar nem kizárólag az AN epizódja alatt jelentkezik.

JELŐLENDŐ TÍPUS:

Purgáló típus: Az aktuális epizód során a személynél rendszeresen előfordul önhánytatás vagy hashajtók, vízhajtók és beöntések alkalmazása.

Nem purgáló típus: Az aktuális epizód során a személy egyéb kóros kompenzációs magatartást tanúsít (pl. koplalás, túlzott testmozgás), de nem fordul elő rendszeresen önhánytatás vagy hashajtók, vízhajtók és beöntések alkalmazása.

Megjegyzés: DMS-IV. diagnosztikai kritériumrendszer

2.2.4.1.2 Az evészavarok epidemiológiai adatai

Az értekezésben az evészavarok PCOS-sel összefüggő epidemiológiai adatainak áttekintésére kerítünk sort. Elsőként a nemzetközi epidemiológiai adatokat, majd a hazai gyakoriságot, végül a PCOS-es nők között mért gyakoriságot tekintjük át. Az evészavarok incidenciája és prevalenciája során végzett vizsgálatok eredményei között nagy lehet a szórás attól függően, hogy a kutatók milyen mintavételi módot alkalmaztak, illetve a mérőeszközök megválasztásától.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által 2010-ben közzétett nemzetközi adatok alapján az AN nők közötti élettartam-prevalenciája attól függően, hogy szigorúbb vagy megengedőbb mérőeszközzel mérték 0,3% és 3,7% közötti intervallumban mozgott. A bulimia nervosa élettartam-prevalenciáját legalább 1%-ra és maximum 4,2% közöttire becsülték (Yager és mtsai, 2002). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) reproduktív korú nőket is vizsgáló nemzetközi kutatása alapján a BN gyakorisága 2,6-4,8%-ra tehető (Kessler és mtsai., 2013). A falászavar (binge eating disorder= BED) prevalenciája Spitzer és munkatársai vizsgálatai szerint 2% és 4,6% közötti gyakoriságra tehető, míg azon páciensek között, akik kórház által szervezett súlycsökkentő programban vesznek részt 29% és 30,1% közötti az előfordulás (Spitzer és mtsai., 1992; Spitzer és mtsai., 1993)). A már említett 24.124 főt számláló WHO kutatás szerint a BED gyakorisága a reproduktív korú nők között 1,9%- 3,2 %-ra tehető. Az elhízás nemzetközi mértéke egy 2013-as, 1769 vizsgálatra kiterjedő kutatás szerint a nők között 38% (37,5%-38,5%) (Ng és mtsai., 2014).

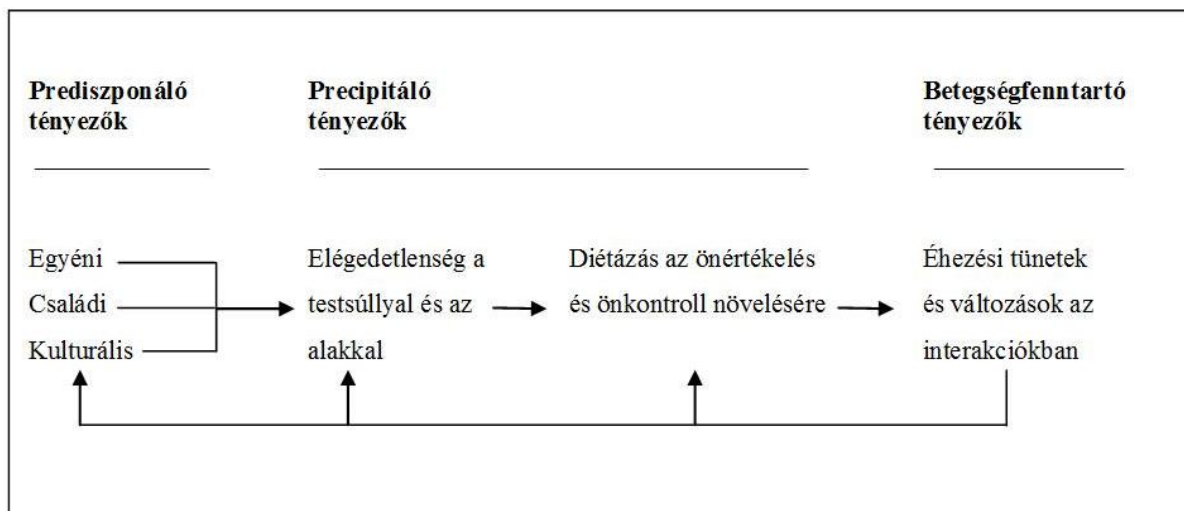
Az életkor szempontjából releváns hazai epidemiológiai vizsgálatok az AN-t 0-1,3% között, BN-t 0-0,6% között, a szubklinikai AN-t 0,7-1,09% között, a szubklinikai BN-t 1,48-5,3% között becsülték a nők körében (Szabó & Túry, 1995; Túry és mtsai, 1990; Túry, 2000; Túry és mtsai, 1994; Szumska és mtsai, 2005; Tölgyes & Nemessury, 2004). A hazai túlsúly és elhízás prevalenciája az Országos Táplálkozás- és Tápláltsági Állapot Vizsgálat szerint a reproduktív korú nők között (18-34 év) 20% és 8,1% (Martos és mtsai, 2012).

Nem egységesek a publikált tanulmányok eredményei a PCOS-es nők közötti evészavar prevalenciára vonatkozóan. McCluskey és munkatársai a PCOS-es nők egyharmadánál talált kóros evési szokásokat és 6%-os bulimia nervosa (BN) prevalenciát mérték (McCluskey és mtsai, 1991). Ezt az összefüggést Morgan és munkatársai is megerősítették tanulmányukban (Morgan és mtsai, 2002). Ugyanakkor, Michelmore és munkatársai eredményei cáfolják ezt az összefüggést (Michelmore és mtsai, 2001).

2.2.4.1.3 Az evészavarok etiopatogenezise

A táplálkozás zavarai a pszichoszomatikus zavarok csoportjába tartoznak, ennek következtében a betegség nem magyarázható egyetlen okkal, több tényező együttjárásának következménye. Noha léteznek szelektív elméletek, amelyek az egyes tényezők szerepét hangsúlyozzák, ezáltal hasznosnak bizonyulnak az egyes betegek megértéséhez, önmagukban azonban nem fejezik ki az evészavarok komplexitását (Túry, 2000). Ennek következtében az értekezésben eltekintünk ezen elméletek bemutatásától és a multidimenzionális megközelítésre helyezzük a hangsúlyt.

Garner *Az evészavarok multifaktoriális patogenetikai modelljében* az AN-en keresztül mutatja be az evészavarok komplex etiopatogenezisének egyik lehetséges módját, amelyet az 2. ábra szemléltet. Ez a modell segít kontextusba helyezni a PCOS és evészavar kapcsolódási pontjait.



2. ábra. Az evészavarok multifaktoriális patogenetikai modellje Garner nyomán (Garner, 1993)

Az evészavarok etiológiájában predisponáló, precipitáló valamint fenntartó tényezőket különböztet meg. Úgy véli, hogy feltehetően az egyéni (biológiai és pszichológiai), a családi és a kulturális predisponáló faktorok állnak annak háttérében, hogy az evészavarban szenvedők populációja igen heterogén (Garner, 1993). A predisponáló tényezők közül csupán a PCOS szempontjából relevánsakat emeljük ki. Az evészavar vulnerabilitást növelheti a PCOS-esek esetén a premorbid obesitas, a belgyógyászati betegségek (mint például az inzulindependens diabetes mellitus), az önpercepció zavarai, az alacsony önértékelés. A családi kockázatok közül kiemelendő a családban előforduló evészavar. A szociokulturális kockázati tényezők között a karcsúságideál igen jelentős társadalmi nyomása lehet fontos. A precipitáló tényezők kevésbé tisztázottak, kivételt képez a diétázás, amely stabil evészavar trigger. Olyan stresszorok lehetnek ezek a tényezők, amelyek diétázáshoz vezetnek. Ilyen például az észlelt (percipiált) kövérség és mások megjegyzései. A diéta evészavart indukálhat az arra sérülékeny egyéneknél. Az evés korlátozása a diétázók dilemmájához vezethet, azaz fokozódik az evési készletelés normális étvágy esetében. A depresszió is triggerfunkciót tölthet be (Túry, 2000; Garner, 1993).

Összegezve, a garneri patogenetikai modell is azt a feltételezésünket látszik erősíteni, miszerint számos mechanizmuson keresztül aktivizálódhat a PCOS és evészavarok egymást erősítő közötti kapcsolata.

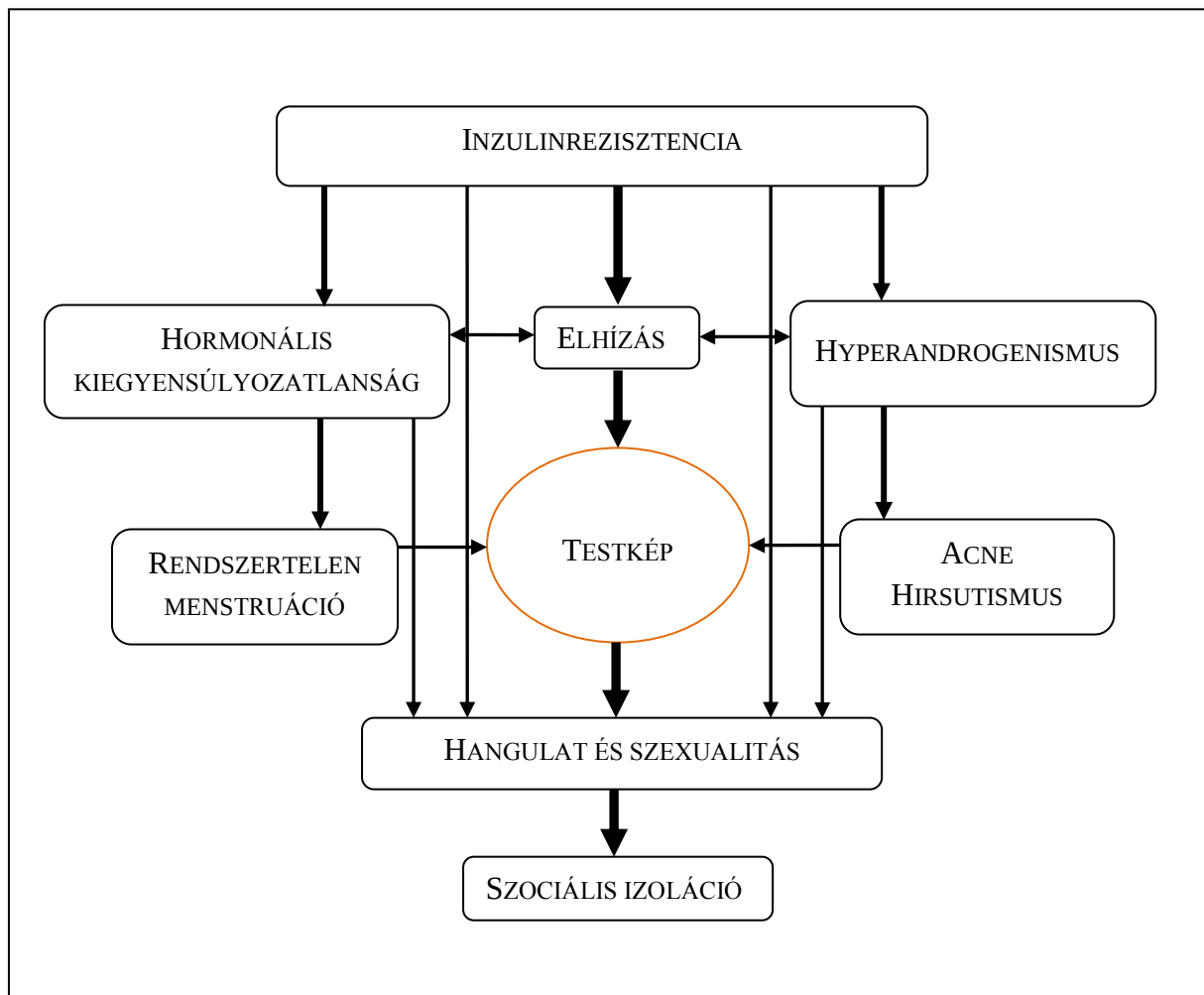
2.2.4.1.4 A testkép kiemelt szerepe az evészavarok szempontjából a PCOS-es nők között

A testkép az önértékelést és énképet befolyásoló hatása révén meghatározza a viselkedésünket és a közérzetünket. Noha léteznek szkeptikus vélemények a testkép evészavarban betöltött szerepére vonatkozóan (szkeptikus irodalom), aligha vitatható, hogy a saját test értékelése jelentős az evészavarok kialakulása szempontjából (Szabó, 1993).

Szabó a testképpel kapcsolatos irodalmi áttekintésében kiemeli a pontos definiálás jelentőségét, ugyanis komplexitásából, a definiálási nehézségekből, illetve a kutatások során alkalmazott mérőeszközök sokszínűségéből eredően fogalmi nehézségek lépnek fel. Az értekezés során a testképnek az alábbi definícióját vesszük alapul: *„Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt, ahogyan ezek az élmények szerveződnek”* (Szabó, 1993, 5. o.).

A testkép PCOS-es nők közötti vizsgálatának relevanciájára hívják fel a figyelmet a már említett kutatások, amelyek szelektáltan az egyes PCOS tünetek és a negatív testkép közötti kapcsolatot igazolták (Lásd.: *Az evészavarra utaló tünetek vizsgálatának relevanciája a PCOS-es nők körében*). Ezen tanulmányok körvonalazzák, hogy a PCOS maszkulinizáló tünetei negatív testképhez vezethetnek. Bazarganipour és munkatársai célirányosan PCOS-es nők körében vizsgálták a testkép és önértékelés státuszát, és azt találták, hogy a meddőség, a rendszertelen menstruáció és a hirsutismus kapcsolata igazolható az alacsony önértékeléssel és a negatívabb testképpel kapcsolatban (Bazarganipour és mtsai., 2013).

Dowdy összefoglaló tanulmányában olyan modellt dolgozott ki, amely a PCOS tünetek, a testkép és a hangulatzavarok kapcsolatát kívánja megragadni. A 3. ábrán jól látszik, hogy a testképnek központi szerepet tulajdonít a szerző (Dowdy, 2012). Úgy véli, hogy a PCOS szemmel látható tünetei, beleértve az elhízást, az acnét, és a hirsutismust, a negatív testképen keresztül fejtik ki hatásukat. Továbbá, a rendszertelen menstruáció mint „belső”, mások számára nem észlelhető tünet is hatással van a testképre. Mindezek, a többi tünet közvetlen hatásával karöltve, együttesen vezetnek a hangulatzavarokhoz, a szexuális élet zavaraihoz, illetve a szociális izolációhoz.



3. ábra. A PCOS, a testkép és a hangulatzavarok kapcsolatának összefoglaló ábrája Dowdy nyomán (Dowdy, 2012)

A fentieket figyelembe véve láthatjuk, hogy a testkép vizsgálata a PCOS-es nők között nem csak a hangulatzavarok, hanem az evészavarok szempontjából is jelentős lehet.

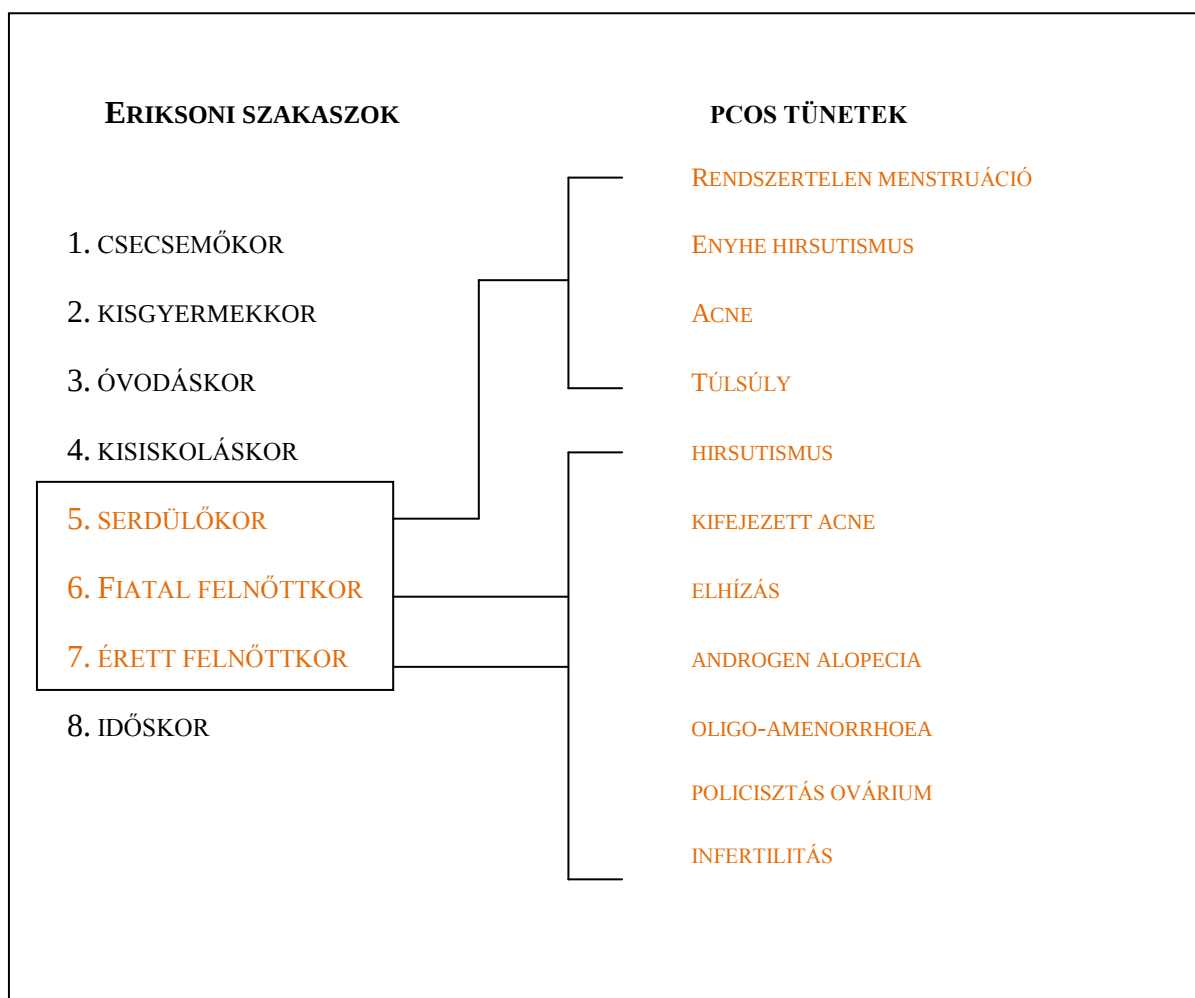
A szakirodalom arra enged következtetni, hogy a testkép vizsgálata a PCOS-es nők között releváns.

2.3 A PCOS és a tüneteinek a nőiség megélésére gyakorolt hatása a női életciklusok szemszögéből

Az életciklus-változások mint biológiai szinten is meghatározott krízisszituációk, pszichés megterheléssel, új élethelyzetek megjelenésével, ezáltal új életkérdések megoldásával, megválaszolásával járnak. Ezek a bio-pszicho-szociális megterhelések az egyén fejlődésének velejárói és feltételei is egyben (C. Molnár, 2006). Ebben a fejezetben az Erik H. Erikson által leírt pszichoszociális fejlődélméletbe ágyazva mutatjuk be a PCOS tüneteinek női életútra gyakorolt hatását. Erikson nyolc különböző életszakaszt definiált,

amelyen valamennyi ember születésétől az élete befejezéséig áthalad. Valamennyi életszakaszban adott egy fő feladat, amelyet az egyénnek meg kell oldani (Cole & Cole, 2006). A nyolc fejlődési szakaszból a PCOS legalább három esetben jelentős hatást gyakorol az adott fejlődési feladat megoldására, amelyek ezáltal a nőiség megélését is befolyásolhatják. Ez a három szakasz a serdülőkor, a fiatal felnőttkor és az érett felnőttkor.

Mindemellett fontos kiemelni, hogy PCOS tünetei az életkortól függően változó képet mutatnak (Petrányi, 2009), ezért a releváns eriksoni életszakaszokhoz más-más PCOS tünetek rendelhetők. Az 4. összefoglaló ábra elkészítésével a három érintett eriksoni életciklust és az adott életszakaszra jellemző PCOS tünetek összefüggéseit kívántuk szemléltetni.



4. ábra. Az eriksoni életciklusokhoz rendelhető PCOS tünetek összefoglaló ábrája

Az alábbiakban áttekintjük a három életciklus fő megoldandó életfeladatát és a PCOS hatását mindezekre.

A serdülőkori szakaszban az egyén fő feladata az identitáskeresés. Erikson szerint időnként betegesen sokat foglalkoztatja a kamaszokat az, hogy milyennek látják őket mások

(Erikson, 1991). Ebben az élethelyzetben jelennek meg a PCOS-es serdülő lányok olyan tünetei, mint a rendszertelen menstruáció, az enyhe hirsutismus, az acne és a túlsúly (Petrányi, 2009). Mindez károsan befolyásolhatja a serdülők önmagukról alkotott képét, így a női identitásuk fejlődését is. Dowdy összefoglalója ezt a feltételezést erősíti, amikor rámutat, hogy a serdülő PCOS-es lányok gyakran írják le magukat olyan jelzőkkel, mint például szörnyszülött, vagy görény (Dowdy, 2012).

A fiatal felnőttkor fő feladata az intim kapcsolatok kialakítása, beleértve a párválasztást is. A fiatal felnőttkorra és érett felnőttkorra jellemző tünetek az alábbiak: metabolikus eltérések, hirsutismus, kifejezett acne, elhízás, androgen alopecia, menstruációs zavarok, infertilitás, policisztás ováriumok (Petrányi, 2009). A fiatal felnőttkorban felerősödő férfias tünetek következtében a megjelenéssel való elégedetlenség a testképen keresztül szociális izolációhoz, a szexuális élet zavaraihoz vezethet (Dowdy, 2012). Mindez az intimitással szemben az izoláció irányába billentheti a krízis mérlegét.

Ugyancsak a fenti szimptómák jellemzik tehát az érett felnőttkor szakaszát is, amikor a generativitás kerül az életfeladat fókuszába. Az alkotásváagnak több módon szerezhethet érvényt az egyén. Elsősorban a következő nemzedék létesítésén és irányításán keresztül. Mindemellett Erikson kiemeli, hogy ezt a hajtóerőt nem mindenki a saját utód által érvényesíti. Ennek hátterében Erikson megfogalmazása szerint egyrészt a „balszerencse” húzódik meg. Egy másik oka az, hogy az egyén olyan sajátos és eredeti adottságokkal bír, amely más területen manifesztálódik. Ennek megfelelően ezen korszak alapvető erénye az előállítás és a gondoskodás (Erikson, 2002). A témánk szempontjából a PCOS okozta meddőség mint „balszerencse” a jelentős. Azok a nők ugyanis, akik az utód gondozásán keresztül kívánják érvényesíteni az alkotásvágyukat, de ezt a PCOS okozta meddőség szabotálja, a krízis kimenetelét kedvezőtlen irányba, a stagnálás irányába fordíthatja.

Összegezve, a PCOS tehát a tüneteivel a női életsiklus több pontján negatív irányba befolyásolhatja a krízis kimenetelét, ugyanis ahogy Kohné (2014) is az összefoglalójában rámutat, a betegség abban az életkorban jelenik meg, amikor a párválasztás, szexuális aktivitás, házasság és a gyermekvállalás kérdései vannak porondon.

II. A KUTATÁSOK BEMUTATÁSA

3. ELŐVIZSGÁLAT

A PCOS-ES NŐK VIZSGÁLATA EGYES PSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÓK MENTÉN

3.1 Célkitűzés

A PCOS rizikótényező a mentális betegségek szempontjából, éppen ezért számos nemzetközi pszichológiai kutatás középpontjában áll.

Kutatássorozatunk első lépéseként egy olyan elővizsgálatot terveztünk, amely iránymutatást ad számunkra arra nézve, hogy a Brit Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság által körülírt pszichológiai változók közül melyeket szükséges mélyebb összefüggéseiben elemezni, azaz egy különálló kutatás fókuszába állítani (British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology).

Jelentős problémát jártunk körül, nevezetesen a PCOS-sel élő nők pszichológiai szempontú elemzését. Annak ellenére, hogy a betegség a termékeny korban lévő nők 2-26%-át érinti, tehát népegészségügyi jelentősége vitathatatlan, tudtunkkal hazánkban még nem született ezt megelőzően olyan pszichológiai kutatás, amelyik a PCOS csoportot kontroll csoport bevonásával jellemezte volna. Első vizsgálatunkban az érintett nők hangulati állapotának vizsgálatára, a szorongás mértékének felmérésére és az evészavar tüneteinek tanulmányozására tettünk kísérletet. Mindezzel arra törekedtünk, hogy a nemzetközi eredmények mellett, magyar mintából származó eredmények is rendelkezésre álljanak, amely hasznos lehet mind a nemzetközi tanulmányokkal való összevetés céljából, mind egy terápiás és intervenciós program kidolgozása alapjaként.

Kutatásunk hiánypótló a nemzetközi szakirodalomban a PCOS-es csoport fenotípusainak pszichológiai jellemzése szempontjából. Noha jól ismert, hogy az egyes PCOS fenotípusok klinikuma között kifejezett különbségek detektálhatók (Lakatos és mtsai, 2009), tudomásunk szerint még nem született olyan vizsgálat, amely a fenotípusok szerinti csoportbontást alkalmazta volna. Felvetődött bennünk az a kutatási kérdés, hogy vajon azonosítható-e egy, pszichológiai szempontból magas rizikót képviselő alcsoport a PCOS

csoporton belül? Körül tudunk-e írni az eredményeink segítségével egy olyan alcsoportot, amelyik a külső tünetei alapján beazonosítható és ezáltal a várható pszichés státusz megjósolható? Vajon adhatunk-e a gyakorló klinikus kollégák számára olyan információt, ami a szűrés gördülékenységet és a diagnózis megalkotását kiegészíti? Többek között erre a kutatási kérdésre kerestük a választ.

A szakirodalomban többszörösen alátámasztott tényre alapoztuk a következő felvetésünket. Bizonyított, hogy a PCOS-es nők depressziós tüneteinek gyakorisága aggasztóan magas, és mindemellett gyakoriak a komorbid zavarok, beleértve a szorongásos tüneteket. Vajon a depresszió segítségével előre bejósolható-e egyes komorbid tünetek megjelenése? Alkalmas-e egy gyors, széles körben ismert és alkalmazott mérőeszköz arra, hogy előkészítse a pszichoterápiás segítségnyújtás szükségességéről való döntéshozatalt? Céljaink között szerepelt tehát azon pszichés változó(k) azonosítása amely(ek) a legmegbízhatóbban jelzi(k) előre a PCOS-es nők mentális állapotát.

Végül az utolsó kérdésünk abból a feltételezésből született, miszerint a PCOS a tünetei révén olyan betegség, amely a női identitás két jelentős szegmensét érintheti, nevezetesen az attraktivitást és/vagy a reprodukivitást. Felvetődött bennünk a kérdés, hogy vajon a PCOS tünetek együttjárnak-e a mentális jóllét bizonyos mutatóival? Kíváncsiak voltunk arra, hogy a megjelenést károsan befolyásoló markerek megmutatkoznak-e az evészavar egyes mutatóiban, beleértve a testtel való elégedetlenséget?

3.2 Hipotézisek

A kutatási kérdéseink vizsgálata céljából, a szakirodalom alapján az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

H1: Feltételezzük, hogy a PCOS csoport tagjai szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el a depresszió, szorongás és evészavar mutatóiban, mint a kontroll csoport tagjai. Ezt a feltételezésünket azokra a kutatási eredményekre alapozzuk, amelyeket a 2.2 fejezetben vázoltunk fel.

H2: Várakozásunk szerint a komplett fenotípus tagjai szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el a depresszió, szorongás és evészavar mutatóiban, mint az enyhébb csoportok tagjai. Várakozásunk alapja az, hogy a PCOS tünetek egyenként is jelentős életminőség-romláshoz vezethetnek. Úgy gondoljuk, hogy amennyiben a tünetek komulálódnak (ahogyan ez a komplett fenotípus esetén történik), ezek a pszichológiai jóllét mutatóiban is manifesztálódnak.

H3: Elvárásunk szerint a depresszió bizonyul a legmegbízhatóbb prediktornak a pszichológiai jóllét mutatói közül. Mindezt 2.2.2.1 alfejezetben kifejtett prevalencia eredményekre alapozzuk, miszerint 21%-64,1% közötti intervallumban mozog a depresszió gyakorisága a betegcsoportban.

H4: Feltételezzük, hogy azok a PCOS-es nők, akik bizonyos tünetekkel rendelkeznek, a pszichológiai jóllét meghatározott mutatóinak szignifikánsan alacsonyabb fokát mutatják, mint azok a PCOS-es nők, akik nem rendelkeznek az adott tünettel.

H4.1: A külső megjelenést befolyásoló, hyperandrogenismus tüneteivel rendelkező nők szignifikánsan magasabb fokú testi elégedetlenségről számolnak be, mint a tünettel nem rendelkező PCOS-es nők. Feltételezésünket Cash és munkatársai eredményeire alapozzuk, miszerint negatívabb testképről számolnak be az androgén alopeciában szenvedő nők, mint a kontroll csoport tagjai (Cash és mtsai., 1993). Azt feltételezzük, hogy a HA tünetek megléte differenciál a betegcsoporton belül is a testtel való elégedettség, azaz a testkép szempontjából.

H4.2: A saját test feletti kontroll érzését csökkentő PCOS tünettel, vagyis a kontrollálhatatlan étvággal rendelkező nők szignifikánsan magasabb fokú depresszióról és a szorongás magasabb szintjéről számolnak be, mint a tünettel nem rendelkező PCOS-es nők. Mindezt arra alapozzuk, hogy a kontrollérzés hiányának sorozatos megtapasztalása a betegség során tanulási folyamat révén a tanult tehetetlenség élményének kialakulásához vezethet, amely egyebek mellett kifejezett szorongással és depresszióval jár együtt (Tiringer, 2007).

H4.3: Azt feltételezzük, hogy a hyperandrogenismus tüneteivel rendelkező PCOS-es nők az interperszonális bizalmatlanság skálán szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, mint tünetmentes társaik. Feltételezésünk alapjául azokat a kutatási eredményeket választottuk, amelyeket a 2.2 fejezetben vázoltunk fel, azaz, hogy mind az acne, a hirsutismus és az androgen alopecia is társas szorongáshoz vezet (Bőr és Nemikórtan Szakmai Kollégium, 2008; Magin és mtsai, 2006; Cash, 2001; Barth és mtsai, 1993).

H4.4: A kontrollálhatatlan étvágy tüneteivel rendelkező vizsgálati személyek a belső folyamatokról való ismeretek hiányának szignifikánsan magasabb fokáról számolnak be, mint a tünettel nem rendelkező PCOS-es nők. Úgy véljük, hogy az evészavarok kialakulásának egyik jelentős faktora, az interoceptív tudat hiánya megjelenik az érintett nők között.

3.3 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere

Kérdőíves keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk, amely során két vizsgálati csoportot alakítottunk ki. A PCOS csoportot (PCOS csoport) és az egészséges kontroll csoportot (kontroll csoport). A kérdőívek felvételét 2010. október 1. és 2010. október 31. közötti időintervallumra ütemeztük.

A vizsgálatban részt vevő két csoport kialakítása során szigorú kritériumokat határoztunk meg. A differenciáldiagnózisban megadott betegségek kizárására sort kerítettünk, továbbá kizártuk a várandós vizsgálati személyeket is a mintából. Ez utóbbit abból a megfontolásból, hogy a terhesség igen változékony hangulatot eredményezhet, emiatt torzíthatja a vizsgálati eredményeket (Pető & Frater, 1991). A fentiek figyelembevételével kizárásra került 4 várandós PCOS-es vizsgálati személy, 4 kezeletlen pajzsmirigy-alulműködésben szenvedő vizsgálati személy, 3 mellékvese-vagy petefészek daganatban szenvedő vizsgálati személy, 3 hipofízis tumorban szenvedő-, 2 Cushing-szindrómában szenvedő- és egy mellékvesekéreg-hormon enzimzavarban szenvedő vizsgálati személy, valamint 15 olyan vizsgálati személy, akik nem teljesítették a rotterdami kritériumrendszer legalább két feltételét.

3.4 Vizsgálati személyek

A PCOS csoport kialakítása során szakértői mintaválasztást alkalmaztunk. A vizsgálati személyek elérése a PCOS Szívügy Alapítványon², a Mens Mentis³ Egészségcentrumon, illetve a releváns online fórumokon keresztül történt. Az értekezés szerzője 2010 óta támogatja önkénteskedéssel az alapítványt. Ezek a vizsgálati személyek elektronikus formában, online töltötték ki a kérdőívet. Továbbá, az ismerősi körben a „hólabda” mintavétel módszerével további diagnosztizált PCOS-es betegeket is bevontunk a mintába, akik papír alapú formában töltötték ki a kérdőívcsomagot. A kontroll csoport esetén kényelmi mintavételt és az elektronikus kérdőív kitöltésének módszerét alkalmaztuk. Az informált beleegyezés biztosítása érdekében a kérdőívcsomag bemutatkozó szövegébe belefoglaltuk a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe (2004) alapján az alábbi tájékoztató információkat: a kutatás célja, a titoktartás határai, az önkéntesség biztosítása és a kutatásvezető elérhetősége.

² Az alapítvány célja a betegség prevenciója és a megfelelő kezelések elősegítése, melynek érdekében ismeretterjesztő és egészségnevelő munkát végez. Az alapítvány honlapja az alábbi linken keresztül érhető el: <http://pco-szindroma.hu/alapitvany/>

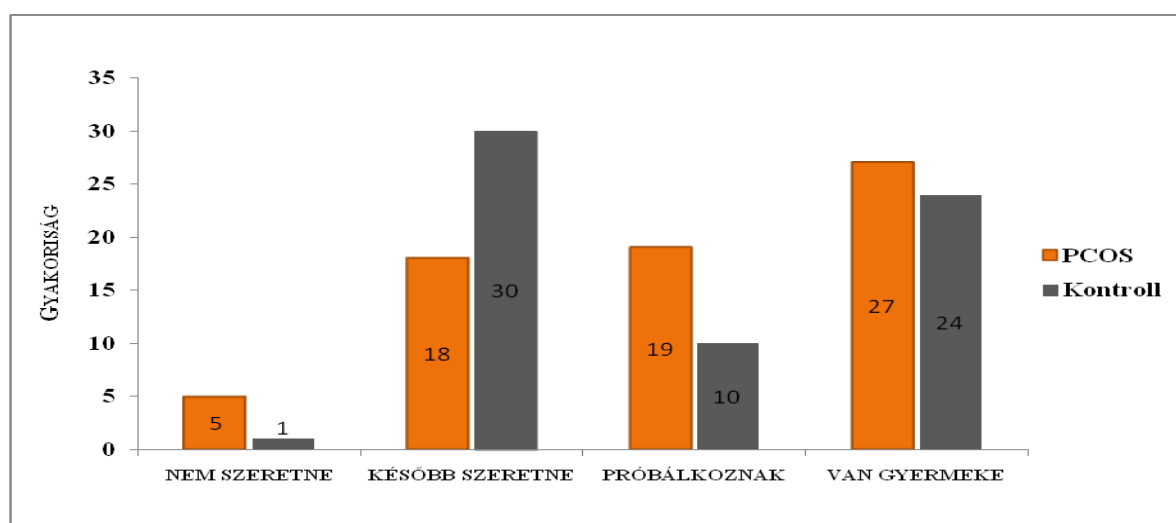
³ A Mens Mentis Egészségcentrum a PCOS komplex kezelésére specializálódott egészségcentrum, melynek honlapja az alábbi linken keresztül érhető el: <http://mensmentis.hu/>

A mintából való kizárások után a vizsgálatban összesen 69 PCOS-es vizsgálati személy vett részt. A kontroll csoportba kerülésnek életkori kritériumot szabtuk. 20 és 45 év közötti egészséges vizsgálati személyeket gyűjtöttünk, így a kontroll csoportba összesen 65 vizsgálati személy került. A vizsgálatban összesen 134 személy vett részt.

3.4.1 A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése

A kontroll csoportot a nemzetközi kutatásokhoz igazodva az életkor és iskolai végzettség alapján illesztettük a mintához (Månsson és mtsai., 2008; Schattmann & Sherwin, 2007). A nem parametrikus vizsgálatot a Mann-Whitney próba segítségével végeztük el. Nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között az életkor ($U=2125$, $p=0,600$) és az iskolai végzettség ($U=2025$, $p=0,302$) tekintetében. A PCOS csoport átlagéletkora 30,55 év ($SD=5,39$), melynek terjedelme a 21 és 43 év közötti tartományba esett. A kontroll csoportban az átlagéletkor 30,33 év ($SD=6,75$), ahol a legfiatalabb vizsgálati személy 20 éves, a legidősebb 45 éves volt.

A vizsgálat szempontjából releváns demográfiai adatokat az 5 és 6. ábrán szemléltetjük.

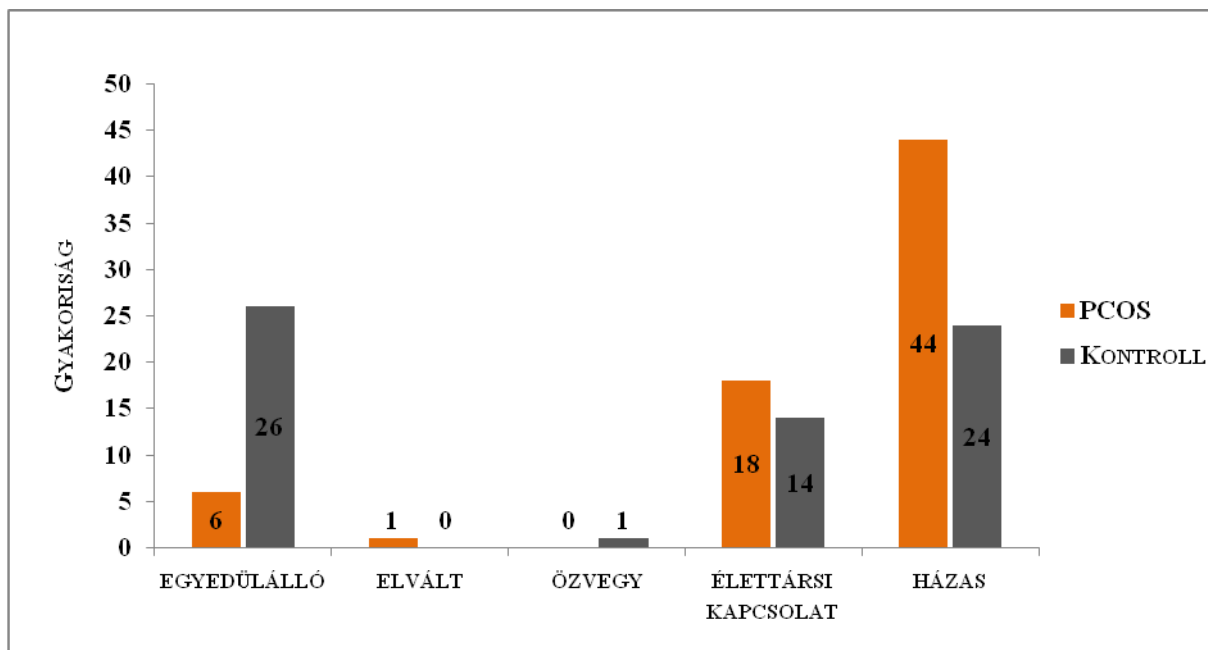


5. ábra. A gyermekszám eloszlása a PCOS és kontroll csoportban

Az 5. ábra a gyermekvállalási szándék és a már meglévő gyermekszám gyakoriságát mutatja be a két csoportban. Az 5. ábra szerint a PCOS-esek 7,2%-a nem szeretne gyermeket, szemben a kontroll 1,53%-ával. Míg a PCOS csoport csupán 25,92%-a halasztja későbbre a gyermekvállalást, addig a kontroll csoportban 45,9% válaszolta ezt. Ebből következik, hogy többen próbálkoznak jelenleg is teherbe esni a betegcsoportban (27,36%), mint az egészséges

vizsgálati személyek (15,3%). A már meglévő gyermekszám, noha nem számottevően, de magasabb körökben (38,88%), mint a kontroll csoport tagjai között (36,72%).

Az 6. ábrán látható, hogy a PCOS csoport jellemzően párkapcsolatban (házasság vagy élettársi kapcsolat) él, ami a csoport 89,28%-át jelenti. A kontroll csoport több, mint egyharmada egyedülálló (39,78%) és 54,14%-uk él párkapcsolatban.



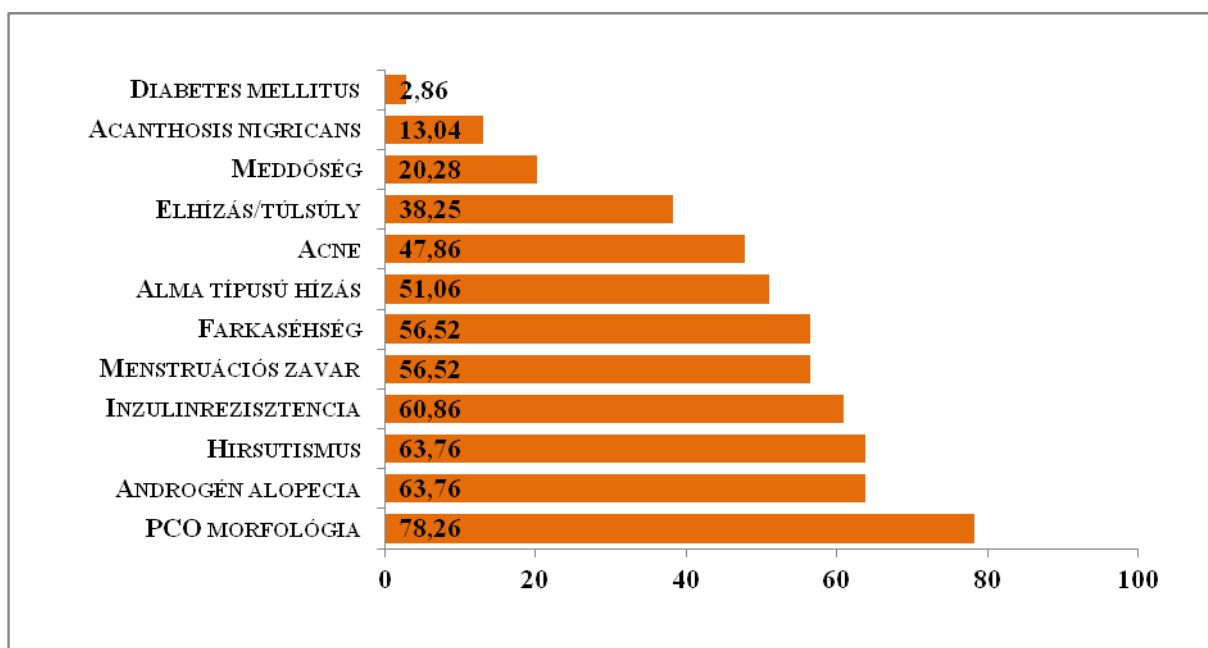
6. ábra. A PCOS és kontroll csoport családi állapota

Az iskolai végzettség szempontjából a minta a következőképpen alakult: alsófokú végzettséggel rendelkezik a PCOS csoport 2,89%-a, alsó középfokú végzettséggel a 42,02%-a, míg felső középfokú végzettséggel a 36,22%-uk, felsőfokú végzettségű a betegcsoport 18,83%-a. A kontroll csoportban 1,53% alsófokú, 36,91% alsó középfokú, 35,37% felső középfokú, a 26,14% pedig felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

3.4.2 A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül

Az 7. ábra a PCOS tüneteinek betegcsoporton belüli eloszlását mutatja be. Eszerint a leggyakoribb HA tünetek az androgén alopecia és a hirsutismus (63,76%), az acné, kevesebb, mint a PCOS csoport felét érinti (47,86%), szemben Petrányi 211 magyar PCOS-es betegen regisztrált adataival, ahol az acné 91%-os gyakorisággal fordult elő (Petrányi, 2005), az alopecia pedig csupán 3%-ban. A menstruációs zavar (56,52%) és a Petrányi-féle oligomenorrhoea (50%) hasonló tendenciát mutat, hasonlóan az elhízáshoz, amely nála 40%, a mi mintánkban 38,25%. A meddőség azonban jelen tanulmány mintájában meglehetősen

gyakori (20,28%), a Petrányi által regisztrált 7%-hoz viszonyítva. Mindez a PCOS csoport tüneteinek heterogenitását igazolja vissza, amelyet jelen értekezés kiemelten kezel.



7. ábra. A PCOS tünetek százalékos megoszlása a betegcsoportban

3.5 MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgálati személyek önkitöltős kérdőívet töltöttek ki. A vizsgálat során kétféle tesztbattériát használtunk, a PCOS kérdőívsomagot és a Kontroll kérdőívsomagot, amelyek mindössze a vizsgálati személyek megszólításában és a kutatási cél körülírásában különböztek.

Egy tesztbattéria három kérdéscsoportból épült fel, amelyekből az értekezés szempontjából releváns témaköröket tárgyaljuk ebben a fejezetben. Az első kérdéscsoport a demográfiai és antropometriai adatokra kérdezett rá. A második a PCOS tüneteinek feltérképezését és a differenciáldiagnózisban kizárandó kórképek felmérését célozta meg. A harmadik kérdéscsoportot a pszichológiai változók méréséhez szükséges mérőeszközök alkották.

3.5.1 A demográfiai és antropometriai adatokra vonatkozó kérdések

A kérdőívsomag első része egy általunk szerkesztett kérdőívből állt, amely az alábbi demográfiai mutatókat tartalmazta: életkor, legmagasabb befejezett iskolai végzettség, családi állapot, gyermekszám és a lakóhely. Az antropometriai adatok közül a testtömegre és

testmagasságra kérdeztünk rá a BMI kalkulációja céljából. Mindemellett a derék-és csípőbőrségről kértünk adatokat a DCSA megállapítása miatt.

3.5.2. A PCOS tüneteire vonatkozó kérdések

A második kérdéscsoportban két tünetlistát alkalmaztunk. Az első a PCOS diagnózisához szükséges mutatókra (menstruáció, PCO morfológia, hyperandrogenismus), illetve a PCOS egyéb tüneteire kérdeztünk rá. A második tünetlista a rotterdami kritériumrendszer által meghatározott kizárandó kórképeket tartalmazta.

3.5.3 A pszichológiai változók mérőeszközei

A depresszió mérése: Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory- BDI) (1. melléklet)

A Beck Depresszió Kérdőívet Beck és munkatársai fejlesztették ki (Perczel Forintos és mtsai, 2005). Jó reliabilitása révén alkalmas arra, hogy kutatásokban felhasználják, ezért a szakirodalomban az egyik leggyakrabban használt kérdőív a depresszió súlyosságának megállapítására, valamint követésére (Ágoston & Szili, 2003). Igaz ez a PCOS-sel kapcsolatos kutatásokra is, ahol szintén ez a legelterjedtebb mérőeszköz (például Schattmann & Sherwin, 2007). Hátrányaként meg kell említeni, hogy nem diszkriminál kellőképpen depresszió súlyosságának tekintetében, főként közepes és súlyos mértékű depresszió esetén (Ágoston és Szili, 2003).

Az egyes tételek négyféle állítást tartalmaznak, 0 és 3 között súlyossági sorrendben. A csoportosított tételek közül a vizsgálati személynek azon állítást/állításokat kell bejelölni, amely/amelyek az érzéseit leginkább kifejezik. A tételek a következő tünetekre kérdeznek rá: 1. szomorúság; 2. pesszimizmus; 3. kudarcok; 4. elégedetlenség; 5. értéktelenség; 6. önbüntetés; 7. önutálat; 8. önhibáztatás; 9. öngyilkosság; 10. sírás; 11. ingerlékenység; 12. visszahúzódás; 13. döntésképtelenség; 14. testkép; 15. munkaképtelenség; 16. álmatlanság; 17. fáradtság; 18. étvágytalanság; 19. súlycsökkenés; 20. hipochondria; 21. a szexuális élet zavara (Rózsa és mtsai, 2001). A depresszió súlyosságának mértékét az összpontszámok összege adja meg, amely 0-tól 63 pontig terjedhet. Az összpontszámok alapján, az alábbi módon alakulnak a súlyossági fokozatok:

- Normál érték (0-9)
- Enyhe depressziós állapot (10-18)
- Középsúlyos depressziós állapot (19-25)
- Súlyos depressziós állapot (25 fölött)

Szót kell ejtenünk a 2-es és 9-es tétel jelentőségéről, amelyek a reménytelenség és az öngyilkossági veszély felmérését teszik lehetővé.

A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory- STAI) (2. melléklet)

A STAI több évtizede használt kérdőív a nemzetközi és magyar orvosi, pszichológiai és epidemiológiai vizsgálatokban. A PCOS-sel kapcsolatos nemzetközi kutatásokban szintén gyakran alkalmazott mérőeszköz. Kidolgozása Spielberger és munkatársai nevéhez fűződik, magyar mintára Sipos és munkatársai adaptálták (Sipos és mtsai, 1988). A kérdőív két részből áll, amelyek a szorongás kétféle megnyilvánulását mérik. A szorongás általános szintjét a kérdőív vonásszorongást mérő részével mértük (STAI-T). A STAI-T 20 itemből áll, amelyet a vizsgálati személy 1-4-ig értékelhet aszerint, hogy mennyire jellemző rá az adott állítás: egyáltalán nem, valamennyire, eléggé vagy nagyon. A tételekre adott válaszainak összpontértéke adja meg a szorongásosságának mértékét (Ágoston & Szili, 2003). A részszkálán minimum 20 pont, maximum 80 pont érhető el.

Az evészavarok mérése: Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory- EDI) (3 melléklet)

A kérdőív kidolgozása Garner és munkatársai nevéhez fűződik, melyet magyar nyelvre Túry és munkatársai adaptáltak (Túry és mtsai, 1997).

Az evészavarok vizsgálatában leggyakrabban alkalmazott kérdőívként tartják számon (Túry, 2000), így ezen tulajdonsága miatt más kutatásokkal való összehasonlításra ad lehetőséget. A kérdőív 64 tételből áll, amelyeket egy Likert-típusú skálán kell értékelni aszerint, hogy mennyire jellemző a vizsgálati személyre az adott állítás. Az önpontozó kérdőív az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedéses tényezőket is értékeli nyolc alskálája mentén. Az első három alskála az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdöket méri, míg a többi alskála az AN alapvető pszichopatológiai jellegzetességeiként detektált személyiségvonásokat értékeli. Az alábbiakban az alskálák áttekintésére kerítünk sort.

A *karcsúság iránti késztetés alskála* a diétázással való túlzott foglalkozást, a testsúly miatti aggodalmaskodást, a hízástól való intenzív félelmet, illetve a vékonyságra törekvéssel kapcsolatos tételeket tartalmazza.

A *bulimia alskálájában* a tételek a kontrollálatlan túlevéssel és az önhánytatásra való késztetésekkel kapcsolatos állításokat tartalmazzák. Ezen alskála segítségével különíthetők el a BN-ben szenvedő betegek, illetve az AN-nel élő betegek restriktív- és bulimiás altípusai.

A *testtel való elégedetlenség* tételei azon meggyőződést tükrözik, hogy a test valamely részének (has, csípő, fenék, combok) az alakja nem megfelelő, vagy túl kövér. Ezen alskála gyakran társul a testképzavar egyéb jeleivel, illetve alacsony önértékeléssel és negatív énképpel.

Az *elégtelenség érzése* alskála az általános elégtelenség és értéktelenség érzését méri, a személyes hatékonyság hiányos voltára utal.

A *perfekcionizmus alskála* a tökéletes, kimagasló teljesítmény túlzott elvárását tükrözi.

Az *interperszonális bizalmatlanság alskála* az elidegenedéssel, a közeli kapcsolatoktól való idegenkedéssel függ össze. A bizalmatlanság a kapcsolatteremtési képtelenséggel és az érzelm kifejezés nehézségeivel van összefüggésben.

Az *interoceptív tudatosság alskála* tételei a belső érzékelések (beleértve az éhség és jóllakottság érzékelését) és az érzelmek felismerésében és azonosításában való bizonytalanságot fejezik ki.

A *félelem a felnőtté válástól alskála* itemei azt mérik fel, hogy a személy mennyire szeretne visszavonulni a serdülőkor előtti korszak biztonságába, ugyanis a felnőtté válással járó követelményeket nyomasztónak érzékeli.

Az értékelés az egyes alskálákra adott válasz értékeinek összege alapján történik. Kóros ponthatárok megállapítása csupán a speciálisan evészavarokra vonatkozó alskálák esetén szükséges, melyeknél az alábbi küszöbértékeket alkalmazzák:

- karcsúság iránti késztetés: 14 pont
- bulimia: 14 pont
- testtel való elégedetlenség: 21 pont (Túry, 2000).

3.5.4. A mérőeszközök megbízhatósága

Az elővizsgálat során alkalmazott kérdőívek pszichometriai mutatóját az 4. táblázat mutatja be. A megbízhatóság megállapítására Cronbach-alfa mutatót számoltunk. A kérdőívek belső konzisztenciájának mutatóját 0,6 és 0,7 között elfogadhatónak, 0,7 fölött jónak ítéltük. A vizsgálatunk során használt skálák elfogadható, jó, illetve kiváló belső konzisztenciával rendelkeznek, ezért valamennyi alkalmas arra, hogy a hipotéziseink megválaszolásához felhasználjuk.

4. táblázat

A mérőeszközök belső konzisztenciájának összefoglaló táblázata

SKÁLA	ITEMSZÁM	CRONBACH- α
BDI	21	0,91
STAI	20	0,92
EDI		
Karcsúság iránti készletelés alskála	7	0,72
Bulimia	7	0,63
Testtel való elégedetlenség	9	0,91
Elégedetlenség érzése	10	0,89
Perfekcionizmus	6	0,77
Interperszonális bizalmatlanság	7	0,74
Interceptív tudatosság	10	0,60
Félelem a felnőtté válástól	8	0,63

3.6 Az elővizsgálat eredményei

Az adatok elemzése az SPSS 13.0 statisztikai programcsomaggal történt.

Az adatok elemzését a hipotéziseknek megfelelő sorrendben végeztük, ezért az eredmények bemutatása során is ezt a logikai menetet követjük.

3.6.1 A PCOS és a kontroll csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. hipotézis)

Az első célkitűzésünk vizsgálatára, azaz annak meghatározására, hogy a PCOS csoport az egészséges kontroll csoporttól az egyes pszichológiai változók tekintetében mutat-e szignifikáns eltérést, egy nemparaméteres eljárást, a Mann-Whitney próbát alkalmaztuk. A p értékeket 0,05 alatt vettük szignifikánsnak.

A PCOS betegcsoport és a kontroll csoport átlagai közötti eltéréseket és a szignifikancia szinteket az 5. táblázat mutatja be. Jól látható, hogy a PCOS és kontroll csoport összpontszámainak eltérése mindhárom pszichológiai változó esetében szignifikánsnak bizonyult. A depresszió esetében ($U=1070,50$, $p=0,000$), a szorongás esetében ($U=1403,500$, $p=0,000$), valamint az evészavar esetében ($U=1585,500$, $p=0,003$). A rangszámok átlagai mutatják, hogy a PCOS csoport mindhárom esetben magasabb összpontszámot ért el, mint a kontroll csoport.

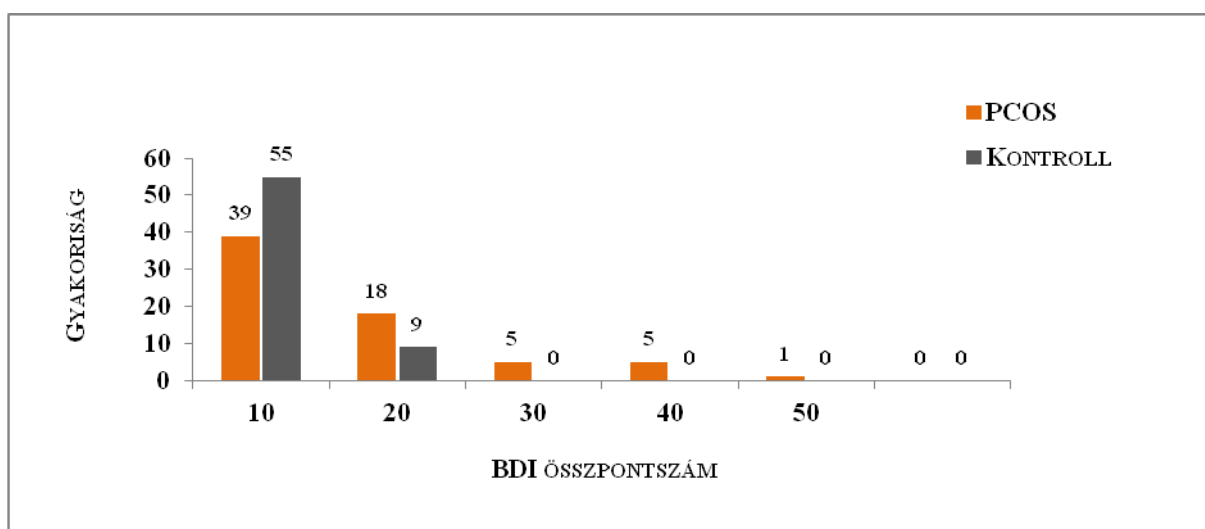
5. táblázat

A PCOS és kontroll csoport összpontszámainak összehasonlítása a depresszió, szorongás és evészavar tekintetében

	Csoportok	Mintaelemszám	Rangsám átlag	Kétoldali szignifikancia
BDI	PCOS	69	84,49	0,000
ÖSSZPONTSZÁMA	Kontroll	65	49,47	
STAI	PCOS	69	79,66	0,000
ÖSSZPONTSZÁMA	Kontroll	65	54,59	
EDI	PCOS	69	77,02	0,003
ÖSSZPONTSZÁMA	Kontroll	65	57,39	

Nézzük meg, hogy az egyes kérdőívek összpontszámának gyakorisága milyen eloszlást mutat a PCOS és a kontroll csoportban.

Az 8. ábra a Beck Depresszió Kérdőívben (BDI) elért pontszámok gyakoriságát mutatja be a PCOS és kontroll csoportban. A diagram vízszintes tengelyén a BDI-ben elért pontszám található, a függőleges tengely annak gyakoriságát mutatja, hogy a vizsgálati személyek közül hányan érték el az adott összpontszámot. Ennek alapján jól látható, hogy a kontroll csoportban a legtöbb személy 0 és 25 közötti összpontszámot ért el, ami a normál és közép súlyos depressziós állapot közötti értékeket vesz fel. Ezzel szemben a PCOS csoportban egyrészt előfordulnak kiugróan magas értékek, másrészt az arány eltolódik az enyhe, közép súlyos és súlyos depresszió irányába.



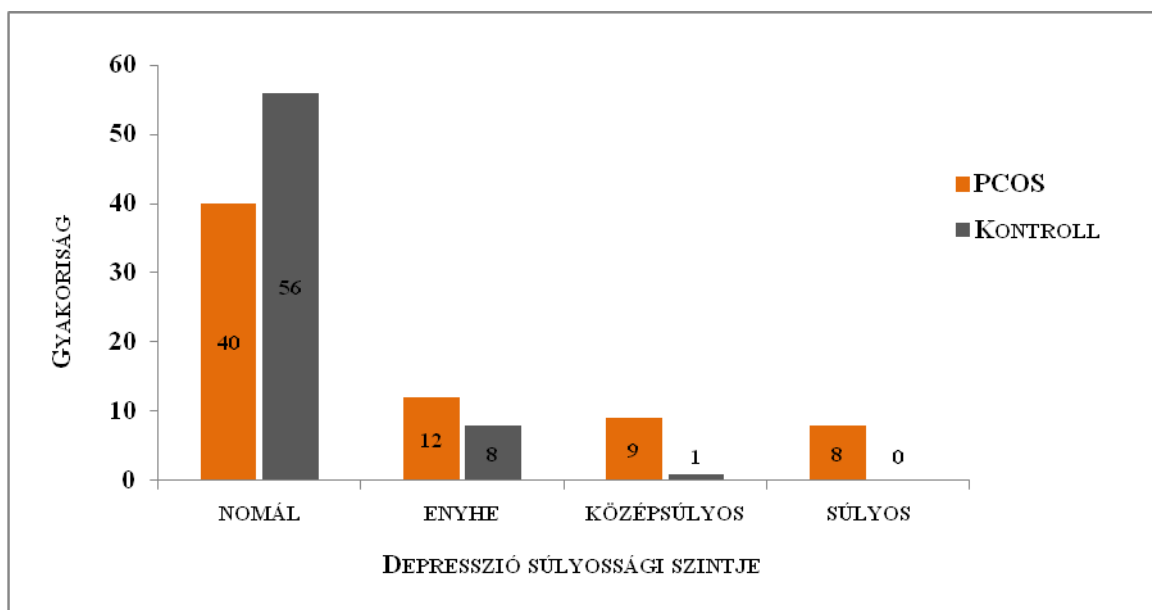
8. ábra. A BDI összpontszámok gyakorisága a PCOS és kontroll csoportban

A depresszió súlyosságának szintjéről is szót kell ejtenünk. Az 9. ábra a depresszió súlyossági fokozatait szemlélteti a két csoportban. A vízszintes tengelyen a depresszió súlyosságának fokozatai találhatók. A függőleges tengely a vizsgálati személyek százalékos megoszlását mutatja a két csoportban.

A kontroll csoport tagjai döntően az egészséges kategóriába kerültek ($BDI_{egészséges}=85,68\%$), 12,24%-uk esik az enyhe depresszió övezetébe, míg csupán 1,53% számolt be a közép súlyos depresszióról, a súlyos depressziós övezetbe egyetlen kontroll személy sem került.

Ezzel szemben PCOS csoport 57,6%-a esik csupán a normál övezetbe. Összesen 41,76%-a számolt be depresszióról. Ezen belül 17,28%-uk az enyhe kategóriába, 12,96%-uk a közép súlyos, 11,52% a súlyos övezetbe esett.

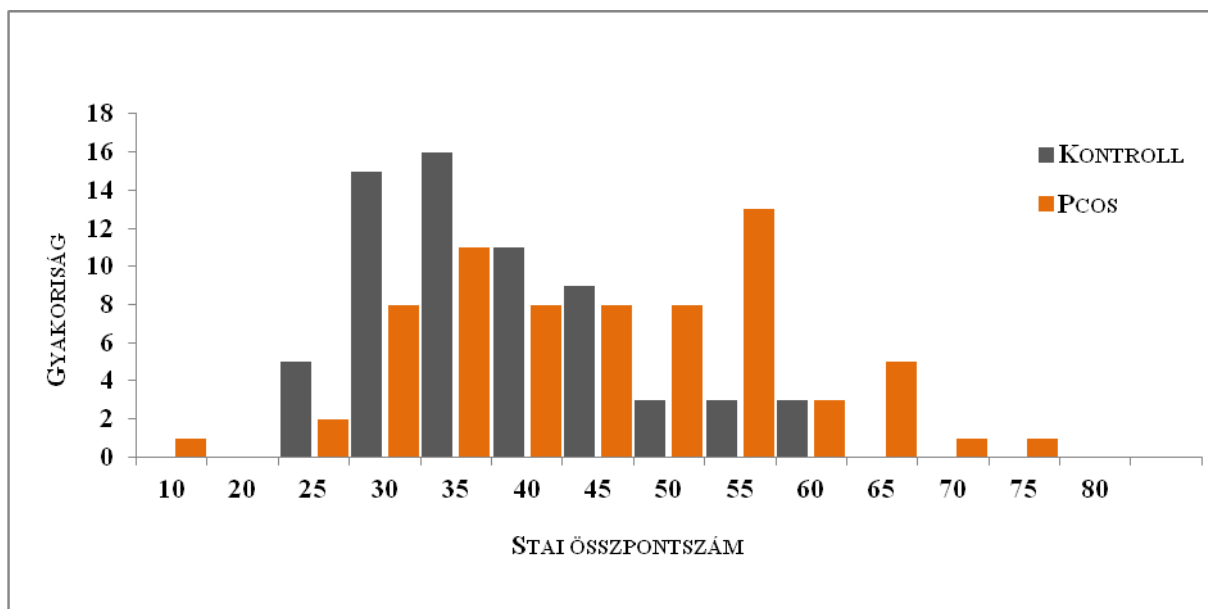
Tovább árnyalja a képet, hogy a BDI két fontos tétele (2. és 9. tétel) a reménytelenség és öngyilkossági veszély igen fontos mutatója (Perczel Forintos és mtsai, 2005). A reménytelenség tételét a PCOS csoport 41,76%-a választotta, az öngyilkossággal kapcsolatos tételt pedig a csoport 21,6%-a jelölte be.



9. ábra. A depresszió súlyossága a PCOS és kontroll csoportban

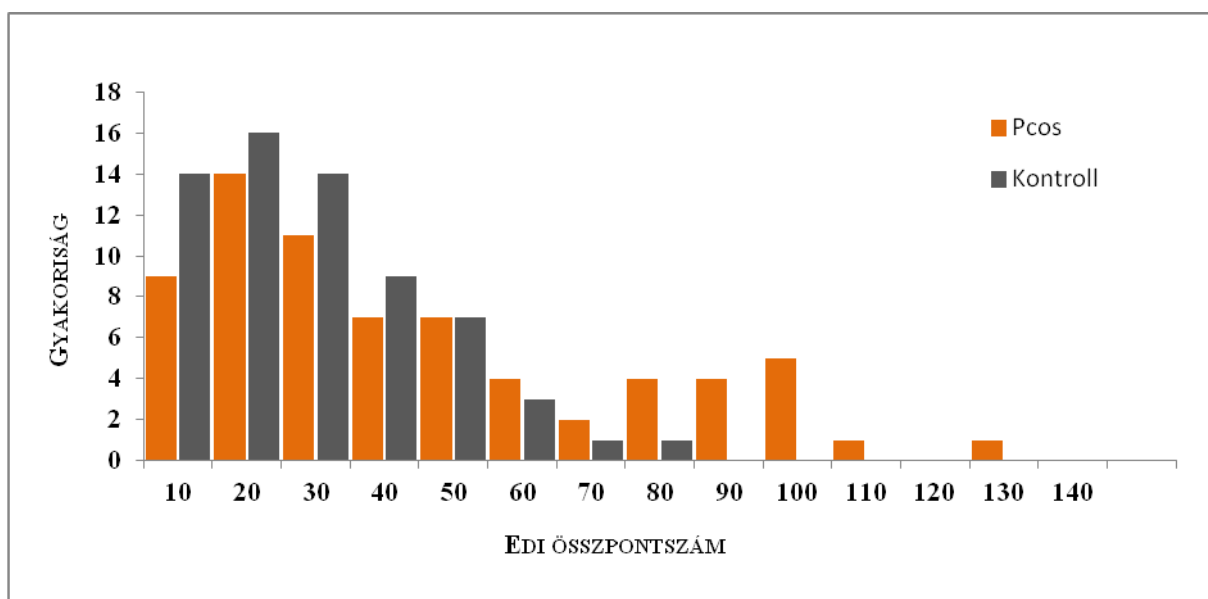
A 10. ábra a STAI összpontszámának megoszlását mutatja be a PCOS és kontroll csoportban. A vízszintes tengelyen a vonásszorongás mértéke található, a függőleges tengely annak gyakoriságát mutatja, hogy a vizsgálati személyek közül hányan érték el az adott szorongási fokozatot. A vonásszorongás normatív értéke magyar női mintán 45,37 ($SD=7,97$) (Sipos és mtsai, 1988). Megvizsgáltuk, hogy a két csoport hány százaléka tartozik a magyar női átlag alatti és feletti tartományba. Jól szemlélteti a diagram, hogy a kontroll csoport

tagjainak jelentős hányada ($STAI_{\text{átlag}}=85,68\%$) 45 pont körüli vagy az alatti pontszámot ért el, szemben a PCOS csoporttal, ahol csupán 54,72% tartozik a normál övezetbe. A betegcsoport 44,64%-a átlag feletti szorongási mutatókkal rendelkezik, szemben a kontroll 13,77%-ával. A diagramról továbbá az olvasható le, hogy a betegcsoport pontszáma egyenletesebb eloszlást mutat, esetenként messze az átlag feletti értékkel.



10. ábra. A STAI összpontszámainak gyakorisága PCOS és kontroll csoportban

Az 11. ábrán a vízszintes tengelyen az Evési Zavar Kérdőívben (EDI) elért összpontszám látható, a függőleges tengely pedig ugyancsak annak gyakoriságát mutatja, hogy a vizsgálati személyek közül hányan érték el az adott összpontszámot. A diagram jól szemlélteti, hogy míg a PCOS csoport összpontszáma egyenletesebb eloszlást mutat, akár extrém magas pontszámokat is elérve, addig a kontroll csoportban ez nem jellemző.



11. ábra. Az EDI összpontszám gyakorisága PCOS és kontroll csoportban

Az EDI szűrővizsgálatokban alkalmazott három alszkálája: a karcsúság iránti készletés, a bulimia és a testtel való elégedetlenség esetén kiszámoltuk a kóros ponthatárokat elérték számát. Eszerint a PCOS-es csoportban a karcsúság iránti készletés kóros határát a csoport 12,96%-a lépte át. Kóros bulimia mutatókat produkált a PCOS csoport 2,88%-a, és a testtel való elégedetlenség kóros szintjét 11,52% érte el.

3.6.2 A PCOS csoport fenotípus szerinti statisztikai vizsgálata a pszichológiai mutatók mentén (2. hipotézis)

A továbbiakban a PCOS csoportban folytatjuk az adatok elemzését

Arra voltunk kíváncsiak, hogy van-e olyan fenotípus, amely rizikócsoport a pszichés morbiditás szempontjából. Feltételeztük, hogy a fizikális tünetek alapján a súlyos (komplett) fenotípus (a továbbiakban súlyos fenotípus) lesz ez, ezért ezt fenotípust hasonlítottuk össze a többi fenotípussal. A PCOS három „enyhébb” fenotípusát egy kategóriába soroltuk (a továbbiakban enyhe fenotípus kategória). Az eredményt az 6. táblázat foglalja össze. Az adatok vizsgálatára a Mann-Whitney próbát alkalmaztuk.

6. táblázat

A súlyos fenotípus és az „enyhe fenotípusok” összehasonlításának eredményei a depresszió, szorongás és az evészavar tekintetében

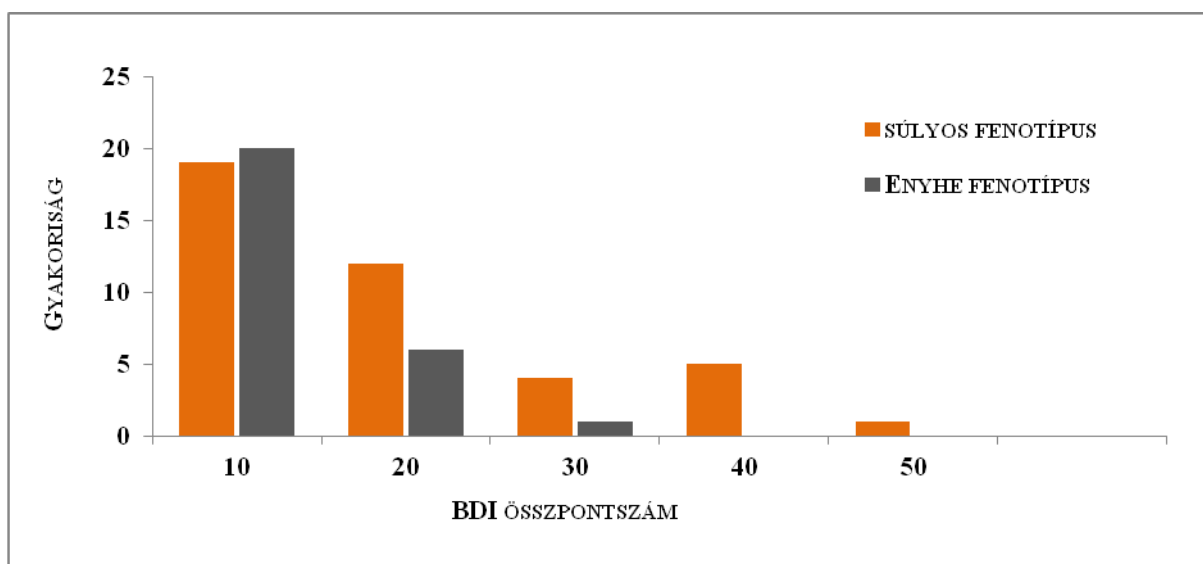
	FENOTÍPUSOK	MINTAELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
BDI	súlyos (komplett)	41	39,77	0,007
ÖSSZPONTSZÁM	enyhe	27	26,50	
STAI	súlyos (komplett)	41	38,52	0,039
ÖSSZPONTSZÁM	enyhe	27	28,39	
EDI	súlyos (komplett)	41	36,91	0,214
ÖSSZPONTSZÁM	enyhe	27	30,83	

Az 6. táblázatban színessel kiemelve látható, hogy a súlyos fenotípus és az enyhe fenotípusok összpontszámainak eltérése két esetben bizonyult szignifikánsnak, mégpedig a depresszió ($U=337,500$, $p=0,007$) és a szorongás ($U=388,500$, $p=0,039$) esetében. Az irányát tekintve mindkét esetben a súlyos fenotípus csoport ért el magasabb pontszámokat. Az evészavar esetében ($U=454,500$, $p=0,214$) nem volt statisztikailag kimutatható különbség a két csoport

között, azonban tendencia szinten magasabb EDI összpontszámot értek el a súlyos fenotípus tagjai, mint az enyhe csoport tagjai.

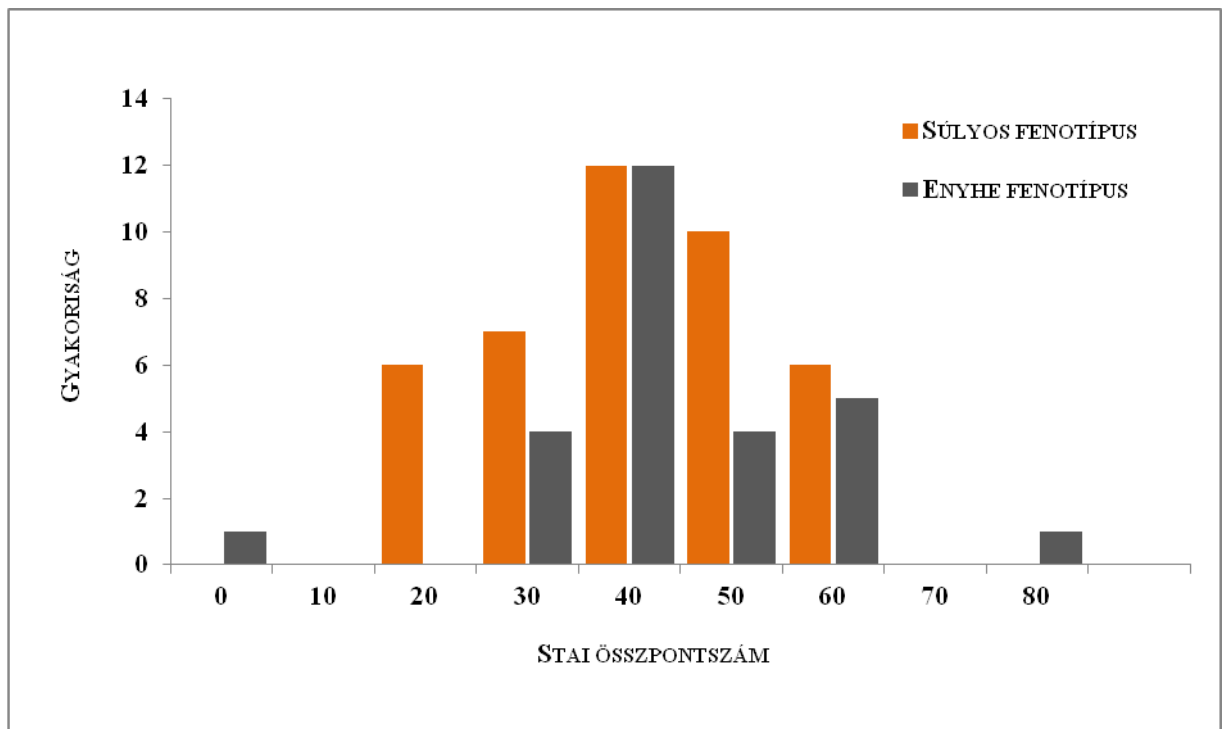
A továbbiakban megnéztük azon változók pontszámainak eloszlását, amelyek mentén a súlyos fenotípus szignifikánsan eltért a többi fenotípustól.

A 12. ábrán a vízszintes tengelyen a depresszió összpontszáma található, a függőleges tengely annak gyakoriságát mutatja, hogy a vizsgálati személyek közül hányan érték el az adott összpontszámot. Az 9. ábra jól szemlélteti, hogy az enyhe fenotípus tagjainak jelentős százaléka ($BDI_{\text{egészséges}}=74\%$) nem depressziós. A súlyos csoport csupán 46,17%-áról mondható el ugyanez. Az enyhe fenotípus csoport tagjainak 25,9%-a mutatott depressziós tüneteket, ebből 18,5% enyhe, 3,70% közép súlyos és 3,70% súlyos kategóriába esett. A súlyos csoportban 53,46% a depresszió prevalenciája, ebből 19,44% enyhe, 17,01% közép súlyos és 17,01% súlyos depressziós mutatókkal rendelkezik.



12. ábra. A Beck Depresszió Kérdőívben elért pontszámok a súlyos és enyhe fenotípusok esetén

Az 13. ábrán a vízszintes tengelyen a vonásszorongás mértéke található, a függőleges tengely annak gyakoriságát mutatja, hogy a vizsgálati személyek közül hányan érték el az adott szorongási fokozatot. Jól látható, hogy a súlyos fenotípus tagjainak nagy része az átlagos magyar női szorongás ($M_{STAI}= 45,37$, $SD_{STAI}=7,97$) fölötti értéket ért el ($STAI_{\text{súlyos fenotípus}}= 53,46\%$). Az enyhe fenotípusokban többnyire a normál övezet körül találhatók az összpontszámok ($STAI_{\text{enyhe fenotípus}}= 70,3\%$), ugyanakkor a megkérdezettek 29,6%-a számolt be átlag fölötti szorongásról.



13. ábra. A szorongás összpontszámainak választási gyakorisága súlyos és az enyhe fenotípusok esetén

3.6.3 Prediktor pszichológiai változó statisztikai vizsgálata (3. hipotézis)

A következő lépésben a harmadik hipotézisünket teszteltük, azaz, megnéztük, hogy a depresszió mint prediktor változó megállja-e a helyét a szorongásos- és az evészavartünetek előrejelzése szempontjából. A kérdésünk vizsgálatához első lépésben a három változó közötti kapcsolat nagyságát és irányát határoztuk meg a Spearman-féle korrelációs együttható segítségével. Az eredmények szerint a depresszió és a szorongás között magas pozitív korreláció mutatható ki, amely markáns kapcsolatot feltételez ($r_s=0,85$, $p=0,000$). A depresszió és az evészavartünetek közötti közepes korreláció jelentős kapcsolatra utal ($r_s=0,6$, $p=0,000$). A szorongásos tünetek és evészavartünetek közötti közepes pozitív korreláció, szintén jelentős kapcsolatra utal ($r_s=0,63$, $p=0,000$). A három változó tehát pozitívan korrelál egymással.

A további vizsgálat során az okság irányára kerestük a választ. Azt feltételeztük, hogy a depresszió az a változó a három közül, amelyik a másik kettő közötti kapcsolatot magyarázza. A kérdés megválaszolása céljából a Parciális korreláció statisztikai módszerét alkalmaztuk. Noha az eljárás normális eloszlású minta esetén alkalmazható és a vizsgálati minta ezt a feltételt nem teljesíti, segíthet a további elemzések kijelölésében. Az eredmény azt

mutatja, hogy amennyiben a BDI a kontrollváltozó, azaz kiszűrjük a BDI közvetítő hatását, az EDI és STAI közötti összefüggés gyenge, nem szignifikáns kapcsolatot eredményez ($r=0,21$, $p=0,075$), szemben az előző, közepes, szignifikáns korrelációval. Amennyiben az EDI a kontrollváltozó, a BDI és STAI közötti magas korreláció és a szignifikancia szint is megmarad ($r=0,71$, $p=0,000$). A STAI kontroll változóként az EDI és BDI közötti korrelációt biztos, gyenge kapcsolatra módosítja ($r=0,32$, $p=0,008$).

Az eredmények azt mutatják, hogy a BDI hatásának kiszűrésével a STAI és EDI közötti korreláció alacsony és nem szignifikáns irányba módosul. Bármelyik másik változó (EDI, STAI) kiszűrésével úgy a korreláció erőssége, mint a szignifikancia is megmarad. Mindez alátámasztja a hipotézist, miszerint a depresszió a PCOS csoportban az a változó, amelyik leginkább előrejelzi a másik kettőt.

További elemzéseket végeztünk annak kiderítése céljából, hogy vajon a BDI által mért depresszió és a STAI által mért szorongás milyen súlyossági szintje szükséges ahhoz, hogy biztosan előre jelezze az evészavar tüneteket. A BDI összpontszám határértékét az enyhe és közép súlyos depresszió között húztuk meg ($BDI_{összpont} > 18$) (Perczel Forintos és munkatársai, 2005). A STAI összpontszámokat a magyar női átlagos szorongási mutató alapján ítéltük alacsonynak vagy magasnak ($STAI_{összpont} > 44,64$) (Sipos és mtsai, 1988). Így mindkét pontszám helyett egy-egy kétértékű (alacsony/magas) változót kaptunk, melyek kapcsolatát a 7. táblázatban bemutatott keresztábra ábrázolja.

7. táblázat

A PCOS-es vizsgálati személyek megoszlása a STAI és BDI alacsony/magas változóinak mentén

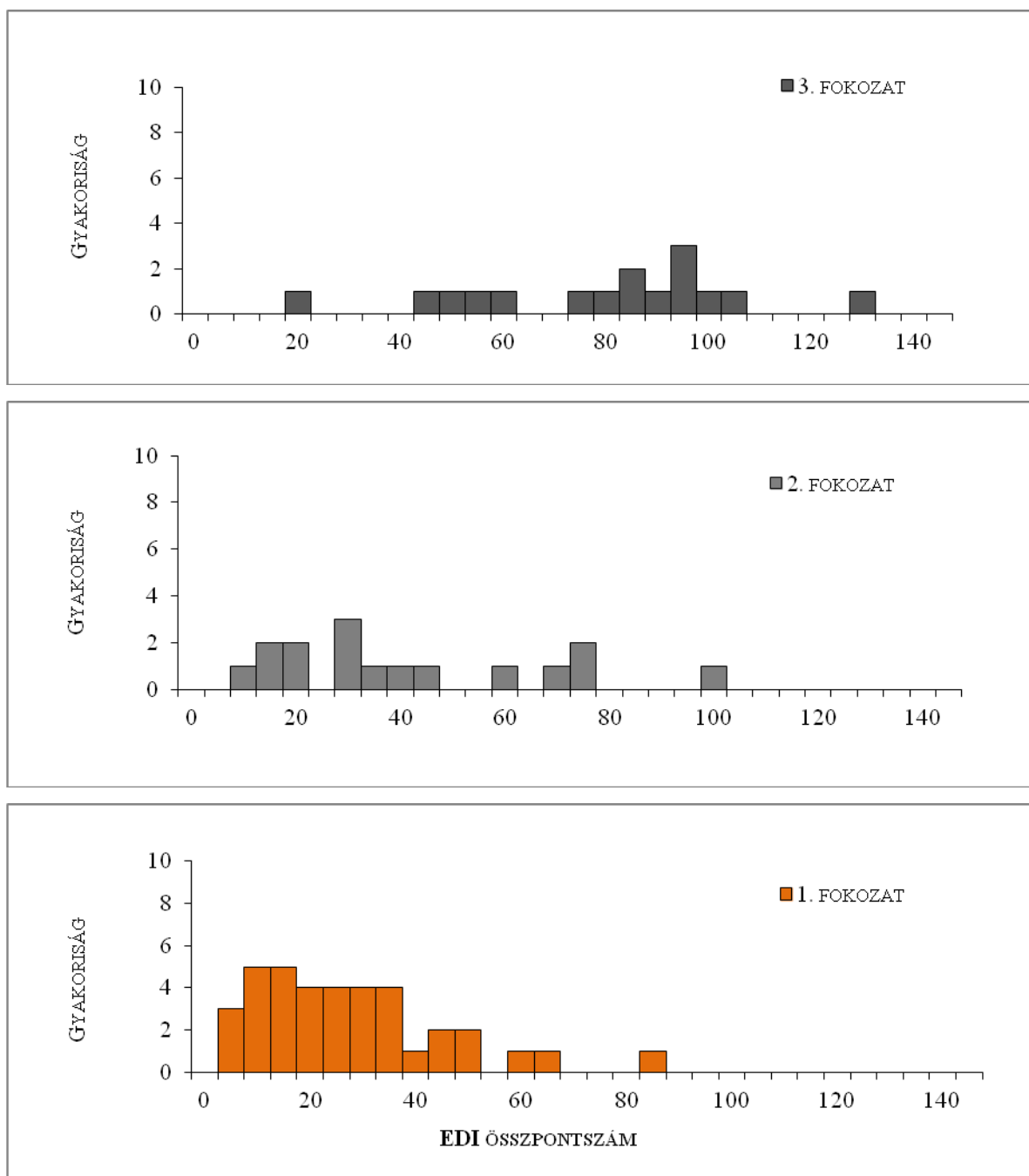
		STAI		
		Alacsony	Magas	Összesen
BDI	Alacsony	36	16	52
	Magas	1	16	17
Összesen		37	32	69

Ez alapján jól láthatóan az lelkiállapot három fokozata rajzolódik ki, melybe csupán egy ember nem illeszthető be. Őt a pontszámok alapján az alacsony-alacsony csoportba soroltuk be.

A lelkiállapot három fokozata az alábbi módon néz ki:

- sem a BDI, sem a STAI nem jelez problémát
- a STAI jelez, a BDI még nem jelez problémát
- mindkét mérőeszköz problémát jelez

Az 14. ábra vizuálisan szemlélteti, hogy a három fokozatból az elsőben az EDI összpontszám alacsony értékeket vesz fel. A másodikban, ahol a magas STAI összpontszám az előrejelző az EDI átlaga ugyan nem magas, mégis már előfordulnak magas értékek is. A harmadik fokozatban, ahol a magas BDI összpontszám bekapcsolódik, láthatóan már az EDI összpontszáma is magas. Ebből következik, hogy a BDI magas összpontszáma biztosabban előrejelzi a magas EDI összpontszámot.



14. ábra. Az EDI összpontszám eloszlása a STAI és BDI alacsony/magas változóinak fokozataiban

Kruskal- Wallis próbával ellenőriztük, hogy a három fokozat között van-e szignifikáns eltérés az EDI összpontszám tekintetében és szignifikáns különbséget találtunk a három csoport között ($X^2=26,960$, $p=0,000$).

Az eredményeink alapján elmondható, hogy a STAI és BDI együttes előrejelzése az EDI súlyosságának három fokozatát kínálja. Az elsőben nincs előrejelző értéke a két változónak. A második fokozatban a magas STAI összpontszám az EDI összpontszám noha nem magas, de kiugró értékeket tartalmazó összpontszámát mutatja. A harmadik fokozatban, a BDI magas összpontszáma már biztosan előrejelzi az evészavartünetek magas számát. A fentiekből az következik, hogy a STAI átlag feletti összpontszáma az evészavar megjelenését valószínűsítheti. Ugyanakkor amennyiben legalább középsúlyos depresszióban szenved a PCOS-es vizsgálati személy, az evészavartünetek markáns jelenléte igazolható.

3.6.4 A PCOS tünetek és a pszichológiai jóllét mutatók kapcsolatának statisztikai vizsgálata (4. hipotézisek)

Az utolsó kérdésünk arra vonatkozott, hogy vajon azonosítható-e olyan PCOS tünet, amely megléte összefüggésben van az általunk vizsgált pszichológiai mutatókkal, illetve az EDI esetén az egyes alsókálakkal? A betegcsoportot az adott PCOS tünet megléte („igen”), illetve hiánya („nem”) alapján soroltuk alcsoportokba. A csoportok összehasonlítására minden esetben a Mann-Whitney próbát alkalmaztuk. Az 8. számú összefoglaló táblázat a szignifikáns eredményeket mutatja be.

8. táblázat

A szignifikáns eredmények összefoglaló táblázata

PSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÓK	PCOS TÜNETEK	N	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
MEDDÓSÉG				
BDI	nem	55	32,08	0.016
	igen	14	46,46	
HIRSUTISMUS				
EDI	nem	25	28,00	0.029
	igen	44	38,98	
HORMONÁLIS PROBLÉMA				
EDI	nem	22	27,80	0.041
	igen	47	38,37	
KONTROLLÁLHATATLAN ÉTVÁGY				
BDI	nem	30	29,22	0.035
	igen	39	39,45	
EDI	nem	30	25,17	0.000
	igen	39	42,56	
STAI	nem	30	29,03	0.03
	igen	39	39,59	

Az 8. számú táblázatban színessel emeltük ki azokat a PCOS tüneteket, amelyek szignifikáns kapcsolatot mutattak a hangulatzavarral, szorongással és/vagy evészavarral. A meddő PCOS-es nők magasabb depresszióról számoltak be, mint reprodukтивitásra képes társaik ($BDI_{meddőség}$: $U=224,500$, $p=0,016$), a táblázatban is látható átlagok alapján jelentős különbség van közöttük.

A hirsutismussal élő nők között szignifikánsan magasabb fokú evészavar tünetek ($EDI_{hirsutismus}$: $U=375$, $p=0,029$) azonosíthatóak, mint a tünetmentes csoportban.

A kiegyensúlyozatlan hormonális miliő az evészavarral mutatott szignifikáns összefüggést (EDI_{hormon} : $U=358,500$, $p=0,041$).

Az étvágy kontrollálhatatlanságának élményéről beszámoló vizsgálati személyek szignifikánsan magasabb fokú depresszióról ($BDI_{étvágy}$: $U=411,500$, $p=0,035$), szorongásról ($STAI_{étvágy}$: $U=406$, $p=0,03$), valamint evészavar tünetekről ($EDI_{étvágy}$: $U=290$, $p=0,000$) számoltak be, mint tünetmentes társaik.

Adja magát a kérdés, hogy vajon az olyan PCOS tünetek, amelyek a testképre feltehetően hatással vannak (beleértve az acnét, hajhullást, hirsutismust), annak ellenére, hogy az EDI összpontszám mutatójában csak részben jelentek meg, vajon a saját testhez való viszony mutatójában mutatnak-e statisztikailag kimutatható különbséget? A kérdés megválaszolása céljából az EDI nyolc alskálája mentén további elemzéseket végeztünk. Az alábbiakban a 9. számú táblázatban mutatjuk be a szignifikáns eredményeket.

9. táblázat

Az EDI alskálák és a PCOS tünetek közötti összefüggések

EDI ALSKÁLÁK	PCOS TÜNETEK	N		RANGSZÁM ÁTLAG		KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
		Igen	Nem	Igen	Nem	
TESTI ELÉGEDETLENSÉG	Acne	36	33	41,53	29,01	0,009
	Hirsutismus	44	25	39,48	27,12	0,013
	Kontrollálhatatlan étv.*	39	30	43,29	24,22	0,000
	Hormonális probléma	47	22	38,29	27,98	0,046
KARCÓSÁG IRÁNTI K.**	Hirsutismus	44	25	40,38	25,54	0,003
	Kontrollálhatatlan étv.*	39	30	42,29	25,12	0,001
	Hormonális probléma	47	22	40,15	24,00	0,002
INTEROCEPTÍV T.***	Centrális hízás	40	29	39,15	29,98	0,035
	Kontrollálhatatlan étv.	39	30	41,37	26,72	0,002
INTERPERSZONÁLIS ****	Hirsutismus	44	25	39,50	27,08	0,013
	Androgen Alopecia	44	25	38,80	28,32	0,035
	Kontrollálhatatlan étv.*	39	30	39,35	29,35	0,038
	PCO morfológia	54	15	37,74	25,13	0,030
PERFEKCIONIZMUS	Hormonális probléma	47	22	38,55	27,41	0,031

Megjegyzés: *Kontrollálhatatlan étvágy; **Karcosúság iránti késztetés; ***Interoceptív tudatosság hiánya; ****Interperszonális bizalmatlanság

A testtel való elégedetlenség alskálával jellemzően azon PCOS markerek mutattak szignifikáns kapcsolatot, amelyek a külső megjelenést és az énképet befolyásolják közvetlenül vagy közvetetten. Ide tartozik az acne (EDI_{acne} : $U=313,500$, $p=0,009$), a hirsutismus ($EDI_{hirsutismus}$: $U=353$, $p=0,013$), a kontrollálhatatlan étvágy ($EDI_{étvágy}$: $U=261,500$, $p=0,000$) és a hormonális probléma (EDI_{hormon} : $U=362,500$, $p=0,046$).

A karcosúság iránti késztetés tételei a testsúly miatti aggodalmaskodásra fókuszálnak, ennek megfelelően a kontrollálhatatlan étvággal ($EDI_{étvágy}$: $U=300,500$, $p=0,001$) és a hormonális problémákkal (EDI_{hormon} : $U=275$, $p=0,002$) szignifikánsan összefüggést mutat. A hirsutismus ($EDI_{hirsutismus}$: $U=313,500$, $p=0,003$) közvetett módon mutathat összefüggést, mégpedig a HA tünetek elhízással való gyakori együttjárásán keresztül (Lim és mtsai, 2009).

Az interoceptív tudatosság hiánya az éhség-jóllakottság belső érzékelésének hiányosságára utal, így magyarázható a centrális elhízással ($EDI_{centrális}$: $U=414$, $p=0,035$) és a kontrollálhatatlan étvággal ($EDI_{étvágy}$: $U=336,500$, $p=0,002$) való szignifikáns kapcsolata.

Az interperszonális bizalmatlanság a kapcsolatteremtés zavarát jelenti akár a bizalmas kapcsolatokban is. A PCOS-es nőkre jellemző szociális izoláció egyik megnyilvánulása lehet ez, amelyhez a hirsutismus ($EDI_{\text{hirsutismus}}: U=352, p=0,013$) és a hajhullás ($EDI_{\text{hajhullás}}: U=383, p=0,035$) a szakirodalmi áttekintésben is kitértünk rá, hogy köthető. A kontrollálhatatlan étvágy oly módon kapcsolódhat ehhez a skálához, hogy a nők „nagyevése” a társadalmi normától eltér, ezért titkolandó ($EDI_{\text{étvágy}}: U=415,500, p=0,038$).

Végül, a tünetek további elemzését a BDI két jelentős tétele, a 2-es és 9-es item mentén végeztük el. Arra kerestük a választ, hogy vajon jeleznek-e a reménytelenséggel és szuicid készlettel kapcsolatba hozható BDI itemek bármely tünet esetén összefüggést? Szintén Mann-Whitney próbával ellenőriztük feltevésünket. Két tünetet azonosítottunk, amelyek szignifikáns vagy közel szignifikáns eredményt mutatnak. Mindkét esetben a 2-es, azaz a jövővel kapcsolatban kifejezett reménytelenség esetén jelzett a mérőeszköz. A rendszertelen menstruációval rendelkező PCOS-es vizsgálati személyek közel szignifikáns ($U=446, p=0,057$) módon gyakrabban számoltak be reménytelenségükről, mint a tünetmentes társaik. A kontrollálhatatlan étvágy esetén szignifikánsan reménytelenebbnek látják a jövőt, mint akik nem rendelkeznek ezzel a tünettel ($U=403, p=0,013$).

3.7 Az elővizsgálat eredményeinek megvitatása

Az alábbiakban az elővizsgálat eredményeinek előzetes elvárásaink mentén történő megvitatására kerítünk sort.

A PCOS csoport és az egészséges nőkből álló csoport tagjai esetén azt vártuk, hogy a Brit Pszichoszomatikus Szülészeti- Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság által kínált pszichológiai mutatókban statisztikailag kimutatható különbséget azonosítunk (**1. hipotézis**). Amint az eredményekből láthattuk a PCOS csoport a depresszió szempontjából a feltevésünknek megfelelően különbözik a kontroll csoporttól, köreikben kifejezett a depresszió. A nemzetközi prevalenciavizsgálatok eredményeivel összhangban vannak az adataink, a mintánkban a PCOS-es nők 41,76%-a számolt be klinikai szintű depresszióról. Kerchner és munkatársai (2009) már idézett tanulmányához áll legközelebb az eredményünk, akik 40%-os prevalenciát azonosítottak. A depresszió súlyossága szempontjából szintén kedvezőtlen a betegcsoport helyzete, ugyanis a meglehetősen magas gyakoriság mellett súlyossága is jelentős. A depressziós PCOS-es vizsgálati személyek 24,63%-a középsúlyos vagy súlyos depresszióban szenved. Mindemellett a szuicid veszélyeztetettségre utal, hogy a

betegcsoport közel fele számol be a reménytelenség bizonyos fokáról, mi több a 21,6% legalább az öngyilkossággal kapcsolatos fantáziáig eljutott. Az eredmények azért különösen aggasztóak, mert a depresszió és reménytelenség együttes előfordulása rizikófaktor a szuicidum szempontjából. Az előzetes elvárásaink között szerepelt és be is igazolódott az, hogy a PCOS csoport szorongási mutatói kifejezettebbek, mint a kontroll csoporté. Mindemellett a magyar női normatív szorongási mutatókkal (Sipos és mtsai, 1988) is összevetettük az eredményeinket és a PCOS-es nők közel fele (44,64%-a) átlag feletti szorongásról számolt be, estenként extrém magas pontszámokkal. A PCOS csoport állapotszorongásának magas szintje azért kedvezőtlen, mert a szakirodalmi áttekintésben felvázolt szomatikus következményeket vonhatja maga után. Olyan folyamatokra lehet negatív hatással, amelyekben a PCOS-es nők a betegségükből kifolyólag is érintettek, beleértve a nőgyógyászati folyamatokat (a menstruációs ciklus, a teherbeesés valószínűségének csökkenése, illetve a bekövetkezett terhesség veszélyeztetése) (Ágoston, 2006) és a kardiovaszkuláris megbetegedés rizikóját (Dokras és mtsai, 2011). Kutatásunkban az, hogy a PCOS rizikófaktor az evészavarokra nézve, szintén bizonyítást nyert. Összegezve az eredményeket, az 1. hipotézisünk tehát beigazolódott, a vizsgálatunk első kutatási kérdésének eredményei a nemzetközi kutatási eredményekkel összhangban állnak.

Az a célkitűzésünk, amely a betegcsoporton belüli magas rizikójú alcsoport detektálására irányult, részben valósult meg, a **2. hipotézis** tehát részben igazolódott. A depresszió és szorongás jelenléte és súlyossága szempontjából valóban kiemelkedik a súlyos fenotípus az enyhébb típusok közül. Ez azért különösen fontos információ, mert ahogyan arra a szakirodalmi háttérben már kitértünk, a PCOS betegcsoport jelentős része ebbe a fenotípusba tartozik. Lakatos és munkatársai szerint 61% (Lakatos és mtsai, 2009), míg Guastella és munkatársai (2010) mérése nyomán 53,9%. Jelen vizsgálat hasonlóan a többi kutatáshoz 59,4%-os gyakoriságot azonosított. A súlyos fenotípus teszi ki tehát a depressziós és szorongó PCOS-esek jelentős részét. Ez az eredmény rámutat arra, hogy a PCOS markerekkel rendelkező betegek pszichológiai szűrése különösen indokolt a klinikai gyakorlatban.

Azt vártuk, hogy a depresszió, a betegcsoporton belüli magas prevalenciája, illetve a gyakori komorbid tünetek miatt megbízható előrejelzőnek bizonyul a pszichológiai jóllét mutatóira vonatkozóan (**3. hipotézis**). A szorongás szempontjából arról tudunk beszámolni, hogy a depresszió és a szorongás között markáns kapcsolat mutatható ki, tehát ahogyan a depresszió súlyossága változik, ezzel arányosan változik a szorongás szintje is. Az evészavartünetek szempontjából szintén megbízható előrejelzőnek bizonyul. Amennyiben a

PCOS-es beteg eléri a közép súlyos depresszió szintjét, statisztikailag kimutatható módon magasabb az evészavartünetek száma is. A szorongás magas szintje szintén figyelemfelkeltő lehet, ekkor már észlelhető az evészavarra utaló jelek megjelenése. A fentiek alapján a harmadik hipotézisünk igazolódott. A második és harmadik hipotézisek eredményeinek összekapcsolása hasznos lehet a gyakorlatban. A Beck Depresszió Kérdőívvel megállapítható a depresszió súlyossága. Azokkal a betegekkel, akik kifejezett PCOS tünetekkel rendelkeznek, különösen indokolt a depresszió vizsgálata. A depresszió szintjétől függően a szorongás szintje is bejósolható. Továbbá, közép súlyos depresszió esetén, a hármas alapkezelést akadályozó evészavartünetekkel is számolni kell.

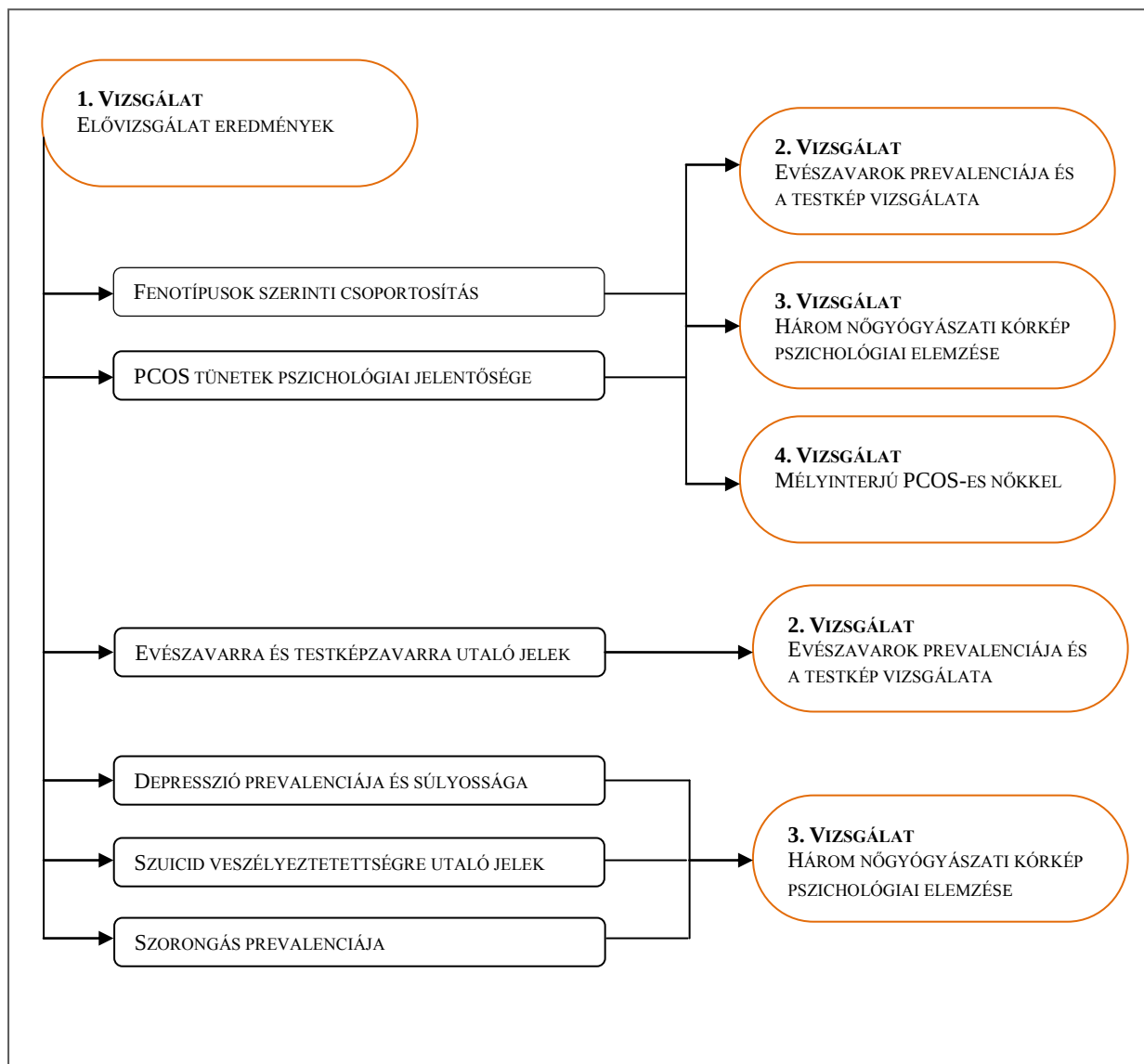
A negyedik hipotézisünk első része (**4.1 hipotézis**) a hyperandrogenismus és a testi elégedetlenség összefüggéseire vonatkozott. Azt vártuk, hogy aki rendelkezik a hyperandrogenismus valamely tünetével, a testtel való elégedetlenség magasabb fokáról számol be. Az eredmények az acne és a hirsutismus kapcsán alátámasztották a feltételezésünket, azonban az androgén alopecia nem hozta az elvárt hatást annak ellenére, hogy a hipotézisünket Cash és munkatársai munkájára alapoztuk (Cash és mtsai, 1993). Úgy véljük, hogy ennek hátterében az állhat, hogy a természetes hajváltás az ember életében természetes folyamat, ezért nagyobb az egyéni tolerancia. Ezzel szemben az acne és a hirsutismus megjelenése a belső folyamatok zavarára utal. Összességében a 4.1 hipotézisünk tehát beigazolódott, a hyperandrogenismus az életminőséget oly módon befolyásolja, hogy a testtel való elégedetlenség magasabb fokával jár együtt.

A **4.2 hipotézis**ünkben azt vártuk, hogy a saját test feletti kontroll hiányát az étkezésen keresztül megtapasztaló vizsgálati személyek magasabb fokú depresszióról és szorongásról számolnak be. A hipotézisünk beigazolódott, továbbá ki is egészült azzal az információval, hogy az evészavartünetek is gyakoribbak köreikben. Konkrétan az interoceptív tudatosság hiányában (**4.4 hipotézis**), a karcsúság iránti késztetésben és a testi elégedetlenségben nyilvánult meg. Mindezek hátterének több magyarázata lehetséges. Egyfelől, a belső érzékelések (éhség és jóllakottság) bizonytalansága során a betegek a belső folyamataikon való kontroll hiányát élhetik meg, amely önmagában lehet a szorongás egyik forrása, valamint a tehetetlenség miatti depresszióé is. Mindez túlsúlyhoz vezetve a karcsúság iránti késztetés és testi elégedetlenség forrása lehet, amely tovább gerjesztheti a folyamatot, például a szociális visszahúzódnak irányába, amint arra már Haraszi (1997) nyomán kitértünk. A fentiekből kiderül, hogy a 4.4 hipotézisünk is beigazolódott.

A **4.3 hipotézis**ünk szintén beigazolódott. A kapcsolatokról való idegenkedés, illetve a kapcsolatteremtési zavar, amelyet az interperszonális bizalmatlanság skála mér, valóban

azokat a PCOS-es nőket érinti, akik a hyperandrogenismus tünetével rendelkeznek, konkrétan a hirsutismussal és az androgen alopeciával. Az eredmények háttérében az állhat, hogy azok a nők, akik a férfi másodlagos nemi jelleg tüneteit mutatják (hirsutismus, androgen alopecia), inkább hajlanak a visszahúzódásra, mint az acnéval élők. Az acne ugyanis annak ellenére, hogy amint láttuk befolyásolja a testtel való elégedettséget, mindkét nemre jellemző bőrgyógyászati kórkép.

Az alábbiakban az elővizsgálatunk egyik fő célkitűzésére szeretnénk reflektálni. Az 15. összefoglaló ábrában vizuálisan megjelenítettük az elővizsgálat eredményei alapján körvonalazódó kutatási irányokat. Egyfelől a fenotípusok szerinti csoportosítás bevezetése valóban célszerű a PCOS-es nők kutatásai során. A további vizsgálatainkban céljaink között szerepelt a PCOS alcsoportok további pszichológiai változók mentén történő elemzése. A PCOS tüneti mentén történő pszichológiai vizsgálatának relevanciája szintén beigazolódott, ezért a 2., 3. és 4. vizsgálatban is sort kerítünk rá. Az evészavarra és testképzavarra utaló jelek gyakorisága, valamint a terápia kimenetelére gyakorolt hatása miatt ezen témakör vizsgálatának külön kutatást szenteltünk (2. vizsgálat). Az elővizsgálat szuicid veszélyeztetettség mutatóinak jelzése miatt egy, a kutatásokban használt és bevált mérőeszközzel kívántuk mélyebben elemezni ezt a témakört a 3. vizsgálatunkban. Végül a szorongás és depresszió gyakoriságát más nőgyógyászati kórképekkel is össze kívántuk hasonlítani, amely célkitűzést szintén a 3. vizsgálatunkban folytattunk le.



15. ábra Az elővizsgálat fő eredményeinek és az eredményekre épített további kutatások összefoglaló ábrája

Az elővizsgálatunk tehát a PCOS-es nőket rizikócsoporthként azonosította a depresszió, szorongás és evészavar szempontjából. A kutatás rávilágított, hogy a PCOS-es nők terápiája során a személyre szabott kezelés kulcsfontosságú. A klinikai tünetek alapján ugyanis jelentős különbségek lehetnek ugyanazon betegcsoport tagjai között a mentális jóllét, nevezetesen a depresszió és szorongás szempontjából. A súlyos fenotípus kiemelten rizikófaktor. A depresszió szűrése indokolt a betegek körében, hiszen segítségével bejósolhatók egyes gyakori komorbid kórképek (szorongás, evészavar). Az intervenciós programban úgy véljük, hogy különös hangsúlyt kell fektetni a kontroll kérdésének, melynek elvesztését a PCOS-es nők több fronton megtapasztalhatják. Ilyenek például a belső folyamatok: menstruáció, hormonális miliő kiegyensúlyozatlansága, éhség és jóllakottság érzékelésének hiánya és a külső megjelenés: testsúly és alkat, hirsutismus, acné, androgen alopecia.

MÁSODIK VIZSGÁLAT

4. AZ EVÉSZAVAROK PREVALENCIÁJÁNAK VIZSGÁLATA ÉS A TESTKÉPZAVAR MEGJELENÉSÉNEK FELMÉRÉSE A PCOS-ES NŐK KÖZÖTT

4.1 Célkitűzés

A témával kapcsolatos szakirodalom áttekintése alapján második kutatásunk két fő célkitűzés köré szerveződött.

Egyfelől az elővizsgálatunk eredményei alátámasztották, hogy a PCOS-sel élő nők rizikócsoportot jelentenek az evészavarok szempontjából. A PCOS markerei, beleértve a HA tüneteket, a kontrollálhatatlan étvágyat, a hormonális problémát, a centrális hízást vagy a PCO morfológiát, számos, az evészavarra jellemző kognitív, emocionális és viselkedési tényezővel mutatott statisztikailag igazolható kapcsolatot. Ebből a megfontolásból második vizsgálatunkban górcső alá vettük a PCOS-esek saját testükkel kapcsolatos attitűdjét, az önértékelését, valamint megvizsgáltuk, hogy mennyire jellemző a kóros étkezési attitűdök jelenléte, valamint az evészavar viselkedési jellemzőit is mértük. Mindezt egy egészséges kontroll csoport és egy HA tünetekkel jellemezhető csoport viszonylatában kiviteleztek. A HA csoporttal való összehasonlítás során arra voltunk kíváncsiak, hogy vajon a teljes PCOS kórkép kifejlődésétől függetlenül a HA önmagában tud-e testi attitűdbeli eltérést okozni? Ez a kérdés egy másik célkitűzésünkhöz is kapcsolódik. Célunk volt ugyanis képet kapni arról, hogy a HA tünetek mennyiben befolyásolják a testképet és az evészavar tüneteket, ugyanis a szakirodalom ellentmondásos adatokat közöl ebben a témában.

Tudván azt a szakirodalom alapján, hogy a hármas komplex alapkezelés életvitelszerű folytatása egyes PCOS markerek mérséklődéséhez vezet, arra kerestük a választ, hogy vajon a hármas kezeléssel élők számára ez az életvitel protektív tényező-e az evészavarok kialakulása, a negatív önértékelés vagy a kedvezőtlen testkép szempontjából?

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a megjelenést károsan befolyásoló markerek manifesztálódnak-e az evészavar egyes mutatóiban, beleértve a testtel való elégedetlenséget?

Fontos célkitűzésünk volt a PCOS szűrővizsgálati diagnózisához szükséges mérőeszközök színvonalának fejlesztése és egyben a PCOS tünetekkel kapcsolatos változóink operacionalizálásának objektivizálása. Ezért az egyes PCOS tüneteket a hozzájuk kapcsolódó szakterület által alkalmazott mérőeszkővel vizsgáltuk.

Az elővizsgálatunk fenotípusokkal kapcsolatos eredményeinek tesztelése is célkitűzéseink között szerepelt. Arra kerestük a választ, hogy vajon a PCOS fenotípusok az objektív mérőeszközök alkalmazásával vajon szintén ugyanazt az eredményt adják-e?

A vizsgálatunk másik fő célkitűzése a PCOS betegcsoporton belül a klinikai szintű evészavarok, és a szubklinikai evészavarok előfordulási gyakoriságának leírása volt. A nemzetközi kutatásokat tanulmányozva, tudomásunk szerint még nem került sor a szubklinikai evészavarok felmérésére a PCOS-es nők között. Továbbá hazánkban még nem született olyan vizsgálat, amely a betegcsoport klinikai és szubklinikai szintű evészavarának felmérésével foglalkozott volna. Annak ellenére, hogy kutatások homlokteréből kikerült, a PCOS-es nők terápiás sikerének egyik sarokköve. További célunk az eredmények egészséges kontroll csoporttal és a kutatás során formálódott csak HA tünetekkel rendelkező csoporttal való összehasonlítása volt. A prevalenciavizsgálat, amelyet mi is végeztünk, az epidemiológiai vizsgálatok egyik típusát képezi. A prevalencia az összes esetek számarányát adja meg egy adott csoportban, egy bizonyos időpontban. Az epidemiológiai vizsgálatok fontos célja, hogy azonosítsák a kockázati és protektív faktorokat, illetve, hogy tudományos alapot biztosítsanak az adekvát kezelés megtervezésére. Ezért kutatásunk második fele egy leíró vizsgálatot mutat be.

4.2 Hipotézisek

H1: Azt feltételezzük, hogy a PCOS csoport a 2.2.1 alfejezetben tárgyalt okok miatt szignifikánsan alacsonyabb fokú önértékelésről, negatívabb testképről és magasabb fokú kóros étkezési attitűdről számol be, mint az egészséges kontroll csoport.

H2: Azt feltételezzük, hogy a PCOS csoport és a HA csoport a hyperandrogenismusnak tulajdonítható mutatókban nem mutat különbséget egymás között, ugyanis mindkét csoportban jelen van a tünet. Az elővizsgálatunk eredményei alapján azt várjuk, hogy a szignifikánsan negatívabb testi attitűd várható a PCOS és HA csoportban, mint az egészséges kontroll csoportban, ugyanakkor a PCOS és HA csoport között nem mutatható ki szignifikáns különbség. Továbbá azt várjuk, hogy a kóros evési attitűdökben a PCOS és HA csoport között különbség lesz.

H3: Elvárásunk szerint, a PCOS csoport szignifikánsan alacsonyabb fokú önértékelésről számol be, mint a HA csoport. Ezt a feltételezésünket arra a kvalitatív tanulmányra alapozzuk, amelyben a meddőséggel magyarázták a betegek azt, hogy női minőségükben nem tudnak kiteljesedni (Kitzinger & Willmott, 2002). A HA tüneteken túl ugyanis a PCOS-es nőknek más tünetekkel is meg kell küzdeni beleértve a meddőséget és a menstruációs rendellenességet.

H4: A hármas kezelés életvitelszerű folytatásától azt várjuk, hogy pozitív hatással lesz az önértékelésre, a testképre és csökkenti a kóros étkezési attitűdök megjelenését. Hipotézisünket arra alapozzuk, hogy a rendszeres testmozgás önmagában olyan kognitív változásokat generál, amelyek által az önészlelés pozitívabbá válik, az önértékelés javul és az öndestruktív gondolatok is redukálódnak (Hevesi & Urbán, 2012). Mindezek mindhárom vizsgált pszichológiai változóban szignifikáns különbséget eredményezhetnek. A PCOS diéta betartása hozzásegítheti a betegeket ahhoz, hogy a kontrollálhatatlan étvágyukat az egyenletes szénhidrátbevitel miatt keretek között tartsák. Az önmenedzselés énhatékonyság érzés növekedéséhez, ezáltal az önértékelés növekedéséhez vezethet. Az elővizsgálatban ugyanis láthattuk, hogy a kontrollálhatatlan étvágy a pszichológiai jóllét csökkenéséhez, így evészavartünetekhez vezet. Továbbá, korábbi vizsgálatunkban kimutattuk, hogy a gyógyszeres kezelés szignifikánsan alacsonyabb fokú szorongással járt együtt (Hevesi & Urbán, 2012). Azt várjuk tehát, hogy azok a PCOS-es nők, akik a hármas kezelést betartják, szignifikánsan magasabb önértékelésről, pozitívabb testképről és kevesebb kóros étkezési attitűdről számolnak be, mint akik nem folytatják életvitelszerűen a hármas alapkezelést. .

H5: Feltételezzük, hogy azok a PCOS-es nők, akik bizonyos tünetekkel rendelkeznek, a pszichológiai jóllét meghatározott mutatóinak szignifikánsan alacsonyabb fokát mutatják, mint azok a PCOS-es nők, akik nem rendelkeznek az adott tünettel

H5.1: Elvárásaink szerint a testsúllyal és testalkattal kapcsolatos tünetekkel rendelkező PCOS-es vizsgálati személyek valamennyi pszichológiai változóban szignifikánsan rosszabb mutatókat produkálnak, mint a tünettel nem rendelkezők. Garner modelljére alapozzuk ezt a hipotézisünket, aki rámutat, hogy az evészavar egyik jelentős prediszponáló és precipitáló faktora az elhízás, vagy az egyén által a percipált kövérség (Garner, 1993). Czeglédi és munkatársai hazai női mintán meg is erősítette ezt a feltevést (Czeglédi és mtsai, 2009). Továbbá Singh (1993) a DCSA kapcsán kiemeli, hogy az alacsony arány kultúrától függetlenül preferált.

H5.2: A HA tünettel rendelkező vizsgálati személyek önértékelése és saját testtel való elégedettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint akik nem rendelkeznek a tünetekkel. A hirsutismus továbbá diszkomfort érzéssel társul, ezért azt várjuk, hogy a saját test ismeretének hiánya alskálában szignifikánsan magasabb értékeket érnek el.

H6: Elvárásaink szerint a PCOS fenotípusok nem differenciálnak a vizsgált pszichológiai változóban. A súlyos fenotípus és az enyhe fenotípusok között nem várunk szignifikáns különbséget. Elvárásainkat az elővizsgálatunk eredményére alapozzuk, miszerint a legtöbb PCOS tünettel rendelkező súlyos fenotípus evészavar tünetei nem kiugróan magasak.

4.3 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere

Kérdőíves keresztmetszeti vizsgálatot végeztük. Az epidemiológiai vizsgálatok szempontjából az egylépcsős vizsgálatok közé tartozik a kutatásunk. Két vizsgálati csoport kialakítását terveztük, a PCOS csoportot (PCOS csoport) és az egészséges kontroll csoportot (kontroll csoport). A mintából való kizárások során azonban a csak HA tünetekkel rendelkező vizsgálati személyekből alakítottuk ki az úgynevezett Hyperandrogén csoportot (HA csoport). A PCOS csoport kialakításához szakértői mintaválasztást alkalmaztunk. A vizsgálati személyek elérése a PCOS Szívügy Alapítványon, az alapítvány honlapján, a Mens Mentis Egészségcentrumon, illetve releváns online fórumokon keresztül történt. A kontroll csoport esetén hozzáférés alapú mintaválasztást alkalmaztunk. A vizsgálati személyek a Nyíregyházi Főiskola (jelenleg Nyíregyházi Egyetem) hallgatónői közül kerültek ki. Az adatok felvételére 2012. 02. 22. és 2012. 12. 26. közötti időintervallumban kerítettünk sort.

A vizsgálat során kétféle tesztbattériát használtunk, a PCOS kérdőívesomagot és a Kontroll kérdőívesomagot, amelyek mindössze a vizsgálati személyek megszólításában különböztek. Egy tesztbattéria négy kérdéscsoportból épült fel. Az első kérdéscsoport a demográfiai és antropometriai adatokra kérdezett rá. A második a PCOS tüneteit felmérő diagnosztikus eszközöket tartalmazta. A harmadik a jellemző életvitelre fókuszált, a negyedik kérdéscsoportot az evészavar szűrővizsgálati diagnosztizálásához szükséges mérőeszközök, illetve a testkép vizsgálatának mérőeszközei alkották. Az alábbi alfejezetekben a PCOS és az evészavar szűrővizsgálati diagnózisához szükséges, illetve a testkép mérésére alkalmas mérőeszközöket mutatjuk be.

4.4 A vizsgálati csoportokba sorolás alapját képező diagnosztikus eszközök bemutatása (Mohácsi, Almássy, Szemán-Nagy alapján⁴)

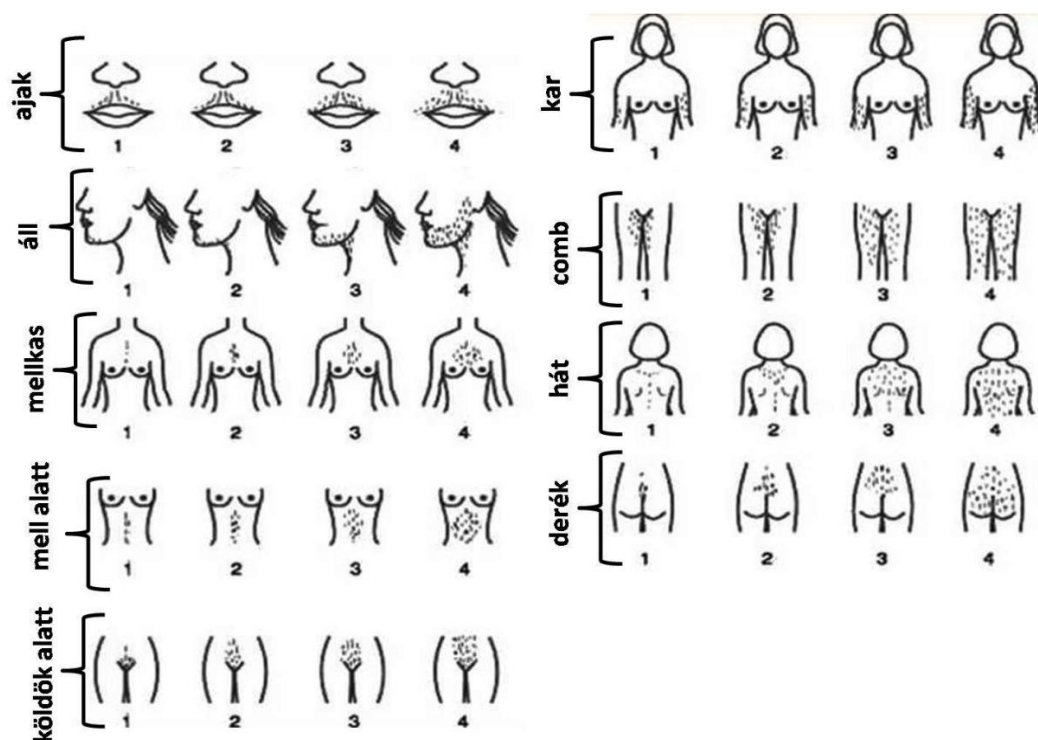
A PCOS szűrővizsgálati diagnózisának megalkotása és a vizsgálati csoportokba való besorolás a rotterdami kritériumrendszer alapján történt. A változók operacionalizálása során a PCOS kutatásokban alkalmazott mérőeszközöket választottuk ki (Bhattacharya & Jha, 2010; Petrányi & Zaoura-Petrányi, 2011).

4.4.1 A vérzési rendellenességekre vonatkozó adatok: Kérdéseket tettünk fel a menstruáció meglétére és rendszerességére vonatkozóan.

4.4.2 A hyperandrogenismus mérőeszközei:

1. Hirsutismus: a hirsutismus megítélésére a Ferriman-Gallwey Score standardizált mérőeszközt alkalmaztuk. A mérőeszköz kidolgozása Ferriman és Gallwey nevéhez fűződik (Ferriman & Gallwey, 1961), amelyet sikerrel alkalmaznak a szőrösödés mértékének objektív regisztrálására (Cook és mtsai, 2011). A vizsgálati személyek különböző mértékben szőrös női testrészek ábráját látják és kilenc testtájon értékelik a saját szőrösség mértékét (0=szőrtelen és 4=durva szőrösség végpontok között). Az összpontszám 8 feletti értéke hirsutismust jelent. A mérőeszközt oly módon dolgoztuk át, hogy megneveztük az egyes testtájakat a vizsgálati személyek könnyebb eligazodása érdekében. Az általunk átdolgozott mérőeszközt az 16. ábra szemlélteti.

⁴ A mérőeszköz bemutatásában az alábbi folyóiratcikkünk egyes részeire támaszkodtunk: Mohácsi B., Almássy Zs., Szemán-Nagy A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichológiai megközelítése. Módszertani ajánlások és a fenotipikus csoportalkotás bevezetése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3), 493–506.

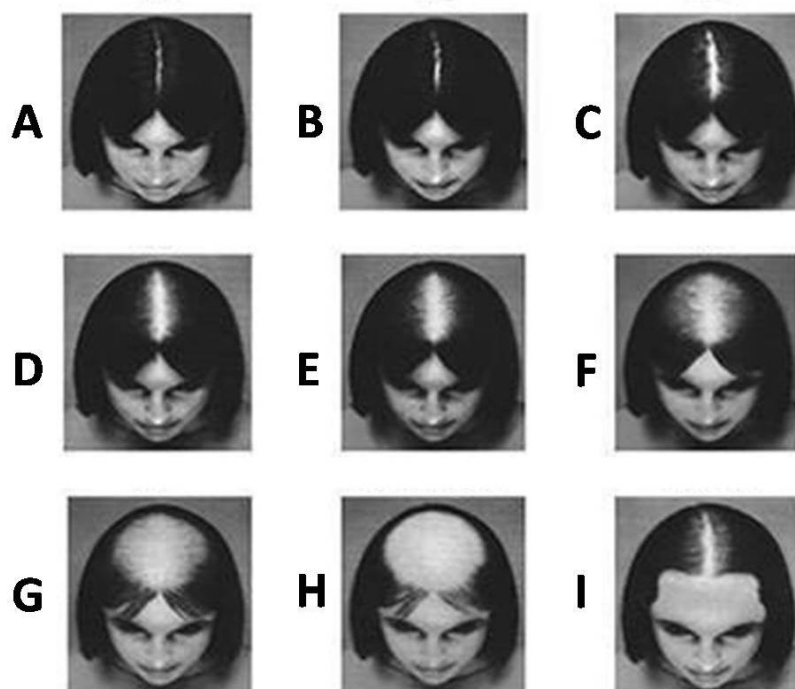


16. ábra. Ferriman–Gallwey hirsutismust mérő skála (Cook és mtsai., 2011)

2. Acanthosis nigricans: megkérdeztük a vizsgálati személyt, hogy észleli-e magán a jellegzetes tünetet.

3. Acne: az acne vulgaris jelenlétére és súlyosságára a Global Acne Grading Score (GAGS) szemikvantitatív mérőeszközt alkalmaztuk. A GAGS az acne megítélésének egyik legelfogadottabb mérőeszköze a bőrgyógyászatban (Adityan és mtsai, 2009). A GAGS hat testtájon méri a bőrproblémát egy 5 fokozatú skála segítségével (0=nincs bőrprobléma és 4=cisztás). A kapott pontszámokat testtájtól függően kell súlyozni. A testtájanként kalkulált súlyozott pontszámok összege adja a lokális pontszámokat, a lokális pontszámok összege pedig a globális pontszámot. A globális pontszám az acne súlyosságának mutatója: 1-18 (enyhe acne), 19-30 (középsúlyos acne), 31-38 (súlyos acne), > 38 (nagyon súlyos acne).

4. Androgen alopecia: a hajhullás mértékének megállapítására a Savin Scale alkalmazása mellett döntöttünk, ugyanis ez a bőrgyógyászatban alkalmazott egyik legmegbízhatóbb mérőeszköz (Dinh & Sinclair, 2007). A mérőeszközt az 17. ábra szemlélteti. A hajhullás kilenc fokozatát mutatja be vizuálisan. A vizsgálati személynek ki kell választani azt az előrehaladottsági állapotot, amely a sajátjának megfelel.



17. ábra. Savin-féle hajhullást diagnosztizáló skála (Dinh & Sinclair, 2007)

4.4.3 *Policisztás ováriumok:* A vizsgálati személyeknek kérdést tettünk fel arra vonatkozóan, hogy transvaginalis ultrahangvizsgálaton találtak-e cisztákat a petefészkekben.

4.5 Az evészavarok szűrővizsgálati diagnózisához szükséges és a testkép mérésére alkalmas mérőeszközök bemutatása

Az AN, BN, illetve a szubklinikai formák szűrővizsgálati diagnózisának pontértékeit a 4.8 fejezet 17. számú ábrában ismertetjük. A határértékeket a DSM IV. (1995) diagnosztikai kritériumait figyelembe véve határoztuk meg.

4.5.1 *Antropometriai adatok.* Rákérdeztünk a testtömegre (kg) és a testmagasságra (cm) a BMI kiszámítása céljából, továbbá a derékbőrségre (cm) és csípőbőrségre (cm) a DCSA kiszámítása miatt. A BMI-t abban az esetben soroltuk a túlsúlyos/elhízott kategóriába, amennyiben a WHO (The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI) által túlsúlyosnak/elhízottnak meghatározott testtömegindexszel rendelkezett a vizsgálati személy ($BMI_{\text{túlsúlyos/elhízott}} \geq 25$). A DCSA akkor mutat centrális elhízást, amikor a mutató nagyobb, mint 0,8. Ekkor centrális/android vagy más néven férfias

típusú testalkatról beszélünk (Petrányi, 2005). A fentieken túl az aktuális testsúly előtörténetére is rákérdeztünk és az úgynevezett testsúlyingadozás (TS ingadozás) mutatóját kiszámoltuk a legalacsonyabb és legmagasabb felnőttkori testtömeg különbségéből. A testsúlydiszkrepancia (TS diszkrepancia) mutatóját a jelenlegi testtömeg és az ideálisnak tartott testtömeg különbségéből kalkuláltuk.

4.5.2 Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, EAT). (4. melléklet) Az EAT kidolgozása Garner és Garfinkel nevéhez fűződik (Garner & Garfinkel, 1979). A hazai változata Túry és munkatársai nyomán jelent meg (Túry és mtsai, 1990). Likert típusú önpontozó kérdőív (0=soha és 5=mindig végpontok között), amely többszörös választáson alapul. Létezik egy 40 tételes és egy 26 tételes rövidített változata is. Vizsgálatunkban a 26 tételes rövidített változatát alkalmaztuk (Garner és mtsai, 1982). A vizsgálati eszköz olyan kóros étkezési attitűdök kimutatására alkalmas, amelyek hajlamosítják az egyént az AN-re, illetve a BN-re, azonban a két kórkép között nem differenciál (Túry, 2000). A magasabb érték patológiás evési attitűdre utal. A kérdőívnek három alskálája van: diétázás alskála, amely a súlykontrolláló viselkedést és az elhízástól való félelmet vizsgálja; az orális kontroll alskála, amely az egyén súlykontrollálással kapcsolatos kontrollját méri és a bulimia alskála, amely a táplálkozással való túlzott foglalkozást és a bulimiára való hajlamot vizsgálja.

4.5.3 Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behaviour Severity Scale, EBSS) (5. melléklet) (Túry, 2000)

Az ESS olyan önpontozó tünetleltár, amely az AN és BN tüneteire, valamint azok gyakoriságára kérdez rá (Yager és mtsai, 1987). Hétfokú skálán méri a falásrohamokat és a súlycsökkentő viselkedéseket (0=soha; 6=naponta többször végpontok között).

4.5.4 Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H). (6. melléklet) A Rosenberg Önértékelés Skála az egészségpszichológiai, pozitív pszichológiai és személyiségpszichológiai kutatásokban széleskörűen alkalmazott mérőeszköz az önértékelés konstruktumának mérésére. Kidolgozása Rosenberg nevéhez fűződik, magyar mintán való validálása Sallay és munkatársai nevéhez köthető (Sallay és mtsai, 2014). Az önbeszámolón alapuló mérőeszközt a globális önbecsülés mérésére fejlesztették ki. A kérdőív faktorszerkezete máig a vizsgálatok fókuszában áll, amelyet a nemrégiben magyar mintán végzett vizsgálatok magas száma is alátámaszt. Sallayék munkájukban kiemelik, hogy a társas kíváncsisággal nem mutatott kapcsolatot, tehát kevésbé torzít az én pozitív bemutatásának irányába, továbbá az élettel való elégedettség előrejelzőjének bizonyult (Sallay és mtsai., 2014).

4.5.5 Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitude Test, BAT). (7. melléklet) A Testi Attitűdök Tesztje hazánkban is széles körben alkalmazott mérőeszköz, melynek kidolgozása Probst, Vandereycken és munkatársai nevéhez fűződik (1995). A mérőeszköz magyar nyelvre való adaptációját Túry és Szabó végezte el (Túry és Szabó, 2000). A kérdőív hazai pszichometriai vizsgálatait Czeglédi és munkatársai (2010) végezte. A mérőeszköz megbízhatóságának mutatói hazai mintán kiválóan bizonyultak. A BAT-ot a saját testtel kapcsolatos attitűd és a szubjektív testélmény mérésére fejlesztették ki. A teszt erőssége amellett, hogy pszichometriai szempontból jól bemért kérdőív, hogy képes különbséget tenni az evészavarban szenvedő és nem szenvedő személyek között, illetve képes differenciálni az evészavar egyes típusai között. Húsz tételből áll, melyeket Likert-típusú skálán kell pontozni a kitöltőnek (0=soha; 5=mindig végpontok között). A maximálisan elérhető pontszám 100, minél magasabb a pontszám, annál kedvezőtlenebb a testélmény. A 36 pontnál magasabb érték már kóros testi attitűdöket jelez. A kérdőív négy faktort tartalmaz. Az első a testméret negatív értékelése, amely azt fejezi ki, hogy a személy mennyire érzi nagynak egyes testrészeit és mennyire tartja kővének magát. A saját test ismeretének hiányos volta faktor a testtel kapcsolatos szorongást és distressz élményét méri. A harmadik faktor, amely a testtel való általános elégedetlenség elnevezést kapta, a külső megjelenéssel való általános elégedettséget méri. A negyedik, vagy „maradék” faktor mindössze két tételt tartalmaz és a külső megjelenés fontosságát reprezentálja (Czeglédi és mtsai, 2010).

4.5.6 A kutatásban alkalmazott mérőeszközök megbízhatósága

Az evészavar és testképzavar vizsgálata során alkalmazott kérdőívek pszichometriai mutatóját az 10. táblázat mutatja be. A megbízhatóság megállapítására ismét a Cronbach-alfa mutatót számoltuk ki, amelyet 0,6 és 0,7 között elfogadhatónak, 0,7 fölött jónak ítéltük. A vizsgálatunk során használt skálák csak részben voltak alkalmasak arra, hogy hipotéziseink megválaszolásához felhasználjuk. Ahogyan az a 10. számú táblázatban színessel kiemelve látható, az EAT kérdőív két skálájának (Bulimia alskála és az Orális kontroll alskála) belső konzisztencia mutatója nem érte el a kritériumszintet, ezért a későbbiek során eltekintettünk használatuktól. Az elemzéseink során EAT összpontszámmal dolgoztunk. A többi skála és alskála elfogadható, jó, illetve kiváló belső konzisztenciával rendelkezik.

10. táblázat

A mérőeszközök belső konzisztenciájának összefoglaló táblázata

SKÁLA	ITEMSZÁM	CRONBACH- α
EAT	26	0,87
Diétázás alskála	13	0,89
Bulimia alskála	6	0,57
Orális kontroll alskála	7	0,5
ROS	10	0,9
BAT		
Testméret negatív értékelése	7	0,9
Saját test ismeretének hiánya	7	0,89
Testi elégedetlenség	4	0,77

4.5.7 A jellemző életvitel vizsgálatának eszközei

A tesztbattéria ezen kérdéscsoportjával az volt a célunk, hogy képet kapjunk arról, hogy a PCOS-es nők a hármas alapkezelést mennyire folytatják életvitelszerűen. A hármas alapkezelés mutatóját az alábbi változók mentén kalkuláltuk:

1. Gyógyszeres kezelés alatt áll-e a beteg: A kérdőívben rákérdeztünk a gyógyszer hatóanyagára is, azonban az elemzésbe csupán a gyógyszeres kezelés tényét vontuk be kategorikus változóként (gyógyszeres kezelés alatt áll/ nem áll gyógyszeres kezelés alatt)
2. Rendszeres testmozgás: Palomba és munkatársai (2008) nyomán, azokat a vizsgálati személyeket tekintettük rendszeres testmozgást gyakorlónak, akik legalább heti három alkalommal sportolnak. A vizsgálati személyek számára az alábbi módon definiáltuk, hogy mit értünk rendszeres testmozgás alatt: „Testmozgás alatt a test szándékos edzésével kapcsolatos mozgásformákat értjük, ilyen például a futás, úszás, kerékpározás stb. (A házimunka ilyen értelemben nem tartozik ide) ”.
3. PCOS diéta: Amennyiben heti legalább öt napon át tartja a diétát.

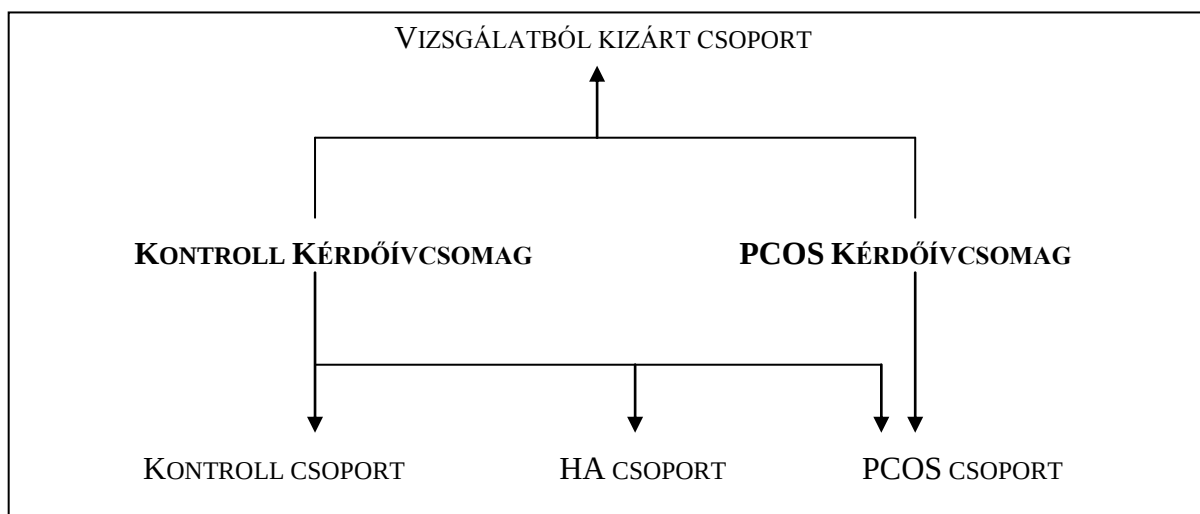
A hármas alapkezelés mutatóját akkor tartottuk igaznak egy vizsgálati személy esetén, ha mindhárom feltétel teljesült.

4.6 Vizsgálati személyek

Az adatok gyűjtése a PCOS csoportban online kérdőíves módszerrel, a kontroll csoport esetén részben online, részben papíralapú formában történt. Az adatgyűjtés online formája mellett az alábbi megfontolásból döntöttünk. A PCOS egyes tünetei szociális izolációhoz vezethetnek (Bőr és Nemikórtan Szakmai Kollégium, 2008), az érintettek gyakran titkolják, nem szívesen vállalják fel a betegségüket, ebből következik, hogy nehezen megközelíthető a vizsgálati csoport (Williams és mtsai, 2015).

Mindemellett Túry az evészavarok epidemiológiai vizsgálatainak tárgyalása során kiemeli a rejtőzködő attitűd megjelenését, amely szintén nem kedvező a válaszadási hajlandóság szempontjából (Túry, 2000). Továbbá, több külföldi tanulmány sikeresen alkalmazta az online kikérdezés módszerét a PCOS-es nők körében (például Benson és mtsai., 2009). A fentieket mérlegelve a PCOS csoportban kizárólag az online felületen történő adatfelvétel mellett döntöttünk, amellyel az anonimitás maximalizálásával a fentiek kiküszöbölésére tettünk kísérletet.

A csoportokba besorolás és az abból való kizárás alapját a rotterdami kritériumrendszer képezte. A reprodukív életkort más kutatással összhangban 18-45 év között határoztuk meg (Azziz és mtsai., 2004). Valamennyi csoportból kizártuk a meghatározott reprodukív életkori kritériumot nem teljesítő vizsgálati személyeket, az egyéb endokrin betegséggel élőket, a várandós nőket, továbbá azokat a személyeket, akik a kérdőívsomag összes itemének legalább 50%-át nem töltötték ki. Az 18. számú ábra a vizsgálati személyek csoportba sorolásának logikai menetét szemlélteti.



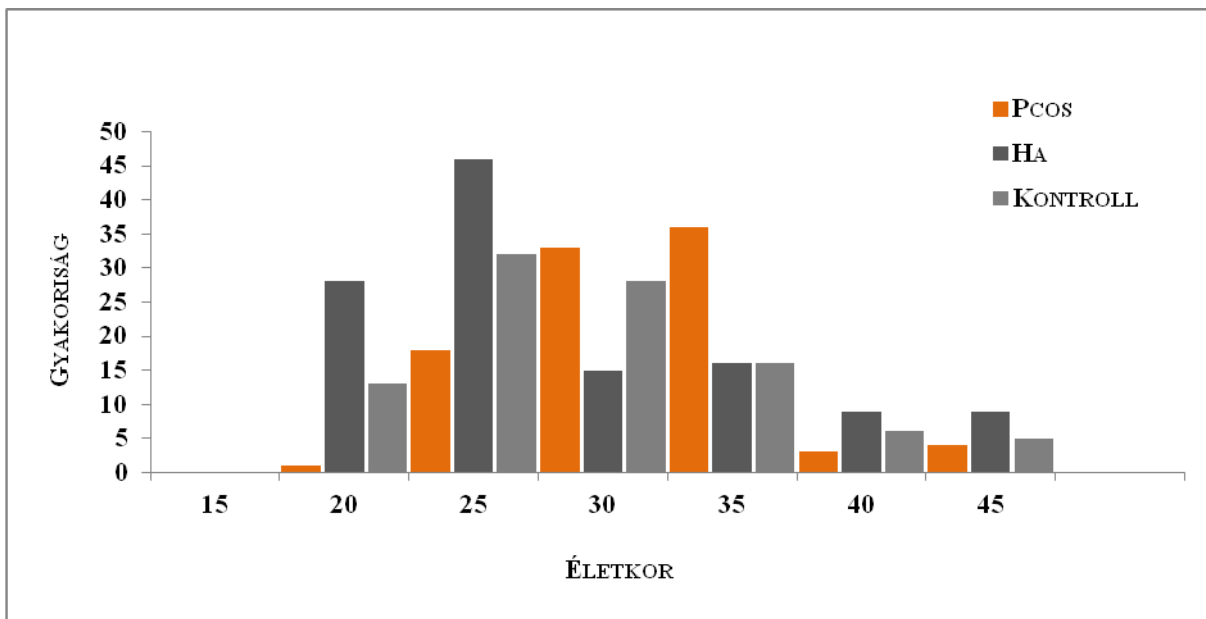
18. ábra. A vizsgálati csoportokba besorolás folyamata

A PCOS csoportot a fenti kritériumokon túl diagnosztizált PCOS-es és/vagy a rotterdami kritériumrendszer feltételeit teljesítő vizsgálati személyek alkották. Ezt a logikát követve a kontroll csoportból kizárt, de a rotterdami kritériumokat teljesítő vizsgálati személyeket bevontuk a PCOS csoportba. A kontroll csoport további kikötése az volt, hogy a PCOS egyetlen tünetét sem hordozza a vizsgálati személy. Ennek alapján kizártuk mindazokat a vizsgálati személyeket, akik a hyperandrogenizmus, a menstruációs rendellenesség, vagy a petefészekciszta bármelyikével rendelkeznek. A HA csoport kritériuma a fentiekén túl az egyéb PCOS tünetek kizárása volt, vagyis csak a hyperandrogenizmus tüneteivel rendelkezhetnek a vizsgálati személyek. A HA csoport tagjai a kontroll csoport azon vizsgálati személyeiből tevődik össze, akiket hyperandrogenizmus miatt kizártunk. A hyperandrogén tünetekkel rendelkező HA csoport kialakítása lehetőséget teremtett arra, hogy a hyperandrogenizmus pszichológiai hatását vizsgáljuk.

4.6.1 A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése

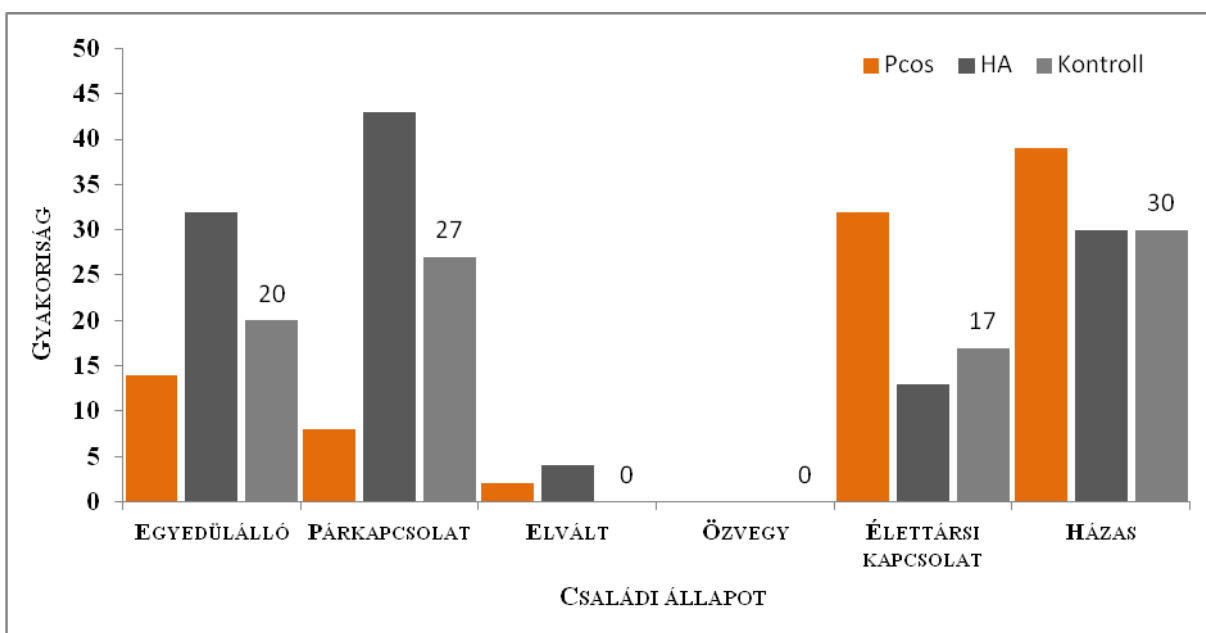
A kontroll csoportot és a HA csoportot úgy terveztük, hogy az életkor és az iskolai végzettség alapján illesztjük a PCOS mintához. Ennek ellenőrzése céljából a nem parametrikus vizsgálatunkat először Kruskal-Wallis próba segítségével végeztük el. Szignifikáns különbséget találtunk a három csoport között az életkor ($X^2=22,176$, $p=0,000$) és az iskolai végzettség ($X^2=17,798$, $p=0,000$) tekintetében. A PCOS csoport átlagéletkora 29,75 év ($SD=4,83$), melynek terjedelme a 18 és 45 év közötti tartományba esett. A HA csoportban az átlagéletkor 26,86 év ($SD=7,55$), ahol a legfiatalabb vizsgálati személy szintén 18 éves, a legidősebb 45 éves volt. A kontroll csoportban 27,54 év volt az átlagos életkor a vizsgálati személyek között ($SD=6,51$), ugyancsak 18-45 közötti életkori terjedelemmel. Mann-Whitney próbával páronkénti vizsgálatot végeztünk, annak kiderítése céljából, hogy vajon hogyan alakulnak az egyes csoportok közötti különbségek. Azt találtuk, hogy rendre a PCOS csoport mutatott szignifikáns különbséget úgy a HA csoporttal [életkor ($U=3813,500$, $p=0,000$); iskolai végzettség ($U=3869$, $p=0,000$)], mint a kontroll csoporttal [életkor ($U=3401,500$, $p=0,001$); iskolai végzettség ($U=3819$, $p=0,014$)]. A HA és kontroll csoport nem mutatott szignifikáns különbséget a vizsgált változók mentén [életkor ($U=5385,500$, $p=0,110$); iskolai végzettség ($U=5341$, $p=0,121$)]. Ennek háttérében az állhat, hogy a HA csoport a kontroll csoportból formálódott. Az életkori és iskolai végzettség szerinti illesztés tekintetében tehát nem jártunk sikerrel. A vizsgálat szempontjából releváns demográfiai adatokat az 19. és 20. ábrán szemléltetjük. Az 19. ábrán látható, hogy HA csoport jelentős része a 20-25 éves korosztályba tartozik, amely tehát a mintaválasztásnak tulajdonítható. A PCOS és kontroll

csoport életkori különbségei mérsékeltebbek, eloszlásuk hasonlább, mint a HA és PCOS csoporté.



19. ábra. Az életkor megoszlása a PCOS, HA és kontroll csoportban

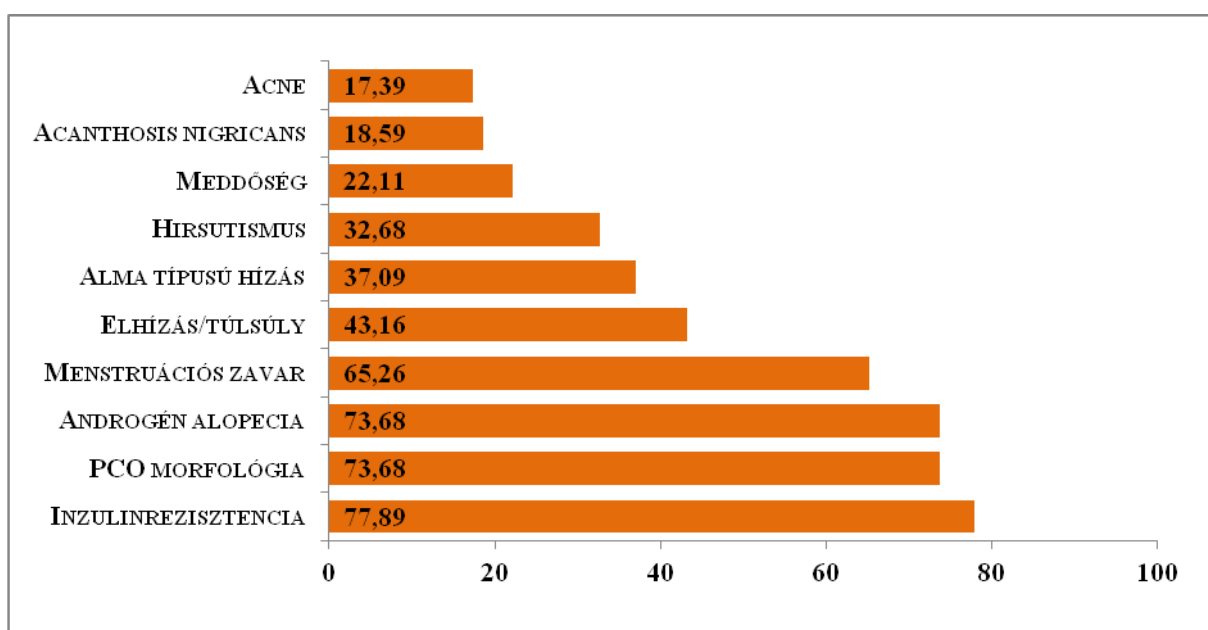
Feltehetően az életkori különbségeknek tulajdonítható a családi állapot közötti diszkrepancia is, amelyet az 20. ábra szemléltet. A PCOS csoport, amely idősebb vizsgálati személyekből áll, túlnyomórészt (74,55%) egy háztartásban élő párkapcsolatban vagy házasságban él. Ezzel szemben a HA csoport csupán 34,83%-a és a kontroll csoport 50%-a él ebben a családi állapotban.



20. ábra. A családi állapot megoszlása a PCOS, HA és kontroll csoportban

4.6.2 A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül

Az 21. ábra a PCOS tüneteinek betegcsoporton belüli eloszlását mutatja be. Eszerint a leggyakoribb HA tünetek az androgén alopecia (73,68%) és a hirsutismus (32,68%). Az acne ebben a mintában az elővizsgálathoz képest meglehetősen alacsony gyakoriságot mutat (17,39% vs. 47,86%). Az alopecia ebben a kutatásban is gyakori (73,68%), szemben a már idézett Petrányi által mért adattal (3%) (Petrányi, 2005). A menstruációs zavar (65,26%), ami elővizsgálatunkhoz hasonló (56,52%). Az elhízás/túlsúly Petrányinál 40%, az előző vizsgálatban 38,25% volt, jelenleg 43,16%. A meddőség jelen tanulmány mintájában is meglehetősen gyakori (22,11%), a Petrányi által regisztrált 7%-hoz viszonyítva.



21. ábra. A PCOS markerek megoszlása a betegcsoporton belül

Az adatok elemzése az SPSS 13.0 statisztikai programcsomaggal történt. Összesen 318 vizsgálati személy töltött ki értékelhető kérdőívet.

A PCOS csoportba 95, a HA csoportba 123, a kontroll csoportba 100 vizsgálati személy került. A vizsgálati személyek alapvető antropometriai jellemzőit az 11. táblázat foglalja össze. A testtömegindex átlaga a teljes mintában 23,49 kg/m² (SD = 5,15). A PCOS csoport szignifikánsan magasabb BMI-ről számolt be, mint a kontroll ($p = 0,000$) és a HA csoport ($p = 0,000$) tagjai. A HA és kontroll csoport között nem volt szignifikáns különbség ($p = 0,303$). Az ideális BMI átlaga mindhárom csoportban a normál BMI tartományba esik. A DCSA átlaga a HA csoportban a legmagasabb, azonban ez a különbség nem szignifikáns csupán tendencia szintű.

11. táblázat

A vizsgálati minta antropometriai jellemzői

Változók	PCOS (n=95)		HA (n=123)		Kontroll (n=100)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Életkor	29,76	4,87	26,95	7,79	27,58	6,63
Testsúly	71,89	18,92	63,38	14,01	61,39	10,89
Ideális testsúly	61,19	8,82	58,70	8,72	57,40	7,31
BMI	26,06	6,42	22,69	4,40	22,05	3,59
Ideális BMI	22,19	2,60	21,01	2,45	20,61	2,15
DCSA	0,81	0,10	0,84	0,15	0,81	0,11

4.7 A második vizsgálat eredményei: a hipotézisek vizsgálata

4.7.1 A PCOS és a kontroll csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. hipotézis)

Az első hipotézisünk vizsgálatára, azaz annak meghatározására, hogy a PCOS csoport az egészséges kontroll csoporttól az egyes evészavartünetek, testkép és önértékelés tekintetében mutat-e szignifikáns eltérést, a Mann-Whitney próbát alkalmaztuk. A p értékeket 0,05 alatt vettük szignifikánsnak.

A PCOS csoport és a kontroll csoport rangátlagai közötti eltéréseket és a szignifikancia szinteket az 12. számú táblázat mutatja be.

12. táblázat

A PCOS és a kontroll csoport összehasonlítása a testkép, önértékelés és a kóros evési attitűdök mentén

	CSOPORTOK	MINTAELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
EAT összpontszáma	PCOS	95	129,36	0,000
	Kontroll	100	68,21	
ROS összpontszáma	PCOS	95	75,72	0,000
	Kontroll	100	119,17	
BAT összpontszáma	PCOS	95	124,13	0,000
	Kontroll	98	70,70	
Testméret negatív értékelése	PCOS	95	122,60	0,000
	Kontroll	100	74,63	
Saját test ismeretének hiánya	PCOS	95	128,72	0,000
	Kontroll	100	68,82	
Testtel való elégedetlenség	PCOS	95	120,79	0,000
	Kontroll	100	76,35	

A táblázatban látható, hogy a PCOS és kontroll csoport között a kérdőívek összpontszámainak és az alskálák pontszámainak eltérése minden esetben magasan szignifikánsnak bizonyult. A kóros étkezési attitűdök esetében ($U=1771$, $p=0,000$), az önértékelés esetében ($U=2633$, $p=0,000$), a saját testtel kapcsolatos attitűd esetén ($U=2078$, $p=0,000$). A BAT valamennyi alskálájában a PCOS csoport mutatott szignifikánsan magasabb pontszámot [$BAT_{\text{testméret negatív értékelése}}(U=2313, p=0,000)$; $BAT_{\text{saját test neg. értékelése}}(U=1832, p=0,000)$; $BAT_{\text{testtel való elégedetlenség}}(U=2585, p=0,000)$]. A rangszámok átlagai mutatják, hogy a PCOS csoport valamennyi esetben magasabb összpontszámot ért el, mint a kontroll csoport.

Az Evészavartünetek Súlyossági Skála által mért viselkedéses mutatók arra engednek következtetni, hogy a PCOS csoportban nemcsak a negatív testkép és a kóros étkezési attitűdök jellemzőek, hanem viselkedésben is megnyilvánul az evészavar rizikó. Ugyanis a falásrohamok gyakorisága [$ESS_{\text{falásroham}}(U=3496, p=0,000)$] és a hashajtók [$ESS_{\text{hashajtók}}(U=4352,5, p=0,025)$] testsúlyszabályozás miatti alkalmazása szignifikánsan gyakoribb a betegcsoportban, mint az egészséges nők körében.

4.7.2 A PCOS és a HA csoport vizsgálata az evészavartünetek és a saját testhez való viszony tekintetében (2. hipotézis)

A PCOS és a HA csoport közös vonása, hogy HA tünetekkel rendelkeznek, ezért úgy véljük, hogy a saját testtel való elégedetlenség mindkét csoportban szignifikánsan magasabb, mint az egészséges kontroll csoportban, ugyanakkor a PCOS és HA csoport között nem mutatható ki szignifikáns különbség. A hipotézisünk tesztelésére Mann-Whitney próbát alkalmaztunk,

azért, hogy a két csoportot összehasonlíthassuk az EAT és a BAT mentén. A PCOS csoport mind a kóros evési attitűdök [$EAT_{összpont}$ ($U=2121,500$), $p=0,000$]], mind negatív szubjektív testélmény [$BAT_{összpont}$ ($U=3070$), $p=0,000$]] tekintetében szignifikánsan magasabb pontszámot ért el, mint a HA csoport.

Látszólag tehát nem teljesült a 2. hipotézisünk. Ugyanakkor, ha a testsúllyal kapcsolatos mutatókat is figyelembe vesszük [$BMI_{elhízott/túlsúlyos}$ ($U=4556$, $p=0,000$), TS diszkrepancia ($U=3783$, $p=0,000$), TS ingadozás ($U=3663$, $p=0,000$)], az látható, hogy a PCOS csoport magasan szignifikánsan különbözik a HA csoporttól, rendre magasabb mutatókat produkálva, mint a HA csoport. Vizsgálatunk további lépésében a testsúly kontrollálására törekedtünk, ezért kialakítottunk egy olyan PCOS-es csoportot, amely csak normál testtömegű PCOS-esekből állt (a továbbiakban PCOS nem obes). Mann-Whitney próbával teszteltük újra a hipotézisünket.

A HA és PCOS nem obes csoport összehasonlításának eredménye szerint a BAT testi elégedetlenség alszkálája között nincs szignifikáns különbség ($U=2851,500$, $p=0,134$) szemben azzal, amikor az obes PCOS-esek is a mintában vannak ($U=3652$, $p=0,000$). A saját test negatív értékelése is az obesitással függ össze, ugyanis míg a teljes PCOS csoporttal vizsgálva ($U=3291$, $p=0,000$) magasan szignifikáns volt a PCOS és HA csoport közötti különbség, a PCOS nem obes csoporttal vizsgálva már ez nem igaz ($U=2833,500$, $p=0,120$). Az eredmények szerint a falásroham is az obesitással áll összefüggésben, mert a PCOS nem obes csoport és HA csoport között nincs szignifikáns különbség ($U=2775,500$, $p=0,070$). A PCOS és HA csoport tehát a testi elégedetlenség és a saját test negatív értékelése szempontjából nem különböznek szignifikánsan egymástól. Azonban fontos kiemelni, hogy a HA csoport a kontroll csoporttól a BAT összpontszám tekintetében nem különbözik szignifikánsan egymástól, csupán a saját test ismeretének hiánya alszkálájában mutatható ki szignifikáns különbség közöttük ($U=5204,500$, $p=0,048$). Az eredmények ennek fényében nem támasztják alá egyértelműen a hipotézisünket.

További eredményünk a hipotézis tesztelésén túl, hogy a testtömeg szignifikánsan összefügg a PCOS-esek csoportjában a szubjektív testélmény két fontos mutatójával, azaz a túlsúlyos vagy elhízott PCOS-esek negatívabban értékelik a saját testüket és elégedetlenebbek is azzal, mint a nem túlsúlyos társaik. A túlsúly ugyanakkor a falásrohamok gyakoriságára is szignifikáns hatással van. A tünetek és a pszichológiai mutatók részletes elemzésére az 5. hipotézis kapcsán térünk ki.

4.7.3 A PCOS és a HA csoport statisztikai vizsgálata az önértékelés mentén (3. hipotézis)

Az harmadik hipotézisünk vizsgálatára, azaz annak meghatározására, hogy a PCOS csoport a HA csoporttól az önértékelés tekintetében mutat-e szignifikáns eltérést, a Mann-Whitney próbát alkalmaztuk. A p értékeket 0,05 alatt vettük szignifikánsnak.

Az elemzéseket mind a PCOS csoportban, mind a PCOS nem obes csoporton belül is elvégeztük. A 13. táblázat szemlélteti, hogy a PCOS csoport önértékelése a HA csoporthoz viszonyítva attól függetlenül szignifikánsan alacsonyabb, hogy az obes PCOS-esek is benne vannak a mintában ($U=4129$, $p=0,000$), vagy nincsenek benne ($U=2556$, $p=0,015$).

13. táblázat

A PCOS és a HA csoport összehasonlítása az önértékelés mentén

	ROS		
	n	Rangszámátlag	Kétoldali szignifikancia
PCOS	95	91,46	0,000
HA	123	123,43	
PCOS nem obes	54	74,84	0,015
HA	123	95,22	

A hipotézisünk tehát beigazolódott, a PCOS csoport önértékelése a túlsúlytól függetlenül alacsonyabb, mint a HA csoportban.

4.7.4 A hármas kezelés életvitelszerű alkalmazására vonatkozó hipotézis vizsgálata a PCOS csoporton belül (4. hipotézis)

A további elemzéseket a PCOS csoporton belül végeztük. A hármas kezelés mutatójának kalkulációját a mérőeszközök fejezetben ismertettük. Kategorikus változót képeztünk belőle és megvizsgáltuk Mann-Whitney próbával, hogy a hármas kezelést betartó és nem tartó PCOS-esek különböznek-e szignifikánsan az önértékelés, testkép és kóros étkezési attitűd szempontjából. Az 14. számú táblázat szemlélteti az eredményeket.

14. táblázat

A hármas alapkezelést életvitelszerűen alkalmazó és nem alkalmazó PCOS-esek összehasonlítása a pszichológiai változók mentén

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
EAT összpontszám	Hármas alapkezelést betartó	22	55,52	0,144
	Hármas alapkezelést nem tartó	73	45,73	
ROS összpontszám	Hármas alapkezelést betartó	22	53,84	0,256
	Hármas alapkezelést nem tartó	73	46,24	
BAT összpontszám	Hármas alapkezelést betartó	22	44,64	0,514
	Hármas alapkezelést nem tartó	73	49,01	

Az 14. számú táblázatból leolvasható, hogy a feltételezésünkkel ellentétben a hármas kezelés sem az EAT szempontjából ($U=637,500$, $p=0,144$), sem a ROS tekintetében ($U=674,500$, $p=0,256$), sem a BAT esetén ($U=729$, $p=0,514$) nem hozta az elvárásainknak megfelelő különbséget.

További összehasonlítást végeztünk a hármas kezelés három mutatója szempontjából. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a hármas kezelés egyes szegmenseit betartó PCOS-es nők profitálnak-e valamit ebből az általunk vizsgált változók mentén? Az eredményeket az 15 számú összefoglaló táblázatban foglaltuk össze.

15. táblázat

A gyógyszeres kezelést, a rendszeres testmozgást és a PCOS diétát alkalmazó és nem alkalmazó PCOS-esek összehasonlítása a pszichológiai változók mentén

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
EAT összpontszám	Gyógyszeres kezelés igen	66	51,27	0,081
	Gyógyszeres kezelés nem	29	40,57	
	Rendszeres testmozgás igen	38	47,57	0,900
	Rendszeres testmozgás nem	57	48,29	
	PCOS diéta igen	66	53,04	0,007
	PCOS diéta nem	29	36,53	
ROS összpontszám	Gyógyszeres kezelés igen	66	47,75	0,894
	Gyógyszeres kezelés nem	29	48,57	
	Rendszeres testmozgás igen	38	51,96	0,252
	Rendszeres testmozgás nem	57	45,36	
	PCOS diéta igen	66	50,39	0,202
	PCOS diéta nem	29	42,57	
BAT összpontszám	Gyógyszeres kezelés igen	66	50,94	0,117
	Gyógyszeres kezelés nem	29	41,31	
	Rendszeres testmozgás igen	38	41,55	0,063
	Rendszeres testmozgás nem	57	52,30	
	PCOS diéta igen	66	44,09	0,037
	PCOS diéta nem	29	56,90	
BAT testméret negatív értékelése	Gyógyszeres kezelés igen	66	51,35	0,074
	Gyógyszeres kezelés nem	29	40,38	

	Rendszeres testmozgás igen	38	40,33	0,027
	Rendszeres testmozgás nem	57	53,11	
	PCOS diéta igen	66	43,59	0,019
	PCOS diéta nem	29	58,03	
BAT saját test ismeretének hiánya	Gyógyszeres kezelés igen	66	50,14	0,252
	Gyógyszeres kezelés nem	29	43,12	
	Rendszeres testmozgás igen	38	42,53	0,114
	Rendszeres testmozgás nem	57	51,65	
	PCOS diéta igen	66	44,55	0,065
	PCOS diéta nem	29	55,86	
	Gyógyszeres kezelés igen	66	49,04	0,579
	Gyógyszeres kezelés nem	29	45,64	
BAT testi elégedetlenség	Rendszeres testmozgás igen	38	41,68	0,068
	Rendszeres testmozgás nem	57	52,21	
	PCOS diéta igen	66	45,05	0,115
	PCOS diéta nem	29	54,71	

Elsőként vizsgáljuk meg a gyógyszeres kezelést. Az 15 számú. táblázatban látható, hogy szintén nem találtunk szignifikáns különbséget a vizsgált változók tekintetében (beleértve a BAT alsókálakat is) attól függően, hogy gyógyszeres kezelés alatt áll-e a vizsgálati személy vagy sem [EAT_{összpont} ($U=741,500$, $p=0,081$); ROS_{összpontszám} ($U=940,500$, $p=0,894$); BAT_{összpontszám} ($U=763$, $p=0,117$)].

A rendszeres testmozgást végző PCOS-es nők viszont szignifikánsan alacsonyabb mértékben értékelik a saját testméreteiket negatívan, mint a nem sportoló társaik [BAT_{testméret negatív értékelése} ($U=791,500$, $p=0,027$)]. Noha szignifikáns eredményről nem számolhatunk be, a PCOS-es nők anyagcsere-működésére gyakorolt hatása miatt érdemes megemlíteni, hogy tendencia szinten a fálásrohamok száma is csökken a rendszeres testmozgást végző PCOS-esek körében ESS_{fálásroham} ($U=853,500$, $p=0,055$). A PCOS diéta tartása azonban mind a

falásrohamok számának csökkenésében $ESS_{\text{falásroham}}$ ($U=713,500$, $p=0,031$), mind a BAT összpontszám tekintetében $BAT_{\text{összpontszám}}$ ($U=699$, $p=0,037$), mind a testméret negatív értékelésének tekintetében [$BAT_{\text{testméret negatív értékelése}}$ ($U=666$, $p=0,019$)] szignifikánsan különbözött a diétát nem tartó PCOS-es nőktől. A testi attitűdjük tehát kedvezőbb és a testméretüket is kevésbé értékeli negatívan, mint akik nem tartják a diétát. Az EAT összpontszámában is szignifikáns különbséget találtunk $EAT_{\text{összpont}}$ ($U=624,500$, $p=0,007$), azonban a rangátlagok alapján az összefüggés fordított. Ennek okát további elemzéssel derítettük fel. Kiderült, hogy az EAT orális kontroll alszála az, amelyikben magasan szignifikánsan eltér a két csoport ($U=510$, $p=0,000$). Ez az alszála a súlykontroll feletti kontrollt méri, amely a PCOS diétát tartó PCOS-esek esetén magasabb.

Összességében elmondható, hogy a negyedik hipotézisünk csak részben igazolódott be.

4.7.5 A PCOS tünetek és a kóros étkezési attitűdök, önértékelés valamint a saját test értékelésének statisztikai vizsgálata (5. hipotézis)

Az 5. hipotézisünk tesztelésére kétféle módszerrel kerítettünk sort. Egyfelől a PCOS tüneteket folytonos változóként kezeltük és mivel a mintánk a normális eloszlás feltételeit nem teljesítette, a Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók kiszámítására kerítettünk sort. Arra voltunk ugyanis kíváncsiak, hogy a PCOS tünetek súlyosságának fokozata milyen összefüggésben van az általunk vizsgált változókkal? Másfelől a PCOS tünetekből kategorikus változókat alkottunk az elővizsgálathoz hasonló módon és újfent a Mann-Whitney nemparaméteres eljárást alkalmaztuk. Ekkor arra voltunk kíváncsiak, hogy vajon egy adott PCOS tünet megléte vagy hiánya mutat-e szignifikáns különbséget a kóros étkezési attitűdök, valamint a saját test értékelésével összefüggésben.

Az 16. összefoglaló táblázat 5.1 és 5.2 hipotézis rangkorrelációs vizsgálatának szignifikáns eredményeit szemlélteti.

16. táblázat

Pszichológiai mutatók és a PCOS tünetek közötti összefüggések

PCOS TÜNETEK	ROS r	BAT összpontszám r	BAT testméret r	BAT saját test ism h. r	BAT testi elégedetlenség r	EAT összpontszám r
HA						
Acne jobb arcfél	0,23*	0,23*		0,3**		
Acne bal arcfél	0,20*	0,22*		0,3**		
Acne orr					0,25*	
Acne mellkas-hát						0,22*
Hirsutismus						
mell alatt	0,27**	0,24*		0,3**	0,21*	
kar						
hát						0,25*
derék	0,23*					
Testsúly és alakkal kapcsolatos tünetek						
BMI	0,23*	0,68**	0,77**	0,57**	0,59*	0,24*
DCSA	0,34*	0,45**	0,47**	0,38*	0,45*	
TS diszkrepancia	0,24*	0,7**	0,87**	0,58**	0,6**	0,25*
TS ingadozás		0,5**	0,57**	0,4**		0,35**
Egyéb PCOS tünet						
Menstruáció	0,20*			0,23*	0,28**	

Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Az eredmények szerint a testsúllyal és alakkal kapcsolatos PCOS tünetek valamennyi változó esetén az általunk feltételezett irányú, szignifikáns együttjárást mutatnak. A táblázatban látható, hogy az önértékeléssel gyenge erősségű szignifikáns kapcsolatban van a TS ingadozás kivételével az összes tünet [BMI($r_s = -0,23$, $p = 0,024$), DCSA($r_s = -0,034$, $p = 0,008$); TS diszkrepancia($r_s = -0,24$, $p = 0,021$)]. A saját testtel kapcsolatos attitűd valamennyi tünet esetén szignifikáns kapcsolatban van, azonban a TS diszkrepancia ($r_s = 0,7$, $p = 0,000$) és a BMI ($r_s = 0,68$, $p = 0,000$) kapcsolata kiemelkedően magas/markáns, illetve közepes, de erős. A BAT alsókálai közül kiemelkedő a testméret negatív értékelésének BMI-vel ($r_s = 0,77$, $p = 0,000$) és TS diszkrepanciával ($r_s = 0,87$, $p = 0,000$) való magas, markáns kapcsolata. A saját testtel való elégedetlenséggel szintén ez a két tünet mutat a legmagasabb, közepesen erős kapcsolatot. Az EAT összpontszám esetén azonban a TS ingadozás ($r_s = 0,35$, $p = 0,006$) biztos, de gyenge kapcsolata a legjelentősebb az összes tünet közül. Az 5.1 hipotézisünk tehát részben beigazolódott, a TS ingadozás önértékeléssel és testi elégedettséggel való kapcsolata nem igazolódott, valamint a DCSA kóros étkezési attitűdökkel való kapcsolata.

A HA tünetek az androgen alopecia kivételével ($r_s = -0,188$, $p = 0,068$) szignifikáns, és az elvárásainknak megfelelő irányú kapcsolatban vannak az önértékeléssel. Lokális szempontból az arcon lévő acne jár együtt alacsonyabb önértékeléssel [Acne_{jobb arc} ($r_s = -0,23$, $p = 0,030$); Acne_{bal arc} ($r_s = -0,20$, $p = 0,048$)]. A hirsutismus esetén a mell alatti szőrösödés ($r_s = -0,27$,

$p=0,010$) és a derékon lévő nemkívánatos szőrszálak vezetnek alacsonyabb önértékeléshez ($r_s=-0,23$, $p=0,030$).

Alacsony testi elégedettséggel jár együtt az orron lévő acne ($r_s=0,25$, $p=0,016$) és a mell alatti hirsutismus ($r_s=0,21$, $p=0,041$). Az androgén alopecia a testi elégedetlenséggel nincs szignifikáns kapcsolatban ($r_s=0,138$, $p=0,183$).

A saját testtel kapcsolatos szorongás és distressz élményének magasabb fokáról számoltak be azok a PCOS-es nők, akiknek az arca acnés ($Acne_{jobb\ arc}$ ($r_s=0,3$, $p=0,003$; $Acne_{bal\ arc}$ ($r_s=0,3$, $p=0,004$), illetve akik mell alatti hirsutismustól szenvednek ($r_s=0,3$, $p=0,004$). Az androgén alopecia a saját test ismeretének hiányos voltával sincs szignifikáns kapcsolatban ($r_s=0,150$, $p=0,146$).

Hipotézisünk tehát beigazolódott, a HA tünetek szignifikánsan alacsonyabb fokú önértékeléssel, testi elégedettséggel és magasabb fokú testtel kapcsolatos szorongással járnak együtt. Amennyiben lokalizáljuk a tüneteket, az acne estén az arc és az orr, hirsutismus esetén a mell alatti testtáj és a hát érintettsége jár együtt a fenti pszichológiai változókkal. Az androgen alopecia meglepő módon nem mutatott szignifikáns együttjárást egyetlen folytonos változóval sem, ami azt feltételezi, hogy ezen tünet erőssége nincs hatással az önértékelésre, testi elégedettségre és az evési attitűdökre.

A következő lépésben azt vizsgáltuk, hogy a tünet megléte hogyan befolyásolja a kóros étkezési attitűdök, az önértékelés valamint a saját test értékelésének szintjét, továbbá az evészavar viselkedéses mutatóit. Ebbe az elemzésbe bevontuk azokat a PCOS tüneteket is, amelyekből csupán kategorikus változókat tudunk képezni. Az 17. összefoglaló táblázat a szignifikáns eredményeket mutatja be.

17. táblázat

Pszichológiai és viselkedéses mutatók és a PCOS tünetek közötti összefüggések

PSZICHOLÓGIAI ÉS VISELKEDÉSES VÁLTOZÓK	PCOS TÜNETEK	N		RANGSZÁM ÁTLAG		KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
		igen	nem	igen	nem	
BAT testméret negatív értékelése	Obes	41	54	69,27	31,35	0,000
	Centrális hízás	32	30	38,69	23,62	0,001
	Acanthosis nigricans	18	77	66,47	43,68	0,002
BAT saját test ismeretének hiánya	Obes	41	54	64,11	35,77	0,000
	Centrális hízás	32	30	36,50	26,17	0,024
	Acne	16	76	60,13	43,63	0,025
	Menstruációs zavar	62	33	53,12	38,38	0,013
	Acanthosis nigricans	18	77	60,81	45,01	0,028
	PCO morfológia	70	25	51,89	37,12	0,021
BAT testtel való elégedetlenség	Obes	41	54	64,80	35,24	0,000
	Centrális hízás	32	30	38,78	23,73	0,001
	Acanthosis nigricans	18	77	65,11	44,00	0,003

EAT	Obes	41	54	56,11	41,84	0,012
	Acanthosis nigricans	18	77	63,69	44,33	0,007
	Inzulinrezisztencia	74	21	52,04	33,76	0,007
ESS falásrohamok	Androgen alopecia	57	38	52,62	41,07	0,028
ESS hashajtó alkalmazása	Acanthosis nigricans	18	76	49,11	47,74	0,009
ESS vizelethajtó alkalmazása	Androgen alopecia	57	38	50,00	45,00	0,040
	Acanthosis nigricans	18	77	52,89	46,86	0,047
ROS	Menstruációs zavar	62	33	43,56	56,35	0,031

Megjegyzés: Obes=BMI ≥ 25 ; Centrális hízás=DCSA $>0,8$

A túlsúlyos/elhízott vizsgálati személyek szignifikánsan negatívabban értékelik a testméretüket, a testi elégedettségük is alacsonyabb, és a saját testükkel kapcsolatosan több distresszt élnek meg, mint a tünettel nem rendelkező PCOS-esek. Továbbá a kóros evési attitűd is szignifikánsan magasabb köreikben. A centrális hízás szintén a testi attitűdöt befolyásolja negatívan. Összességében az elhízás mind a testképre, mind az evési attitűdökre káros hatással van. A test arányossága pedig csupán a testképet befolyásolja. A testmérettel és arányossággal kapcsolatos mutatók azonban az evészavar viselkedéses tüneteire nincsenek szignifikáns hatással.

A hipotézis tesztelésén túl az alábbi eredmények olvashatók le az 17. számú táblázatból. Az acanthosis nigricans, amely inzulinrezisztencia és túlsúly esetén fordul elő, a túlsúly/elhízáshoz hasonló pszichológiai változókkal van szignifikáns kapcsolatban, azzal a különbséggel, hogy az evészavar viselkedéses jegyei megjelennek, konkrétan a hashajtó és vizelethajtó, amelyek a testsúlycsökkentés kompenzáló formái. Az inzulinrezisztencia megléte (az elhízással és acanthosis nigricanssal karöltve) a kóros evési attitűdök szignifikánsan magasabb szintjével jár együtt.

4.7.6 A súlyos és enyhe PCOS fenotípusok statisztikai vizsgálata a kóros étkezési attitűdök, önértékelés valamint a saját test értékelésének mentén (6. hipotézis)

Mann-Whitney próbával ellenőriztük hipotézisünk helyességét. Az eredményeket az 18. táblázatban foglaltuk össze.

18. táblázat

A fenotípusok vizsgálata az evési attitűdök, az önértékelés és a testi attitűdök mentén

	FENOTÍPUS CSOPORTOK	MINTAELEMSZÁM	RANGSZÁMÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
EAT	Súlyos	39	38,36	0,954
	Enyhe	37	38,65	
ROS	Súlyos	39	34,72	0,125
	Enyhe	37	42,49	
BAT	Súlyos	39	39,87	0,578
	Enyhe	37	37,05	
Testméret negatív értékelése	Súlyos	39	38,90	0,872
	Enyhe	37	38,08	
Saját test ismeret hiánya	Súlyos	39	40,51	0,414
	Enyhe	37	36,38	
Testtel való elégedetlenség	Súlyos	39	39,00	0,839
	Enyhe	37	37,97	

Jól látható, hogy a fenotípusok között a vizsgált változók szempontjából nincs szignifikáns különbség.

4.8 A második vizsgálat eredményei: az evészavarok és szubklinikai evészavarok prevalenciájának felmérése (Mohácsi, Szemán-Nagy alapján⁵)

A második kutatásunk második fő célkitűzésének leírásához érkeztünk. A célunk a klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciájának meghatározása a betegcsoporton belül, a kontroll és HA csoporttal összevetve.

A DSM-IV diagnosztikai kritériumrendszer és egy hazai kutatás (Lukács-Márton & Szabó, 2008) alapján az evészavarok szűrővizsgálati diagnózisait az alábbi kritériumok szerint határoztuk meg:

19. táblázat

Az evészavarok klinikai és szubklinikai szimulált diagnózisai a DSM-IV. alapján

<u>ANOREXIA NERVOSA</u>	<u>BULIMIA NERVOSA</u>
• BMI > 17,5 kg/m² • Menstruáció minimum három hónap kimarad • EAT összpontszám > 19	• Legalább heti két falásroham az ESS alapján • Legalább heti két súlycsökkentő viselkedés az ESS alapján • EAT összpontszám > 19
<u>SZUBKLINIKAI ANOREXIA NERVOSA</u>	<u>SZUBKLINIKAI BULIMIA NERVOSA</u>
• BMI > 19 kg/m² • Menstruáció rendszertelen • EAT összpontszám > 19	• Legalább heti egy falásroham az ESS alapján • Legalább heti két súlycsökkentő viselkedés az ESS alapján • EAT összpontszám > 19

Az 20 számú. táblázat a klinikai szintű evészavarok szimulált diagnózisának küszöbértékeit, illetve a határértékeket elérték arányát mutatja be. A BMI alapján kórosan sovány volt a PCOS-es nők 2,1%-a, a HA csoport tagjainak 8,1%-a és a kontroll csoport 5%-a. Az amenorrhoea értelemszerűen csak a PCOS csoportban jelenik meg, a csoport 47,4 %-át jellemzi. Az EAT skálán küszöb feletti értéket ért el a PCOS-es nők 43%-a, a HA csoport 6,8%-a és a kontroll csoport 12,4%-a. Legalább heti 2 falásrohamról számolt be a PCOS csoport 11,6%-a, a HA csoport 1,7%-a, a kontroll csoportban ezzel szemben nem jellemző ez

⁵ A prevalenciaadatok bemutatásában az alábbi folyóiratcikkünk egyes részeire támaszkodtunk: Mohácsi B., Szemán-Nagy A. (2016). Evészavarok prevalenciája policisztás ovárium szindrómás nők körében. *Psychiatria Hungarica*, 31(2), 136–145.

a tünet. A testsúly csökkentésére használt módszerek legalább heti 2 alkalommal a PCOS-es nők 46,3%-ában, a HA csoport 10,6%-ában és a kontroll csoport 18%-ában fordultak elő.

20. táblázat

Az egyes tünetekre meghatározott klinikai pontértékek és az azt elérték aránya

Mérőeszközök	AN klinikai	Az értékhátart elérték száma			BN klinikai	Az értékhátart elérték száma		
		<u>PCOS</u>	<u>HA</u>	<u>Kontroll</u>		<u>PCOS</u>	<u>HA</u>	<u>Kontroll</u>
		N(%)	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	N(%)
Általános kérdőív:								
BMI	<17,5	2(2,1)	10(8,1)	5(5,0)				
Menstruáció	min. 3hó. kimaradás	45(47,4)	- (-)	- (-)				
EAT összpont	>19	40(43)	8(6,8)	12(12,4)	>19	40(43)	8(6,8)	12(12,4)
ESS falásroham					Heti 2	11(11,6)	2(1,7)	0(0)
ESS súlycsökkentő viselkedés*					Heti 2	44(46,3)	13(10,6)	18(18)

*Megjegyzés. * Önhánytatás, hashajtó, vízhajtó vagy fogyasztótabletta, koplalás vagy diéta*

A 21. táblázat a szubklinikai kórképek küszöbértékeit és az azt elérték arányát mutatja be. A klinikai és szubklinikai kritériumok a BMI mértékében a falásrohamok gyakoriságában és a menstruációs zavar fokozatában térnek el, ezért erre térünk ki. Szubklinikai AN-t jelző BMI-vel a PCOS-es nők 24%-a, a HA csoport 18%-a és a kontroll csoport 1%-a rendelkezik. Az ESS alapján heti legalább 1 falászavarról számolt be a PCOS-es csoport 18,9%-a, a HA csoport 5,8%-a és a kontroll csoport 1%-a. Rendszeretlen menstruáció a PCOS csoport 65,3%-át, a HA csoport 28,3 %-át és a kontroll csoport 22,4%-át érinti.

21. táblázat

Az egyes tünetekre meghatározott szubklinikai pontértékek és az azt elérték aránya

Mérőeszközök	AN szubklinikai	Az értékhátart elérték száma			BN szubklinikai	Az értékhátart elérték száma		
		<u>PCOS</u>	<u>HA</u>	<u>Kontroll</u>		<u>PCOS</u>	<u>HA</u>	<u>Kontroll</u>
		N(%)	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	N(%)
Általános kérdőív								
BMI	<19	12 (24)	21(18)	1 (1)				
Menstruáció	rendszeretlen	62 (65,3)	34(28,3)	22 (22,4)				
EAT összpont	>19	40 (43)	8(6,8)	12 (12,4)	>19	40(43)	8(6,8)	12(12,4)

EBSS falásroham	Heti 1	18(18,9)	7(5,8)	1(1)
EBSS súlycsökkentő viselkedés*	Heti 2	44(46,3)	13(10,6)	18(18)

*Megjegyzés. * Önhánytatás, hashajtó, vízhajtó vagy fogyaszttábletta, koplalás vagy diéta*

EAT = Evési Attitűdök Tesztje; EBSS = Evészavartünetek Súlyossági Skála

BMI = (body mass index) testtömegindex; AN = anorexia nervosa; BN = bulimia nervosa

A mintán belüli klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciáját a 22. számú táblázat szemlélteti. Az AN és BN klinikai vagy szubklinikai formáinak valamelyikével a vizsgált minta 18,5%-a rendelkezik. Klinikai szintű BN 5 PCOS-es vizsgálati személyt érint (5,3%). A szubklinikai AN kritériumait egy PCOS-es vizsgálati személy (1,1%) érte el a teljes mintából. Szubklinikai BN vizsgálati személyek 12,1%-át érinti, ebből 10,5% PCOS-es, 1,6% HA vizsgálati személy. A kontroll csoport nem érintett sem a klinikai szintű BN-ben, sem szubklinikai evészavarban.

22. táblázat

A klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciája a vizsgált mintában

Evészavar típusok	PCOS		HA		Kontroll	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Anorexia nervosa	0	(0)	-	(-)	-	(-)
Bulimia nervosa	5	(5,3)	0	(0)	0	(0)
Szubklinikai AN	1	(1,1)	0	(0)	0	(0)
Szubklinikai BN	10	(10,5)	2	(1,6)	0	(0)
Összesen:	16	(16,9)	2	(1,6)	0	(0)

Megjegyzés. AN = anorexia nervosa; BN = bulimia nervosa.

4.9 A második vizsgálat eredményeinek megvitatása

Az eredményeink értelmezését az eredmények bemutatásának sorrendjében végezzük, azaz a hipotézisek vizsgálatának eredményeit tekintjük át elsőként az előzetes elvárásaink mentén.

Az **1. hipotézis**ünknek megfelelően alakultak az eredményeink, a PCOS csoport valamennyi általunk vizsgált változó mentén rosszabb mutatókkal rendelkezik, mint az egészséges kontroll csoport. A kóros étkezési attitűdök (EAT) egyértelműen jellemzik a csoportot, mindezek pedig hajlamosítják az egyént az AN-ra, illetve a BN-ra. Az PCOS-es nők továbbá negatív érzésekkel és attitűddel viszonyulnak önmagukhoz, szemben a kontroll csoport tagjaival. Mindez a saját testtel kapcsolatos negatív attitűd tekintetében is megnyilvánul, erre

utal a BAT eredménye. Az 1. hipotézisünk tehát alátámasztást nyert. A pszichológiai konstruktumok vizsgálatán túl jelentős eredményünk, hogy a PCOS csoport veszélyeztetettsége az evészavar viselkedéses tüneteiben is megnyilvánul, beleértve a falásrohamok gyakoriságát és a hashajtók alkalmazását.

A továbbiakban azt feltételeztük, hogy a PCOS és HA csoport a közös hyperandrogenismus tünetek miatt a testtel való elégedettség szempontjából hasonlóak lesznek, mivel úgy gondoltuk, hogy ezen tünetek attraktivitásra gyakorolt hatása a negatív testi attitűdben megnyilvánul (**2. hipotézis**). Az elvárásunknak megfelelően alakultak az eredményeink abban az esetben, ha kontrolláltuk a testsúly változót oly módon, hogy csupán a nem elhízott PCOS-eseket hagytuk a hipotézis tesztelése céljából a mintában. Tettük ezt abból a megfontolásból, hogy a két csoport BMI-je (és egyéb testalkattal kapcsolatos mutatói) közötti szignifikáns különbség az eredmények torzulásához vezethet, hiszen mint tudjuk a testtömeg testképre gyakorolt hatása jelentős (Czeplédi és mtsai, 2009). Ebben az esetben a két csoport hasonlóan negatív testi attitűdről számolt be. Azonban a HA csoport a kontroll csoporthoz is hasonlóan nyilatkozott a testi attitűd tekintetében. Ennek fényében elmondhatjuk, hogy a HA csoport az egészséges vizsgálati személyek és a PCOS-esek közötti középutas pozíciót tölti be a saját test megítélése szempontjából. További eredményünk a hipotézisen túl, hogy a testsúly szorosan összefügg a PCOS-esek csoportjában a szubjektív testélmény két fontos mutatójával, azaz a túlsúlyos vagy elhízott PCOS-esek negatívabban értékelik a saját testüket és elégedetlenebbek is azzal, mint a nem túlsúlyos társaik. A túlsúly ugyanakkor az evészavar viselkedéses jegyei közül a falásrohamok gyakoriságában is manifesztálódik.

Az alacsony önértékelés szempontjából feltételezéseink szerint a PCOS-es és HA csoport különbözik (**3. hipotézis**). A PCOS-es csoport egyes tünetei ugyanis önmagukban egyenként is befolyásolhatják azt, együttesen pedig kifejezett hatással vannak az önértékelés szintjére. Hipotézisünk beigazolódott abban az esetben is, ha az elhízást kontrolláltuk. A PCOS csoport saját magáról alkotott értékelése negatívabb, mint a HA csoporté.

A **4. hipotézis**ünk vizsgálatának eredményei nem az elvárásainknak megfelelően alakultak. Úgy tűnik, hogy a hármas alapkezelés betartása önmagában a saját testtel kapcsolatos attitűdöt nem befolyásolja pozitívan, ahogyan az evési attitűdöket sem és a pozitív önértékelés felé sem mozdítja el az érintetteket. Ezek alapján azonban nem állíthatjuk, hogy az életmódváltás haszontalan lenne az evészavarok megelőzése, kezelése szempontjából. A hármas alapkezelés egyes szegmenseit egyenként elemezve azt láttuk, hogy a gyógyszeres kezelés nincs számottevő hatással az általunk vizsgált változókra, azonban a testmozgást életvitelszerűen folytató PCOS-es nők a testméretüket kevésbé értékelték negatívan, így kedvezőbb a

szubjektív testélményük. Noha tendenciaszinten tudunk beszámolni a falásrohamok gyakoriságának alacsonyabb fokáról a rendszeres testmozgást végző nők között, mint láttuk a PCOS lefolyására jelentős hatással van, ezért kiemelt figyelmet érdemel. A PCOS diétát tartó vizsgálati személyek mind a testméret értékelésében, mind a globális testi attitűd mutatójában, mind a falásrohamok gyakoriságában kedvezőbb helyzetet teremtenek maguknak, mint a nem diétázó társaik. Ugyanakkor az orális kontroll magasabb fokáról számolnak be. Összességében tehát a hipotézisünk részben igazolódott, de ezen túlmutat az az eredmény, hogy az elővizsgálatban legkínzóbb tünetként azonosított falásrohamok (lásd. Kontrollálhatatlan étvágy) a testmozgás és PCOS diéta segítségével egyéni kontroll alá vonhatók. További profit, hogy a testméret pozitívabb értékelése pozitívabb testi attitűdöt eredményez.

Az eredmények alapján egyet kell értenünk a garneri modellel (Garner, 1993), ugyanis a tápláltsági állapot magasabb foka (BMI) úgy a negatívabb önértékeléssel, mint a negatívabb testképpel és a kóros étkezési attitűd magasabb fokával járt együtt. Ennek ellenére részben igazolódott a hipotézisünk (**5.1 hipotézis**), ugyanis a magasabb DCSA a patológiás evési attitűdön kívül valamennyi pszichológiai változóval összefüggést mutatott. Az eredményeket tovább árnyalja, hogy mintánkban a testsúly diszkrepancia mutatta a legerősebb kapcsolatot a vizsgált pszichológiai változókkal. Vagyis a valós testtömeg mellett a valós és a vágyott testtömeg közötti különbség egy prominens változó az evészavarok szempontjából. További fontos összefüggés, hogy a testtömeg testképre és önértékelésre gyakorolt hatása mellett a test arányossága is fontos. Mindemellett fontos megemlíteni, hogy az elhízott és magas DCSA-val rendelkező PCOS-es nők között (amennyiben kategorikus változóként elemeztük) az evészavarok viselkedéses mutatói nem gyakoribbak, mint a normál BMI-vel és DCSA-val rendelkező PCOS-eseké.

Az **5.2 hipotézis** ebben az esetben részben igazolódott be. A HA tünet megléte ugyanis nincs összefüggésben az önértékeléssel. Továbbá a testi elégedetlenségben sem nyilvánul meg pusztán valamely HA tünet jelenléte. A saját testtel kapcsolatos distressz nagysága az acne jelenlétével van összefüggésben. A hirsutismus - szemben azzal, amikor folytonos változóként elemeztük-, semmilyen evészavartünettel és a negatívabb testképpel nem járt együtt. Az androgen alopeciával élő PCOS-esek körében azonban az evészavar viselkedéses tünetei gyakoribbak, konkrétan a falásrohamok és a vizelethajtó alkalmazása köthető a férfias típusú hajhullással küzdő PCOS-esekhez. Ez az eredmény az elővizsgálatunk tükrében nyer jelentőséget, hiszen mint láttuk az androgen alopecia a testképpel ott sem volt

összefüggésben. Úgy tűnik, hogy a szociális visszahúzódás és az evészavarok viselkedési jegyei jellemzik az ezzel a tünettel élő PCOS-eseket.

A **6. hipotézis**ünk igazolást nyert. Az elvárásaink szerint ugyanis a PCOS fenotípusok között nem várunk jelentős különbséget annak ellenére, hogy várhatóan a súlyos, vagyis valamennyi PCOS tünettel rendelkező nők evészavar tünetei nem kiugróan magasak.

Az eredményeinket a szakirodalmi áttekintésben bemutatott Garner modellbe ágyazva kívánjuk összefoglalni. Jelen tanulmány az evészavarok etiológiája szempontjából az 22. ábrában összefoglalt prediszponáló és precipitáló faktorokat azonosította. A PCOS csoport az elhízás szempontjából rizikócsoport, továbbá a betegcsoporton belüli inzulinrezisztencia magas aránya szintén hajlamosító tényező. A PCOS-el élő nők körében mért alacsony önértékelés szintén a vulnerabilitást növeli. A családban előforduló evészavart a következő generáció szempontjából tartottuk fontosnak megemlíteni, ennek tárgyalására még visszatérünk. Garner modelljét a PCOS-es nők esetén kiegészítenénk az általunk mért változókkal, mint például a magas DCSA és a hyperandrogenizmus. A precipitáló tényezők között a diétázás, és az evés korlátozása jelenik meg. A precipitált kövérség szempontjából a kontroll és HA csoport viszonylatában szintén rizikócsoportot alkotnak a PCOS-es nők.

A PCOS EVÉSZAVARRA PREDISZPONÁLÓ SAJÁTOSSÁGAI

- | | | |
|---------------------------|---|---|
| • Preamorbid obesitas | → | Szignifikánsan magasabb BMI, mint a kontroll és a HA csoportban |
| • Belgyógyászati betegség | → | A PCOS csoport 77,89%-a inzulinrezisztens |
| • Alacsony önértékelés | → | Szignifikánsan alacsonyabb, mint a kontroll és HA csoportban |
| • Családban evészavar* | | |

A PCOS SAJÁTOSSÁGAI MINT AZ EVÉSZAVAR PRECIPITÁLÓ TÉNYEZŐI

- | | | |
|------------------------|---|--|
| • Diétázás | | |
| • Percipitált kövérség | → | Szignifikánsan magasabb TS diszkrépancia, mint a kontroll és HA csoportban |
| • Evés korlátozása** | → | A PCOS csoport 13,68%-a számol be róla |

Megjegyzés: * A következő generáció evészavarára vonatkozik; ** Az EAT 2. iteme alapján: „Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.”

22. ábra. A kutatási eredmények összevetése Garner patogenetikai modelljével

Az eredményeink értelmezését az eredmények bemutatását a PCOS csoporton belüli klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciájával folytatjuk.

A tanulmány hazánkban elsőként mérte fel a klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciáját a PCOS-es nők körében. Az általunk vizsgált 318 nő 18,5%-a klinikai vagy szubklinikai szintű evészavarról számolt be. A PCOS csoport 5,3%-ánál klinikai szintű BN-t, 1,1%-ánál szubklinikai AN-t, 10,5%-ánál szubklinikai BN-t azonosítottunk. A HA csoportban 1,6%-os szubklinikai BN prevalenciát mértünk. Az életkor szempontjából releváns hazai epidemiológiai vizsgálatok az AN-t 0-1,3% között, BN-t 0-0,6% között, a szubklinikai AN-t 0,7-1,09% között, a szubklinikai BN-t 1,48-5,3% között datálták (Túry és mtsai, 1990; Túry és mtsai, 1994; Szabó & Túry, 1995; Tölgyes & Nemessúri, 2004; Szumska és mtsai, 2001; Szumska és mtsai, 2005). A fenti prevalenciaértékekkel nincs összhangban az általunk vizsgált kontroll csoport evészavar prevalenciája. Az ellentmondás hátterében az állhat, hogy a csoportba sorolás során az amenorrhoeával küzdő kontroll csoport tagjait kizártuk a vizsgálatból, abból a megfontolásból, hogy olyan egészséges nőkből álló kontroll csoportot kapjunk, amelyben a PCOS egyetlen tünetével sem rendelkeznek a tagok, így csak a rendszertelen menstruációval rendelkező vizsgálati személyeket vontuk be a mintába. Ebből következik, hogy a klinikai AN feltételeit nem érhették el a kontroll és HA csoport tagjai, ezzel szemben a szubklinikai AN kritériumait igen.

A HA csoportban mért szubklinikai BN (1,6%) háttere több okra vezethető vissza. Egyrészt, a testtel való elégedetlenségre, amely részben a HA tünetekből eredhet. Vizsgálatunkban a HA csoportban mértük a legmagasabb DCSA-t. Ez a mutató a női vonzerő egyik markere. Ezt az összefüggést támasztja alá az a kutatás, amelyben az alacsony DCSA-val, vagyis az úgynevezett „homokóra formával” rendelkező nőket a férfi vizsgálati személyek nőiesebbnek, szexuálisan vonzóbbnak, fiatalabbnak és egészségesebbnek tartották, mint a magasabb DCSA-val élő nőket (Singh, 1993). A DCSA 0,8 feletti értéke android (férfias) típusú testalkatot jelez (Petrányi, 2008). A fenti tünetekből eredő testi elégedetlenség tehát az evészavarok melegágya lehet. A HA csoportban mért falásrohamok hátterét a bevezetőben már hivatkozott Lim és munkatársai eredményei tisztázhatják, amelyben a hyperandrogenismus és az ételek iránti sóvárgás kapcsolatát támasztották alá (Lim és mtsai., 2009).

Eredményeink a PCOS és az evészavarok kapcsolatát igazolják. A PCOS csoportban mért klinikai BN prevalenciája (5,3%) egybeesik McCluskey és munkatársai (1991) eredményeivel, akik 6%-os klinikai BN-t detektáltak a betegcsoportban. A hazai átlagos populációban mért értékekkel összevetve (BN = 0-0,6%) elmondható, hogy a PCOS-es nők az evészavarok szempontjából rizikócsoportnak számítanak. A szubklinikai formák közül szintén

a BN prevalenciája kiugró a PCOS csoportban (szubklinikai BN= 10,5%), a magyar mintán végzett prevalenciavizsgálatokkal összevetve (szubklinikai BN = 1,48-5,3%).

Összefoglalva az evészavarok betegcsoporton belüli vizsgálatának jelentősége további megerősítést nyert. Az evészavarok prevalenciavizsgálatainak jelentősége többek között ahhoz köthető, hogy a kezelés tervezésére tudományos alapot nyújt (Túry, 2000). A PCOS mint magas kockázatú csoport azonosítása elősegítheti az adekvát PCOS terápia megtervezését a lehetséges társuló evészavarok figyelembevételével. Prevenciós jelentősége abban rejlik, hogy hatására várhatóan a két kórkép egymás terápiás sikerét nem befolyásolja. Ugyanis bizonyított, hogy a cukorbetegség kezelése során az önmenedzselés üdvözlendő folyamatát a komorbid pszichés zavarok, beleértve az evészavarokat is, akadályozzák (Sal és mtsai, 2012). Továbbá, szövődményeik egymásra hatása is kiküszöbölhetővé válik. Mindemellett, az evészavarok adekvát kezeléséből eredő profit túlmutat az érintett nők életminőségének javításán a gyermekeik majdani egészségének megóvása irányába. Ehelyütt térünk vissza arra, hogy bizonyított, hogy az evészavarban szenvedő anyák gyermekei veszélyeztetett csoportnak számítanak a gyermek- és serdülőkori evészavarok kifejlődése szempontjából (Sa és mtsai, 2012). Az evészavarok transzgenerációs átörökítése a PCOS-re hajlamosító géneket hordozó gyermekek esetén a bevezetőben említett okok miatt különösen veszélyes, hiszen a kóros étkezési minta követése katalizálhatja a PCOS kifejlődését.

A vizsgálat limitációja és egyben a későbbi kutatások kiindulópontja is lehet egy, a PCOS csoporthoz életkorban illesztett kontroll csoport bevonása a vizsgálatba. Továbbá, a kontroll csoportba célszerű beemelni az amenorrhoeával rendelkező vizsgálati személyeket is, hogy képet kapjunk a kontroll csoport klinikai szintű AN gyakoriságáról is. További kutatások kiindulópontja lehet a garneri modell egyéb prediszponáló tényezőinek feltárása a betegcsoporton belül, beleértve az önpercepció zavarait, illetve, hogy a karcsúságideál internalizálása milyen mértékben jellemzi a PCOS-sel élő nőket.

5. HARMADIK VIZSGÁLAT

A PCOS-ES NŐK SZUICID VESZÉLYEZTETETTSÉGÉNEK FELMÉRÉSE ÉS PSZICHOLÓGIAI SZEMPONTÚ ELEMZÉSE AZ ENDOMETRIÓZISSAL ÉS ISMERETLEN EREDETŰ MEDDŐSÉGGEL ÉLŐ NŐK VISZONYLATÁBAN

5.1 Témafelvetés

Két speciális csoport viszonylatában folytatjuk vizsgálatainkat a PCOS-sel élő nők körében. Első célkitűzésünk az volt, hogy a PCOS-es nők hangulati állapotát olyan kontroll csoporttal összevetve végezzük el, amely túlmutat az általunk is bizonyított, egészséges reprodukív korú nőktől való különbség elemzésén. Olyan kontroll csoportot kívántunk bevonni a vizsgálatainkba, amely hasonlóan a PCOS-hez, a reprodukív rendszert érintő krónikus betegséggel élő nők tagjai közül került ki. Ebből a megfontolásból esett a választásunk az endometriózissal élő betegcsoportra, amely szintén olyan kórkép, amely az érintettek életminőségét jelentősen befolyásolja. A témával kapcsolatos szakirodalmat áttekintve tudtunkkal kutatásunk elsőként kerített sort a reprodukív korú nők két leggyakoribb nőgyógyászati kórképének együttes pszichológiai vizsgálatára hazánkban. Az általunk közölt elővizsgálat eredménye megerősíti a PCOS és endometriózis csoport együttes vizsgálatának relevanciáját (Mohácsi és mtsai, 2013). A nemzetközi szakirodalomból egy friss vizsgálatot szeretnénk kiemelni, amely 11324 ausztrál nő bevonásával azt az eredményt kapta, hogy a PCOS-es és endometriózissal élő nők nagyobb valószínűséggel szenvednek pszichológiai distresszben, mint azok az átlagpopulációba tartozó nők, akik nem rendelkeznek a fenti két diagnózissal (Rowlands és mtsai, 2016). A mindkét kórképet érintő meddőség kapcsán egy hazai vizsgálat eredményeit idézzük, amely szerint a meddőséggel küzdő párok rosszabb mentális állapotról számoltak be (beleértve a depressziót és szorongást is), mint a magyar átlagnépesség (Szigeti & Konkoly-Thege, 2012). Felvetődik tehát a kérdés, hogy vajon a két betegcsoport között van-e különbség a mentális státusz általunk vizsgált mutatói között? Továbbá, amennyiben különböznek egymástól, az a betegséggel van-e összefüggésben és/vagy a meddőséggel?

A második célkitűzésünk az elővizsgálatunk nyomán felmerülő kérdéseinkre kereste a választ. Ezek egyike az volt, hogy vajon a szuicid veszélyeztetettségre utaló eredményeinket meg tudjuk-e erősíteni egy speciálisan az öngyilkossági veszélyeztetettséget kiszűrni kívánó mérőeszköz segítségével? Az öngyilkosság úgynevezett módosítható pszichológiai kockázati

tényezői közül a reménytelenség elemzését vettük górcső alá, elővizsgálatunk alapján ugyanis a kontrollálhatatlan étvágy és a reménytelenség összefüggését azonosítottuk. Egyik legfontosabb célkitűzésünk tehát az öngyilkossági veszélyeztetettség felmérése volt, amelyben a PCOS csoport a fentiek alapján feltehetően érintett. Terveink között szerepelt, hogy mindezt a fenotípus alcsoportok szempontjából is megvizsgáljuk.

Végül utolsóként arra a kérdésünkre kerestük a választ, hogy az életkor és a nem kívánt meddőséggel töltött idő vajon a meddőségben érintett PCOS-es nők depresszió és szorongás mutatóit milyen mértékben befolyásolja? Ugyanis ahogy Szigeti és Konkoly-Thege (2012) is kiemeli, a publikált eredmények ellentmondásosak a meddőség szakirodalmában. Greil és munkatársai (2011) kutatásában például az idősebb meddők magasabb fokú fertilitás-specifikus distresszt mutattak, mint a hasonló helyzetben lévő fiatalabb korúak. Magyarországon azonban nem sikerült az életkor és a mentális állapot összefüggését igazolni (Szigeti & Konkoly-Thege, 2012). Vajon a PCOS-es meddő nők között az életkor összefüggésben van-e a mentális állapottal? Továbbá, Ashkani és munkatársai (2006) kutatásának eredményeiből kiderül, hogy a több, mint 12 hónapja (1-3 éve) meddőséggel küzdő párok magasabb fokú depresszióról számoltak be, mint a maximum 12 hónapja meddők. Szigeti és Konkoly-Thege (2012) azonban hazai mintán nem mutatott ki összefüggést sem a szorongás, sem a depresszió szempontjából. Kíváncsiak voltunk tehát arra, hogy a PCOS-es nők körében hogyan alakul vajon az életkor és a meddőséggel töltött idő függvényében a mentális státusz?

5.2 Elméleti háttér

Mielőtt a kutatás bemutatására sort kerítünk, egy rövid szakirodalmi kitérőt teszünk a meddőség definiálása és az endometriózis bemutatása céljából.

5.2.1 A meddőség definíciója és prevalenciája

A saját gyermek iránti vágy az ember egyik legtermészetesebb kívánsága, éppen ezért ennek akadálya, vagyis a meddőség megtapasztalása súlyos pszichoszociális teher az érintett pár számára. Az emocionális hatás mellett társadalmi vetülete is figyelemreméltó. Közismert a népességfogyás és a társadalmak előregedésének jelensége, amely hazánkban is komoly problémák forrása. Olyannyira, hogy a KSH összefoglalója szerint a „korfa romlásához” vezet ez a tendencia (Molnár, 2012). Továbbá a gyermekvállalás későbbre halasztása gyakran azt eredményezi, hogy a tervezett gyermekek közül sokan meg sem születnek. Elmondható tehát, hogy a meddőség egyéni és társadalmi szinten is jelentős probléma.

Definíciója szerint meddőségről abban az esetben beszélünk, ha a rendszeres, fogamzásgátlástól mentes házasság ellenére a várandósság egy éven belül nem következik be (Urbancsek & Papp, 1997; Borsos, 1999). A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium protokollja kiegészíti ezt azzal a kritériummal, hogy definíciójában az ovuláció idejére kell a szexuális együttlétnek esni (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, 2016). Más szerzők a fogamzás időtartamát 1-2 évben határozzák meg (Lampé & Papp, 1992). A WHO jelentése szerint a meddőség meghatározásának időtartama igen változatos, 12 hónaptól több, mint 24 hónapig terjedhet (World Health Organization, 2006). A fogalom meghatározásának további nehézsége, hogy az angolszász irodalomban a sterilitás és infertilitás fogalma keveredik. Magyar definíció szerint sterilitásról van szó abban az esetben, ha a terhesség nem következik be, infertilitásról beszélünk, ha a terhesség létrejötte ellenére életképes magzat nem születik (Litner & Pajor, 1994). A sterilitásnak két fajtája különböztethető meg. Primer, ha előzőleg sem volt várandósság, szekunder, ha korábban már létrejött terhesség (Borsos, 1999).

A meddőség napjainkra világméretű problémává nőtte ki magát, megközelítőleg a párok 10-15%-át érinti (Templeton és mtsai, 1991). A meddőség hátterében számos tényező állhat, beleértve az organikus okokat, amelyeket elsődleges meddőséggént szokás nevezni. A meddő párok körülbelül 8%-a esetén azonban nem lehet szervi elváltozást kimutatni (Thonneau és mtsai, 1991).

5.2.2 Az endometriózis bemutatása, prevalenciája és a PCOS-sel való összehasonlítása

Endometriózisnak nevezzük azt a kórképet, amikor a méhet bélelő nyálkahártya (endometrium) a méhüregen kívül is megtalálható. Leggyakoribb a kismencedei szerveken és a hashártyán való előfordulás, de ritkán a hasüregen kívül is előfordulhat, például a tüdőben (Balázs & mtsai, 2007). Gyakoriságát a teljes népességben 6,20%-10,30% közöttire datálják (Eskenazi & Warner, 1997; Lampé, 2009). Az endometriózis noha jellegzetes tünetekkel rendelkezik, ezek nem minden esetben nyilvánulnak meg. Tipikus tünetei: a menstruáció körüli görcsös alhasi fájdalom, a krónikus alhasi fájdalom és a közösülés során fellépő fájdalom, illetve a meddőség. A méhüregen kívül elhelyezkedő méhnyálkahártyasejtek a méhüregben lévőkhöz hasonlóan minden hónapban leválnak, lévén a hormonok ugyanúgy hatnak rájuk, így gyulladást, összenövéseket hoznak létre. Kialakulása máig tisztázatlan, melynek bemutatásától az értekezés szabta keretek miatt eltekintünk. Terápiája a gyógyszeres

és/vagy a műtéti kezelést foglalja magában. Az endometriózis krónikus betegség, a tünetek kiújulhatnak, ezért a beteg rendszeres gondozása és ellenőrzése kulcsfontosságú (Langmár & Sziller, 2011).

Az értekezés szempontjából szükséges szót ejteni az endometriózissal élő nők életminőségéről. Egy, a témában született metaanalízis eredménye szerint a betegség az érintettek életminőségének valamennyi aspektusát befolyásolja, beleértve a fizikai, szociális és mentális aspektust is. A vizsgálat szerint a megkérdezett nők fele számolt be fájdalmas közöszléről, a tünettel rendelkezők között kevesebb szexuális együttlétet azonosítottak (Ferreira és mtsai, 2016). Egy másik vizsgálat szerint a betegcsoport 34%-a érzi úgy, hogy az endometriózis miatt a partnerével problémák adódnak, 19%-uk a válását is ezzel indokolja (De Graaff és mtsai., 2013). A krónikus fájdalom miatt 48%-a a mintának kevesebb munkával töltött időt említ. Az életminőséget jelentősen befolyásoló tünetei miatt a betegcsoportban Sepulcri és Amaral (2009) a depresszív tünetek esetén 86,5%-os, szorongás esetén 87,5%-os gyakoriságot mértek. Lorençatto és munkatársai krónikus fájdalommal, illetve anélkül élő endometriózisban szenvedő nőket hasonlítottak össze a depresszió szempontjából. Azt találták, hogy a fájdalommal élő betegek 86%-a, míg ezen tünettel nem rendelkezők csupán 38%-a számolt be depresszióról (Lorençatto és mtsai, 2006). Hazai mintán Bokor és munkatársai (2013) is megerősítették azt az eredményt, miszerint az endometriózis okozta krónikus fájdalom és az infertilitás veszélye kihat a beteg szociális kapcsolataira, valamint fizikai teljesítőképességükre.

Összegezve, az endometriózis a reprodukív korú nők jelentős hányadát érintő kórkép, amely a krónikus fájdalom és a meddőség miatt az életminőséget jelentősen befolyásolja és ez szorongásban és depresszióban manifesztálódhat.

Az alábbiakban a PCOS és az endometriózis legjelentősebb közös jellemzőit és különbségeit tekintjük át abból a célból, hogy képet kapjunk a két betegség egymáshoz való viszonyáról. Az 23. számú összefoglaló táblázatban összegyűjtöttük azokat a szempontokat, amelyek mentén jellemezhető a két csoport egymás viszonylatában.

23. táblázat

A PCOS és az endometriózis összehasonlítása egyes változók mentén

	PCOS	ENDOMETRIÓZIS
HASONLÓSÁGOK		
Krónikus betegség	igen	igen
Reproduktív korú nőket érinti	igen	igen
Gyakoriság	2-26%	6-10%
Meddőség	jellemző	jellemző
Váratlan tünetek megjelenése	hipoglikémia	fájdalom
KÜLÖNBBSÉGEK		
Fájdalom	nincs	van
Betegség befolyásolhatósága	jól kézben tartható	nehezen kézben tartható
Szubjektív kontroll	magas	alacsony
Tünetek láthatósága	látható	nem látható

Megjegyzés: Az egyes tünetek megjelenése az adott betegségen belül is változó képet mutat

Az 23. számú táblázatban látható, hogy több ponton mutat hasonlóságot a két betegség. Mindkettő olyan krónikus kórkép, amely a termékeny korban lévő nőket érinti és mindkettő vezető meddőségi ok ebben a korosztályban. Az endometriózis esetén, hasonlóan a PCOS-hez a váratlan tünetek megjelenésére számítani lehet, amely a mindennapi élet funkcionalitásra kedvezőtlen hatást gyakorolhat. A sok hasonlóság ellenére jelentős különbségek is azonosíthatók pszichológiai szempontból a két kórkép között. A betegséggel való megküzdésre ugyanis meglehetősen nagy hatást gyakorol a fájdalom jelenléte, a betegség befolyásolhatósága és az érintett szubjektíven értékelt kontrollja a betegsége felett. Ebből a szempontból kedvezőbb a PCOS-sel élő nők helyzete. Másfelől, a betegséggel járó tünetek a PCOS esetén gyakran az attraktivitás rovására mennek, ezért az endometrióissal élő nők ilyen téren szerencsésebbek.

5.3 Hipotézisek

H1: Azt várjuk, hogy a PCOS csoport és az Endometriózis csoport nem mutat szignifikáns különbséget a depresszió szempontjából. A feltevésünket arra alapozzuk, hogy mindkét betegség rendelkezik olyan tünetekkel, amelyek a csoporton belüli depresszió magas gyakoriságát és súlyosságát részben magyarázhatják. Az alábbiakban áttekintjük, hogy melyek ezek. Az elővizsgálatunkban a kontrollálhatatlan étvágy jelenléte szignifikánsan magasabb fokú depresszióval és szorongással társult a PCOS-esek között. Ez a tünet jelen mintában PCOS specifikus szimptómaként, negatív hatással lehet a mentális jóllétre. Másfelől Clayton és munkatársai (2005) vizsgálatára alapozzuk a hipotézisünket, ugyanis a szerzők a hirsutismus mint egy, a PCOS csoportra jellemző sajátosság esetén kimutatták, hogy a tünet

mérséklődése a depresszió mértékének jelentős csökkenésével járt együtt. További alapot biztosít a PCOS és inzulinrezisztencia közötti kapcsolat, amely szintén a betegségre jellemző tulajdonság (Nagy és mtsai, 2011). Az endometriózissal élőket nézve, noha Lorençatto és munkatársai (2006) extrém magas depresszió gyakoriságot mért a betegcsoportban (86%), amely a PCOS csoportban mért gyakoriságon túltesz, a kutatók a krónikus fájdalommal hozták összefüggésbe a mért adatot. A vizsgálati mintánk a fájdalom szempontjából azonban heterogén, ezért nem várunk kiugró eredményt. Végül úgy véljük, hogy a két betegség közös vonása, hogy mindkettő krónikus, ezért az ebből eredő depressziós tünetek szintén a hasonlóság irányába mutatnak.

H2: Feltételezzük, hogy a PCOS csoport szignifikánsan magasabb fokú szorongásról számol be, mint az Endometriózis csoport. A szorongást keltő közös tulajdonságokon túl (meddőség, váratlan tünetek megjelenése) amelyek várhatóan nem okoznak különbséget, a PCOS-esek olyan szimptomákkal is rendelkeznek, amelyek az attraktivitást befolyásolva szociális izolációhoz vezethetnek. Amint az elővizsgálatunkból kiderült egyes HA tünetek (hirsutismus, androgen alopecia) és a PCO morfológia valóban az interperszonális bizalmatlansággal, a kontrollálhatatlan étvágy pedig ezen túl a szorongással is kapcsolatban áll. A PCOS-esek tehát várhatóan a megélt tüneteik miatt magasabb fokú szorongásról számolnak be, mint az Endometriózis csoport.

H3: Feltételezzük, hogy a két diagnózissal igazolt krónikus betegséggel élő csoport (PCOS és Endometriózis) szignifikánsan magasabb fokú depresszióról számol be, mint az Ismeretlen eredetű meddő csoport. Hipotézisünket Tiringer és munkatársainak már idézett munkájára alapozzuk, miszerint a depresszió a krónikus betegségre adott „normális” reakció (Tiringer és mtsai, 2007). A szorongás tekintetében, azonban nem várunk szignifikáns különbséget annak ellenére, hogy Csabai és Molnár nyomán (2009) láttuk, hogy az a krónikus betegség konstans kísérője lehet. Azt feltételezzük, hogy a diagnózis nélküli meddő állapottal járó szorongás kiegyenlíti ezt a hatást.

H4: Azt feltételezzük, hogy azok a meddőségben érintett PCOS-es nők akik átlépik a reprodukív kor szimbolikus és valós küszöbének számító 35 évet, a depresszió és szorongás és reménytelenség szignifikánsan magasabb fokáról számolnak be, mint akik még előtte állnak. Arra alapoztuk ezen hipotézisünket, hogy a termékenység egyik legmeghatározóbb tényezője a nő életkora és a termékenység 35 év után jelentősen csökken (Liu & Case., 2011). Mindemellett a magyar közgyakorlatban a várandósok számára 35 éves korhatár felett a prenátális diagnosztikát ajánlják (Gardó, 2009), mindez úgy véljük, hogy hatással lehet az anyai életkor jelentőségének észlelésére.

H5: Azt feltételezzük, hogy a nem kívánt gyermektelenséggel töltött idő a PCOS-es nők között minél hosszabb, annál magasabb a depresszió, szorongás és reménytelenség szintje.

5.4 Az adatfelvétel módja és a csoportok kialakításának módszere

Kérdőíves keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk, amely során szakértői mintaválasztást alkalmaztunk. Két vizsgálati csoportot terveztünk kialakítani, a PCOS-es nők csoportját (PCOS csoport) és az endometriózissal élő nők csoportját (Endometriózis csoport). Az adatfelvétel során azonban egy harmadik, ismeretlen eredetű meddőségben szenvedő vizsgálati csoportot is elértük és bevontuk a kutatásunkba (Ismeretlen eredetű meddő csoport).

A kérdőíveket egy éven keresztül vettük fel a vizsgálati személyekkel, 2012. január és 2013. január közötti időintervallumban. A kutatás kivitelezése egy nagyobb kutatási program, a TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024 számú projekt keretein belül történt, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Meddőségi Szakrendelésén (továbbiakban meddőségi központ). A vizsgálatot a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Tudományos Bizottságának Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága engedélyével végeztük (8. melléklet). A vizsgálati személyek a meddőségi központ szakrendelésének egy éves betegforgalmából kerültek ki. A szakrendelésre várakozó párokat egy-egy kérdőív kitöltésére kértük meg (a nők partnereinek kérdőívei nyomán nyert adatok egy másik kutatási projekt vizsgálati mintáját képezték). A kérdőívek felvételére többnyire minden rendelési napon (hétfő, kedd, csütörtök és olykor péntekenként) kerítettünk sort. A vizsgálati személyeknek a bemutatkozást követően részletes szóbeli tájékoztatást nyújtottunk és hozzájárulásukat kértük a vizsgálathoz. A kérdőív kitöltése alatt jelen voltunk, szükség esetén értelmeztük a kérdőív kérdéseit. A kérdőívek kitöltése és feldolgozása alatt biztosítottuk az anonimitást.

A vizsgálatban részt vevő csoportok kialakítása az alábbi módon történt: a vizsgálati személyeket orvosi diagnózis alapján soroltuk be a csoportokba. Az egyes vizsgálati csoportokba csak az adott betegség diagnózisával rendelkező vizsgálati személyek kerülhettek. Az egyéb endokrinológiai és nőgyógyászati betegség diagnózisával rendelkező nőket, illetve a várandós nőket nem vontuk be a vizsgálatunkba. Ezen kritériumok figyelembevételével kizárásra került 13 várandós, egy sine morbo, azaz egészségesnek nyilvánított vizsgálati személy, 3 személy, akinél myomát találtak, 7 habituális vetélő, 1 prolactionomában szenvedő vizsgálati személy, valamint 17 olyan vizsgálati személy, akik nem rendelkeztek diagnózissal. Továbbá kizártuk azokat a vizsgálati személyeket, akik a kérdőív összes itemének legalább 50%-át nem töltötték ki, ez 3 fő volt. Így összesen 148

vizsgálati személlyel dolgoztunk, amelyből a PCOS csoportba 35, az Endometriózis csoportba 69, az Ismeretlen eredetű meddő csoportba 45 vizsgálati személy került.

5.5 Vizsgálati személyek

5.5.1 A vizsgálati személyek demográfiai jellemzése

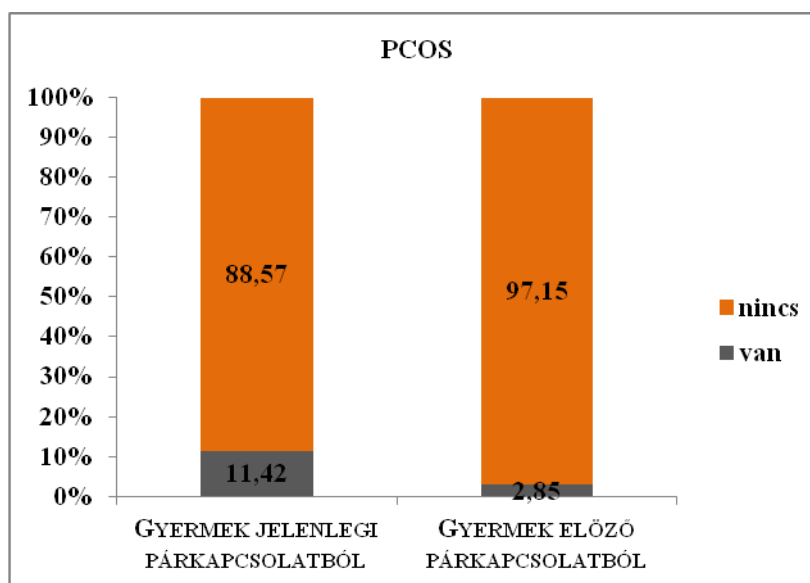
A PCOS és a két kontroll csoport életkor, iskolai végzettség és családi állapot szerinti illeszkedését Mann-Whitney próbával ellenőriztük. Nincs szignifikáns különbség a PCOS és az Endometriózis csoport között sem az életkor ($U=1044$, $p=0,260$), sem a képzettség ($U=1142,500$, $p=0,626$), sem a családi állapot tekintetében ($U=1162$, $p=0,734$). Az Ismeretlen eredetű meddő csoport azonban szignifikánsan idősebb vizsgálati személyekből áll, mint a PCOS csoport tagjai ($U=491,500$, $p=0,006$). Iskolai végzettségében ($U=755$, $p=0,878$) és családi állapotában ($U=654$, $p=0,207$) ugyanakkor nincs eltérés a két csoport között. A másik két csoport egyetlen változóban sem mutat szignifikáns különbséget egymástól [életkor ($U=1217,500$, $p=0,076$), iskolai végzettség ($U=1451,500$, $p=0,683$); családi állapot ($U=1364$, $p=0,315$)]. A PCOS csoport átlagéletkora 31,22 év ($SD=5,73$), ahol a legfiatalabb vizsgálati személy 18 éves, a legidősebb 45. Az Endometriózis csoport átlagéletkora 32,40 év ($SD=5,21$), melynek terjedelme a 19 és 44 év közötti tartományba esett. Az Ismeretlen eredetű meddő csoportban az átlagéletkor 34,25 év ($SD=3,93$), ahol a legfiatalabb vizsgálati személy 24 éves, a legidősebb 45 éves volt.

5.5.2 A gyermekes vizsgálati személyek aránya és a minta meddőséggel kapcsolatos jellemzői

A vizsgálatban részt vevő személyek közül nem mindenki érintett a meddőségben, ugyanis a meddőségi központban olyan betegek is megfordultak, akik a reprodukzív szervek zavarával keresték fel a szakrendelést, azonban jelenleg nem terveztek gyermeket. Ezekről a vizsgálati személyekről azonban nem rendelkezünk információval arról, hogy meddők-e vagy sem. Ily módon azt nem tudjuk prezentálni, hogy a vizsgálati minta hogyan oszlik meg ebből a szempontból. A nem kívánt gyermektelenséggel töltött idő hosszáról azonban van információnk.

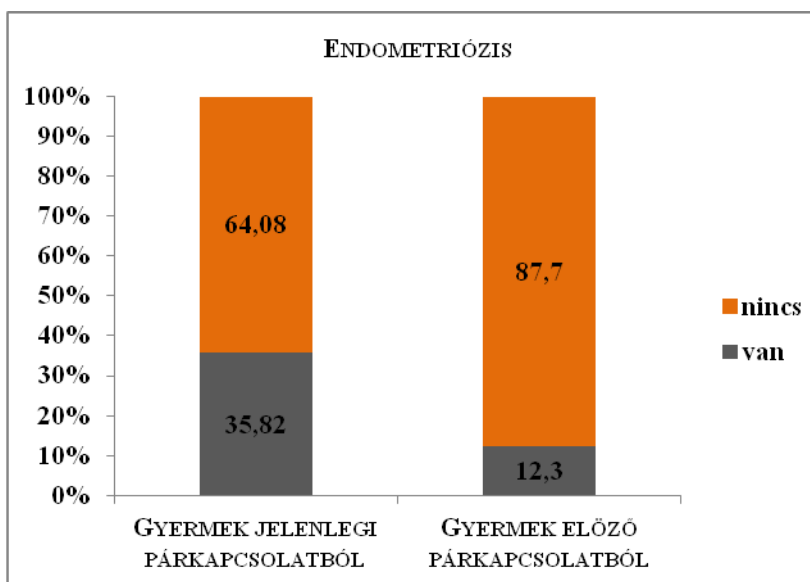
A meddőség időtartamának hossza a három csoportban az alábbi módon alakult. A leghosszabb ideje az Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők vágnak gyermekre, szignifikáns különbség azonosítható a gyermek nélkül töltött hónapok esetén mind a PCOS ($U=447,500$, $p=0,005$), mind Endometriózis csoport viszonylatában ($U=380$, $p=0,000$). Továbbá a PCOS-es nők szignifikánsan régebb óta meddők, mint az Endometriózissal élők ($U=645,500$, $p=0,000$).

A meglévő gyermekek számát az 23, 24 és 25. diagramok szemléltetik. Az adatok százalékos megoszlásának bemutatását választottuk azért, hogy a három csoport egymástól különböző mintaelemszáma ellenére összehasonlíthatóvá tegyük őket.



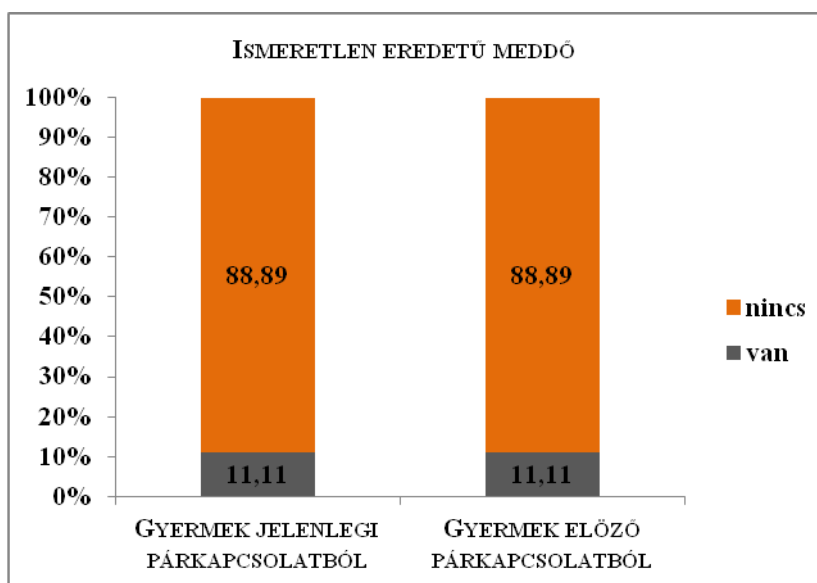
23. ábra. A gyermekes és gyermekkel nem rendelkező PCOS-esek megoszlása

Összesen a PCOS-es nők 14,28%-ának van legalább egy gyermeke. A 23. ábráról az olvasható le, hogy 11,42%-nak a jelenlegi párkapcsolatból és 2,85%-nak előző kapcsolatából van legalább egy gyermeke.



24. ábra. A gyermekes és gyermekkel nem rendelkező endometriózissal élő nők megoszlása

Az endometriózissal élők összesen 46,37%-ának van legalább egy gyermeke. A 24. számú ábra azt mutatja, hogy az Endometriózis csoport 35,82%-ának van a jelenlegi és 12,3%-ának az előző párkapcsolatából legalább egy gyermeke.



25. ábra. A gyermekes és gyermekkel nem rendelkező Ismeretlen eredetű meddő nők megoszlása

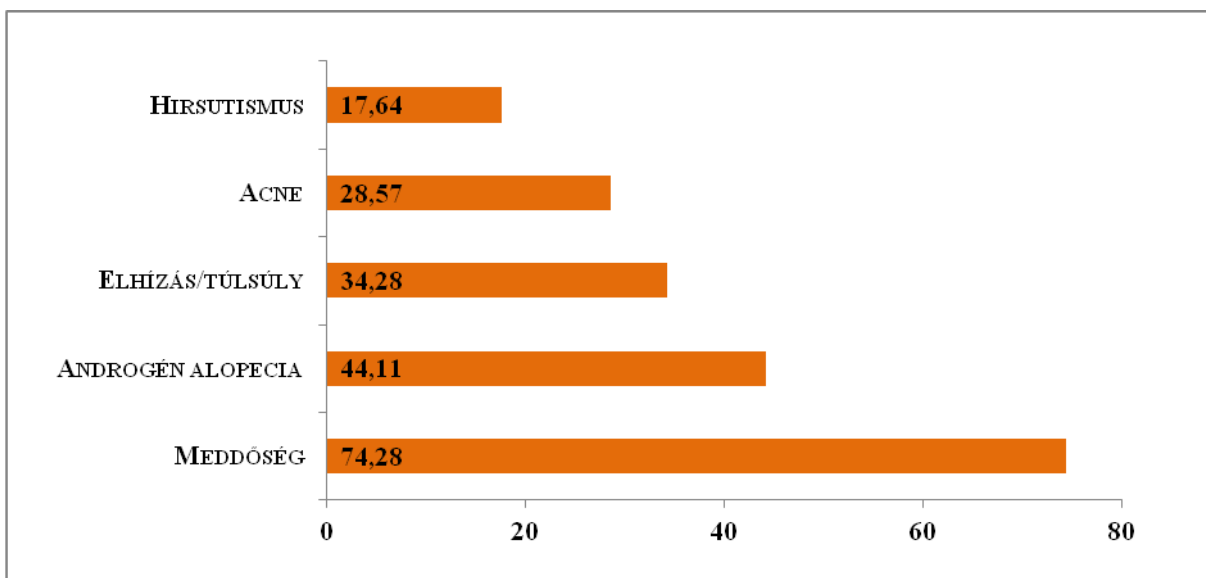
A 25. számú ábra alapján az Ismeretlen eredetű meddőséggel élő nők közül 11,11%-nak van a jelenlegi és 11,11%-nak az előző párkapcsolatából legalább egy gyermeke. Összesen 22,22%-nak van legalább egy gyermeke.

A három csoport közül tehát a PCOS-esek között vannak a legnagyobb számban azok, akiknek nincs még gyermekük, majd őket követik az Ismeretlen eredetű meddők. Az Endometriózis csoport ebben a tekintetben kiemelkedő a mintában. Kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon van-e szignifikáns különbség a három csoport között aszerint, hogy gyermekesek-e vagy sem, ezért Khi-négyzet próbával ellenőriztük a feltevésünket. Az eredményeink szerint [$\chi^2(2)=13,390$, $p=0,001$] statisztikailag kimutatható különbség van ebben a tekintetben a csoportok között.

5.5.3 A PCOS tünetek eloszlása a betegcsoporton belül

A jelen tanulmányban részt vevő vizsgálati személyeket a hyperandrogenismus és testtömeg szempontjából jellemezzük a meddőséggel kapcsolatos információk hiányában. A leggyakoribb hyperandrogén tünet szintén az androgén alopecia (44,11%), azonban messze alatta marad az elővizsgálat (63,76%) és az evészavarok hátterét feltáró vizsgálat (evészavar

vizsgálat) mintájában mért adattól (73,68%). A hirsutismus bizonyul a legritkább hyperandrogén tünetnek ebben a mintában (17,64%), szemben az elővizsgálattal (63,76%) vagy az evészavar vizsgálattal (32,68%). Az acné ebben a kutatásban gyakoribb (28,57%), mint az előző vizsgálatban (17,39%). Az elhízás/túlsúly Petrányi méréséhez hasonló értéket mutatott (38,25% vs. 40%) (Petrányi, 2005).



26. ábra. A PCOS markerek megoszlása a PCOS csoportban

5.6 MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgálat során egyféle tesztbateriát használtunk, amely három kérdéscsoportból épült fel, amelyekből az értekezés szempontjából releváns témaköröket tárgyaljuk ebben a fejezetben. Az első kérdéscsoport a demográfiai és antropometriai adatokra kérdezett rá. A második a PCOS tüneteinek feltérképezését célozta meg. A harmadik kérdéscsoportot a pszichológiai változók méréséhez szükséges mérőeszközök alkották. Az életkorra, a menstruációs ciklus rendszerességére, a transvaginális ultrahanggal igazolt PCO morfológiára és a diagnózisra vonatkozó adatokat a vizsgálati személyek beleegyezésével, az anonimitás biztosítása mellett, a TAJ számaik alapján a szülész-nőgyógyász szakorvos közvetítésével jegyeztük fel.

5.6.1. A demográfiai és antropometriai adatokra vonatkozó kérdések

A kérdőívcsomag első része egy általunk szerkesztett kérdőívből állt, amely az alábbi demográfiai mutatókat tartalmazta: legmagasabb befejezett iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma a jelenlegi és korábbi párkapcsolatokból. Antropometriai adat alatt a testtömegből és testmagasságból kalkulált BMI-t értjük.

5.6.2. A meddőséggel kapcsolatos mutatók

A nem kívánt gyermektelenséggel töltött hónapok számára kérdeztünk rá a vizsgálati személyektől. Urbancsek és Papp (1997), illetve Borsos (1999) szerint tehát meddőségről abban az esetben beszélünk, ha a rendszeres, fogamzásgátlástól mentes házasság ellenére a várandósság egy éven belül nem következik be. Ennek alapján kategorikus változót alkottunk oly módon, hogy az egyik csoportba azok a vizsgálati személyek kerültek, akik minimum 1 és maximum 12 hónapja szeretnének gyermeket. A másik csoportba azok, akik több, mint 12 hónapja próbálkoznak. A továbbiakban ilyen értelemben beszélünk nem meddő és meddő vizsgálati személyekről.

A vizsgálatunkban a primer és szekunder meddőségre vonatkozóan is kalkuláltunk egy változót, azonban az alacsony mintaelemszám miatt (például: szekunder meddőség gyakorisága a PCOS csoportban 3 fő) hipotézis vizsgálatára nem tartottuk alkalmasnak ezt a változót.

5.6.3. A PCOS tüneteire vonatkozó kérdések

A második kérdéscsoportban a 4.4 fejezetben ismertetett, a PCOS szimulált diagnózisának megalkotására alkalmas mérőeszközöket használtuk. A HA tüneteket tehát a Ferriman-Gallwey Score (hirsutismus), a Global Acne Grading Score (acne) és a Savin Scale (androgen alopecia) segítségével detektáltuk. Az acanthosis nigricans esetén megkérdeztük a vizsgálati személyt, hogy észleli-e magán a jellegzetes tünetet vagy sem. A menstruációra és PCO morfológiára vonatkozó kérdéseket a szakorvos segítségével gyűjtöttük.

5.6.4 A pszichológiai változók mérőeszközei

A depresszió mérése. Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory- BDI) (9. melléklet)

Harmadik vizsgálatunkban a Beck Depresszió Kérdőív rövidített, 9 tételt tartalmazó változatát használtuk. A mérőeszközt Rózsa és munkatársai validálták magyar mintán, mely során diagnosztikai megbízhatósága kiválónak bizonyult (Rózsa és mtsai, 2001). A kitöltőnek négyfokú skálán kellett értékelnie, hogy mennyire ért egyet az adott állítással, mennyire tartja magára vonatkoztatva igaznak 0 és 3 közötti súlyossági sorrendben (0=egyáltalán nem jellemző; 3=teljesen jellemző) (Kopp & Kovács, 2006).

A szorongás mérése: Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory- STAI)

A 3.5.3 fejezetben részletesen bemutatott Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőívet alkalmaztuk ebben a vizsgálatunkban is.

A reménytelenség mérése. Beck Reménytelenség Skála (Hopelessness Scale-HS) (10. melléklet)

A Beck Reménytelenség Skála a válaszadók önjellemzésén alapuló, 20 itemet tartalmazó mérőeszköz. A reménytelenség és öngyilkossági szándék legjobb előrejelzőjének tartott kérdőívet Beck és munkatársai fejlesztették ki 1974-ben azzal a céllal, hogy a szuicid szándékot, illetve késztetést felmérjék (Perczel Forintos és mtsai, 2005; Perczel Forintos és mtsai, 2001). Pszichometriai vizsgálatát hazai mintán Perczel és munkatársai végezték el (Perczel Forintos és mtsai, 2001), melynek során valid és megbízható mérőeszköznek bizonyult. Beck és munkatársai faktoranalízissel az alábbi három faktort azonosították:

- Affektív aspektus: jövővel kapcsolatos érzések
- Motivációs aspektus: motiváció elvesztése
- Kognitív aspektus: Jövővel kapcsolatos elvárások

5.6.5 A mérőeszközök megbízhatóságának vizsgálata

A mérőeszközeink pszichometriai vizsgálatát ebben a kutatásunkban is elvégeztük, Cronbach-alfa mutatót kalkuláltunk. A 24. számú táblázat mutatja be az alkalmazott skálák megbízhatóságát. Az eredményeket szintén 0,6 és 0,7 között tekintettük elfogadhatónak és 0,7 fölött jónak ítéltük. Az általunk használt skálák a mintánkon csak részben voltak alkalmasak arra, hogy hipotéziseink megválaszolásához felhasználjuk. Az 24. táblázatban látható, hogy a Kognitív aspektus alskála Cronbach-féle alfa értéke messze alatta marad az általunk

meghatározott 0,6-os küszöbnek. Ezért a későbbiek során eltekintettünk használatától és az elemzéseink során az RS összpontszámmal dolgoztunk. A többi skála és alskála elfogadható, jó, illetve kiváló ($STAI\alpha=0,88$; $RS\alpha=0,8$) belső konzisztenciával rendelkezett.

24. táblázat

A mérőeszközök belső konzisztenciájának összefoglaló táblázata

SKÁLA	ITEMSZÁM	CRONBACH- α
BDI	9	0,78
STAI	20	0,88
RS	20	0,8
Affektív aspektus	6	0,6
Motivációs aspektus	8	0,64
Kognitív aspektus	6	0,42

5.7 A harmadik vizsgálat eredményei

Elsőként a hipotézisek vizsgálatának eredményeit ismertetjük, majd a szuicid veszélyeztetettség felmérésével folytatjuk az eredmények bemutatását.

5.7.1 A PCOS és az Endometriózis csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (1. és 2. hipotézis)

A hipotéziseink vizsgálatához Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. A p értékeket 0,05 alatt vettük szignifikánsnak.

25. táblázat

A PCOS és Endometriózis csoport összehasonlítása a depresszió és a szorongás tekintetében

	CSOPORTOK	MINTAELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
BDI	PCOS	35	60,41	0,055
ÖSSZPONTSZÁM	Endometriózis	69	48,49	
STAI	PCOS	35	61,51	0,020
ÖSSZPONTSZÁM	Endometriózis	69	47,10	

Az 25. számú táblázatban látható, hogy a PCOS és Endometriózis csoport a depresszió súlyossága tekintetében nem különböznek egymástól szignifikánsan. Noha az eredmény az elvárásunknak megfelelően alakult, a rangszám átlagokat megfigyelve elmondható, hogy a PCOS csoport tendencia szinten jelentősen magasabb fokú depresszióról számolt be, mint az endometriózissal élők. Adta magát a kérdés, hogy vajon a 26. és 27. számú ábrán látható és statisztikailag is kimutatott gyermekszámbeli különbség az Endometriózis csoport javára befolyásolhatja-e az eredményeket? Vajon a PCOS csoport emiatt mutat-e tendencia szinten magasabb depresszió összpontszámot? Azokat a vizsgálati személyeket vontuk be a vizsgálatba, akik számára feltehetően inkább releváns a saját gyermek megléte, vagyis akik legalább 1 hónapja már próbálkoznak a teherbeeséssel. Az összefüggések mélyebb megértése érdekében azt vizsgáltuk meg, hogy vajon az adott betegcsoportba való tartozás, vagy a saját gyermek megléte határozza-e meg a depresszió alakulását? Figyelembe véve, hogy a mintánk nem normális eloszlású, ezért Kétszemponthoz varianciaanalízissel nem vizsgálható, négy csoportot alkottunk és azokat Kruskal-Wallis próbával teszteltük. Az alábbi négy csoportot alakítottuk ki:

1. Gyermekes PCOS-es
2. Gyermek nélküli PCOS-es
3. Gyermekes endometriózissal élő
4. Gyermek nélküli endometriózissal élő

26. táblázat

A PCOS és Endometriózis csoport összehasonlítása a depresszió szempontjából a saját gyermek megléte függvényében

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	SZIGNIFIKANCIA SZINT
BDI összpontszám	Gyermekes PCOS-es	3	26,33	0,201
	Gyermek nélküli PCOS-es	25	31,00	
	Gyermekes Endometriózis	5	14,30	
	Gyermek nélküli Endometriózis	22	27,93	

Az 26. számú táblázatból egyrészt leolvasható, hogy nem találtunk szignifikáns különbséget a négy csoport között a depresszió szempontjából [$X^2(3)=4,629$; $p=0,201$], másrészt betegségtől függetlenül rendre a gyermek nélküli csoportokban mértünk magasabb depresszió szintet. A betegcsoportot figyelembe véve, a PCOS gyermek nélküli csoportban mértük a

legmagasabbat, ezt követte a gyermektelen Endometriózis csoport, végül a gyermekes PCOS-esek és a gyermekes endometriózissal élők.

A második hipotézisünket tesztelve az 26. számú táblázatban látható eredményt kaptuk, vagyis a két csoport szignifikánsan különbözik a szorongás tekintetében, tehát ismét elvárásainknak megfelelő eredményt kaptunk. Kíváncsiak voltunk azonban arra is, hogy a kifejezett szorongás a hipotézisünkben felvázolt feltételezésen túl, a meddőséggel vagy a gyermek meglétével összefüggésbe hozható-e? Ugyanis amíg az Endometriózis csoport 46,37%-ának van már legalább egy saját gyermeke, addig a PCOS csoportban ez az arány csupán 14,28%. Mindez annak tükrében fontos információ, hogy amint láttuk a csoportok demográfiai jellemzésében a két csoport között a szocioökonómiai státusz tekintetében nincs szignifikáns különbség. Ismét négy csoportot alkottunk és azokat Kruskal-Wallis próbával teszteltük. Az alábbi négy csoportot alakítottuk ki a meddőség tesztelésére:

1. Meddő PCOS-es csoport (>12 hónapja próbálkoznak)
2. Nem meddő PCOS-es csoport (<12 hónapja próbálkoznak)
3. Meddő Endometriózis csoport (>12 hónapja próbálkoznak)
4. Nem meddő Endometriózis csoport (<12 hónapja próbálkoznak)

27. táblázat

A PCOS és Endometriózis csoport összehasonlítása a szorongás szempontjából a meddőség függvényében

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	SZIGNIFIKANCIA SZINT
STAI összpontszám	Meddő PCOS-es	20	27,70	0,271
	Nem meddő PCOS-es	7	35,07	
	Meddő Endometriózis	17	22,00	
	Nem meddő Endometriózis	8	25,56	

Az 27. számú táblázatból leolvasható, hogy nem találtunk szignifikáns különbséget a négy csoport között a szorongás tekintetében [$X^2(3)=3,910$; $p=0,271$]. A szorongás azok körében a legkifejezettebb betegségtől függetlenül, akik kevesebb, mint 12 hónapja próbálkoznak teherbe esni („Nem meddő”). A PCOS-es csoport meddőségtől függetlenül szorongóbbnak bizonyult, mint az Endometriózis csoport.

A gyermek meglétével kapcsolatosan a depresszióval azonos négy csoportot hoztuk létre és Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk közöttük a különbséget a szorongás tekintetében.

28. táblázat

A PCOS és Endometriózis csoport összehasonlítása a szorongás szempontjából a saját gyermek megléte függvényében

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	SZIGNIFIKANCIA SZINT
STAI összpontszám	Gyermekek PCOS-es	3	20,33	0,132
	Gyermekek nélküli PCOS-es	25	32,32	
	Gyermekek Endometriózis	5	15,60	
	Gyermekek nélküli Endometriózis	22	26,95	

Az 28. számú táblázat eredményei alapján szintén nem találtunk szignifikáns különbséget az alcsoportok között [$X^2(3)=5,614$; $p=0,132$]. Az átlagrangokat szemlélve a mintázat a depresszióhoz hasonlóan alakult. A gyermek nélküli PCOS-esek, majd a gyermek nélküli Endometriózis csoport szorong leginkább betegségtől függetlenül. Ezt követi a gyermekek PCOS alcsoport és végül a gyermekek endometriózissal élők.

5.7.2 A PCOS és az Ismeretlen eredetű, valamint az Endometriózis csoport pszichológiai mutatóinak statisztikai vizsgálata (3. hipotézis)

A hipotéziseink vizsgálatához Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. A p értékeket 0,05 alatt vettük szignifikánsnak.

29. táblázat

A PCOS és Ismeretlen eredetű, valamint az Endometriózis és Ismeretlen eredetű és meddő csoportok összehasonlítása a depresszió és a szorongás tekintetében

	CSOPORTOK	MINTAELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	KÉTOLDALI SZIGNIFIKANCIA
BDI ÖSSZPONTSZÁM	PCOS	35	46,59	0,022
	Ismeretlen eredetű meddő	44	34,76	
STAI ÖSSZPONTSZÁM	PCOS	35	47,69	0,004
	Ismeretlen eredetű meddő	44	32,84	

BDI ÖSSZPONTSZÁM	Endometriózis	69	58,54	0,529
	Ismeretlen eredetű meddő	44	54,59	
STAI ÖSSZPONTSZÁM	Endometriózis	68	58,36	0,331
	Ismeretlen eredetű meddő	43	52,27	

A harmadik hipotézis vizsgálata során láthatjuk, hogy a PCOS csoport valóban szignifikánsan magasabb fokú depresszióról számol be, mint az Ismeretlen eredetű meddő csoport. Az Endometriózis csoport azonban nem különbözik statisztikailag igazolható módon. Adta magát a kérdés, hogy vajon az általunk vizsgált szocioökonómiai mutatók valamelyike magyarázhatja-e az Ismeretlen eredetű meddő csoport magas depresszióját? Két változó esetén feltételeztünk hatást, ez az életkor és a kényszerű meddőséggel töltött idő hossza. Az Ismeretlen eredetű csoport ugyanis mindkettő esetén szignifikánsan magasabb értékeket ért el, mint a két másik csoport. A nem normál eloszlás miatt ismét négy csoportot alkottunk az Ismeretlen eredetű meddő csoport tagjaiból, amelyet az alábbiakban mutatunk be és Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk meg a különbségeket.

1. Nem meddő 35 év alatti
2. Meddő 35 év alatti
3. Nem meddő 35 év felett
4. Meddő 35 év felett

30. táblázat

Az ismeretlen eredetű meddő csoport depressziójának vizsgálata az életkor és a meddőséggel töltött idő függvényében

	CSOPORTOK	MINTA ELEMSZÁM	RANGSZÁM ÁTLAG	SZIGNIFIKANCIA SZINT
BDI összpontszám	„Nem meddő” 35 év alatti	5	30,00	0,194
	„Meddő” 35 év alatti	19	19,89	
	„Nem meddő” 35 év felett	3	31,50	
	„Meddő” 35 év felett	16	20,22	

Az 30. számú táblázatból leolvasható, hogy nem kaptunk szignifikáns különbséget a négy csoport között [$X^2(3)=4,711$; $p=0,194$]. Az átlagrang által mutatott tendenciáról tudunk csupán szólni. Eszerint a legmagasabb fokú depressziót a kevesebb, mint 12 hónapja

próbálkozó („Nem meddő”) és 35 év alatti Ismeretlen eredetű meddők mutatják. A két meddő csoport életkortól függetlenül szinte azonos depresszióról számolt be. Eszerint sem az életkor, sem a meddőség (több, mint 12 hónapja próbálkoznak) nem magyarázza a magas depressziót.

5.7.3 Az életkor és a meddőség összefüggéseinek statisztikai elemzése a pszichológiai változók mentén a PCOS csoportban (4. hipotézis)

A hipotézisünk tesztelésére Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, azért, hogy a 35 év alatti és fölötti PCOS-eseket összehasonlíthassuk a depresszió, reménytelenség és szorongás szempontjából. Az eredmények azt mutatják, hogy mind a depresszió ($U=44,500$, $p=0,025$), mind a reménytelenség esetén ($U=49,500$, $p=0,044$) szignifikánsan magasabb összpontszámot értek el a 35 évet betöltött PCOS-es nők, mint az ettől fiatalabb társaik. A szorongás esetén ($U=65$, $p=0,184$) azonban ezt az összefüggést nem sikerült igazolni. Teszteltük azt is, hogy vajon az életkor önmagában összefüggést mutat-e a fenti változókval, ezért Spearman-féle együtthatót számoltunk, azonban egyetlen mutató sem volt szignifikáns. Tehát a depresszió és szorongás kapcsán igazolódott, hogy nem önmagában az életkor függ össze a két változóval, hanem az, hogy a reprodukív kor küszöbe előtt áll-e a vizsgálati személy vagy azon túl.

5.7.4 A nem kívánt gyermektelenséggel töltött idő és a hangulati állapot összefüggéseinek statisztikai vizsgálata a PCOS-es nők között (5. hipotézis)

A Spearman-féle nemparaméteres rangkorrelációs eljárást alkalmaztunk a hipotézisünk vizsgálatára. Azokat a vizsgálati személyeket vontuk be az elemzésbe, akik érintettek a meddőség kérdésében, azaz akik több, mint 12 hónapja várnak gyermekáldásra.

31. táblázat

A meddőséggel töltött idő együttjárása a depresszióval, szorongással és reménytelenséggel a PCOS- es nők között

PSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÓK	MINTAELEMSZÁM (N)	KORRELÁCIÓS EGYÜTTHATÓ (r_s)
BDI	20	0,28
STAI	20	-0,07
RS	20	0,03

Az 31. számú táblázatban látható eredményeink szerint azonban nincs szignifikáns együttjárás a kényszerű meddőséggel töltött idő és a depresszió foka ($r_s=0,28$, $p=0,239$) valamint a reménytelenség súlyossága ($r_s=0,03$, $p=0,898$) között. A szorongás esetén ugyancsak nem azonosítottunk szignifikáns kapcsolatot, azonban az itt detektált fordított irányú összefüggésről érdemes szót ejteni ($r_s= -0,07$, $p=0,764$). Eszerint minél több időt töltenek gyermekre várva a meddő PCOS-es nők, annál kevésbé mutatnak szorongásos tüneteket. Mélyebb elemzést a meddőségben érintett PCOS-es nők között az alacsony mintaelemszám ($N=20$) miatt nem tudtunk elvégezni.

5.7.5 A szuicid veszélyeztetettség felmérése

Az alábbiakban a vizsgálati minta szuicid veszélyeztetettségének felmérését mutatjuk be. A PCOS csoport fenotípusok szerinti vizsgálatáról is ehelyütt szólunk. Az alacsony mintaelemszám miatt az alcsoportok statisztikai vizsgálata ugyan megghiúsult, azonban a szuicid veszélyeztetettség szempontjából jellemezni tudjuk az alcsoportokat. A 35 fős PCOS csoportból mindössze 20 fő esetén tudtuk a fenotípus szerinti alcsoportokat kialakítani. Ennek háttérében a PCOS diagnosztizálása során alkalmazott eszközök közötti különbség áll (amelynek dilemmáját az 1.2 fejezetben tárgyaltuk). A szakorvosi diagnózis alapján PCOS csoportba került vizsgálati személyekből 15 fő nem teljesítette az általunk használt mérőeszközök kritériumait, így csak azokat tudtuk bevonni a fenotípus szerinti vizsgálatba, akik ezt a küszöböt elérték. A 20 vizsgálati személy az alábbi módon oszlott meg fenotípus szempontjából: a komplett fenotípusba 5 fő, a II. típusú klasszikus PCOS csoportba 3 fő, az Ovulációs csoportba 6 fő és a Nem hyperandrogén csoportba szintén 6 vizsgálati személy tartozott. Valamennyi fenotípus képviseli magát tehát a mintában, ezen belül az Ovulációs és Nem hyperandrogén csoporttagok vannak többségében.

A 32. táblázat a teljes vizsgálati minta szuicid veszélyeztetettségét mutatja be. A mutatót Perczel Forintos és munkatársai (2001) munkája nyomán kalkuláltuk. Az öngyilkosság és a reménytelenség közötti szignifikáns összefüggés miatt a reménytelenség konstrukciójának mérése adekvát az öngyilkosság szempontjából. A nemzetközi felmérések szerint a 9-től magasabb RS összpontszám esetén komoly szuicid veszélyeztetettség áll fenn (Perczel Forintos és mtsai, 2001). Az 32. táblázatban jól látható, hogy a teljes PCOS minta 14,28%-a a komoly szuicid veszélyeztetettség küszöbét elérte, ez 5 vizsgálati személyt jelent. Az Endometriózis csoportból szintén 5 fő érte el ezt a szintet, amely az egész csoport 7, 24%-át teszi ki. A legalacsonyabb szuicid veszélyt az Ismeretlen eredetű meddő csoport jelenti (2,22%). A fenotípusok közül az Ovulációs PCOS csoport emelkedik ki, 2 fő (a vizsgált

csoport 33,33%-a) érte el a küszöböt. A Komplettn fenotípus esetén 1 fő (20%) és az Ovulációs típus esetén is 1 vizsgálati személy (16,66%) sorolható a veszélyeztetett övezetbe.

32. táblázat

Szuicid veszélyeztetettség küszöböt elérték száma a mintában (%)

PCOS CSOPORT	14,28
ENDOMETRIÓZIS CSOPORT	7,24
ISMERETLEN EREDETŰ MEDDŐ CSOPORT	2,22

Mindemellett megkülönböztethető a reménytelenség magas (9-14 pont) és súlyos szintje (15-20 pont). A reménytelenség magas foka jellemzi a PCOS-esek 14,28%-át, az Endometriózisos csoport 5,79%-át és az Ismeretlen eredetű meddők 4,44%-át. A reménytelenség súlyos mértékével jellemezhető a PCOS-esek 2,85%-a és az Endometriózis csoport 2,89%-a. Az Ismeretlen eredetű meddők közül senki sem érte el azt a szintet.

5.8 A harmadik vizsgálat eredményeinek megvitatása

A PCOS csoport és az endometriózissal élő csoport tagjai között a depresszió esetén azt vártuk, hogy nem találunk statisztikailag kimutatható különbséget (**1. hipotézis**). Az 1. hipotézisünk tehát beigazolódott. Kíváncsiak voltunk azonban a PCOS-esek tendencia szintű magasabb depressziójának okára. Az egyébként hasonló szocioökonómiai státusszal jellemezhető, ugyanúgy krónikus, reprodukív rendszert érintő kórképek közötti különbség jelen mintában a meglévő gyermekek számában, illetve a betegség minőségében volt. Eredményeink, noha csupán tendencia szinten arra utalnak, hogy a gyermekszám mindkét csoportban összefüggésben van a depresszió mértékével. A PCOS mint betegség önmagában a depresszió magasabb szintjével társul az Endometriózis csoporthoz viszonyítva attól függetlenül, hogy van-e gyermek vagy nincs. Továbbá, adataink megerősítik az endometriózissal élő nők depressziójával kapcsolatos hazai eredményeket (Bokor és munkatársai, 2013). Eszerint az endometriózissal élő nőket a PCOS-es nőkhöz hasonlóan rizikócsoportként azonosítottuk a depresszióra való veszélyeztetettség szempontjából.

Ehelyütt szólunk a szuicid veszélyeztetettség felmérésének eredményeiről is. Noha a depresszió hasonló szintjét mértük a PCOS és Endometriózis csoport között, azaz nem mutatható ki statisztikailag igazolható különbség közöttük, a szuicid kockázat a PCOS

csoportban mégis kifejezettebb. Olyannyira, hogy Månsson és munkatársai (2008) már idézett munkájával (14%) csaknem azonos gyakoriságot mértünk (14,28%). Az endometriózisos nők közötti gyakorisághoz viszonyítva (7,24%), a PCOS-es nők öngyilkossági veszélyeztetettsége még hangsúlyosabbá válik. Tovább árnyalja a képet, hogy az ismeretlen eredetű meddő nők közötti előfordulási gyakoriság (2,22%) inkább a Månssonék (2%) (2008) és a Hart és Doherty (2014) által is mért kontrollhoz (2,9%) hasonló, semmint a másik két reproduktív zavarral küzdő csoporthoz. A vizsgálatunk tehát megerősítette, hogy a PCOS-es nők körében hétszer gyakrabban azonosítható szuicid veszélyre utaló jel, mint az egészséges kontroll csoport vagy az ismeretlen eredetű meddő nők esetén. További, a szakirodalomban elsőként mért eredményünk, hogy az endometriózis csoporthoz viszonyítva csaknem duplája az öngyilkossági veszélyeztetettek aránya a PCOS-esek körében. A depresszióra és öngyilkosságra vonatkozó eredményeink jelentősége Rihmer és Perczel (2014) írása nyomán körvonalazódik. Ahogy arra a szakirodalmi áttekintésben is rávilágítottunk, a depressziós személyek 10-15%-a öngyilkosságot követ el, mindemellett a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek 65-75%-a aktuálisan depressziós volt. Egyet kell tehát értenünk Kopp (2005b) iránymutatásával, miszerint a szuicid prevenció a depresszióra hajlamosító csoportokban, így a PCOS-es nők csoportjában is sarkalatos pont.

A **2. hipotézis**ünkben azt vártuk, hogy a PCOS-es vizsgálati személyek a betegségre jellemző maszkulinizáló tünetek miatt magasabb fokú szorongásról számolnak be, mint az Endometriózis csoport. Az elvárásainknak megfelelő eredményről számolhatunk be, a 2. hipotézisünk beigazolódott. Az eredményeink továbbá arra utalnak, hogy a gyermekkel még nem rendelkező nők szorongása kifejezettebb, ez jelen mintában a PCOS-es nőket inkább sújtja. Mindemellett, azok a nők, akik kevesebb, mint 12 hónapja próbálnak teherbe esni, a szorongás magasabb fokát élik meg, mint a több, mint 12 hónapja próbálkozók. Összességében tehát a maximum 12 hónapja próbálkozó, gyermekkel még nem rendelkező PCOS-es nők a legvesélyeztetettebbek a szorongás szempontjából. Mindez azt jelenti, hogy a PCOS-esek az egészséges kontroll csoporttól való különbségen túl, a hasonlóan a reproduktív rendszert érintő nőgyógyászati betegség esetén is statisztikailag kimutatható módon jobban szoronganak. Ezen a ponton szeretnénk visszautalni a szorongás szomatikus következményeivel kapcsolatos fejezetünkre. Egyrészt Ágostonra, aki kiemelte a szorongás reproduktív rendszerre gyakorolt negatív hatását (menstruációs ciklus, teherbeesés valószínűsége, vetélés kockázata) (Ágoston, 2006). Másrészt Dokras és munkatársaira (2012), akik rámutattak, hogy a PCOS-esek a kardiovaszkuláris megbetegedés szempontjából rizikócsoportnak számítanak. Az elővizsgálatunk és jelen kutatás eredményei alapján, miszerint a PCOS klinikai szintű szorongása kifejezett, elmondható, hogy a PCOS-esek

szorongása szövődményeket okozhat, vagyis a meglévő szomatikus tüneteiket jelentősen ronthatja.

Részben igazolódott a **3. hipotézis**ünk, ahol azt vártuk, hogy mind a PCOS, mind az Endometriózis csoport magasabb fokú depresszióról számol be, mint az ismeretlen eredetű meddő nők. A PCOS-esek ettől a kontroll csoporttól is magasabb fokú depressziós tüneteket mutatnak, azonban az Endometriózis csoport kapcsán ez nem igazolódott. Az eredmény háttérében részben az állhat, hogy az ismeretlen eredetű meddőségi probléma gyakran megbélyegzi az érintetteket, ugyanis tudattalan lelki elakadást feltételez a környezet mögötte (Pápay & Gellért, 2015). Továbbá a diagnózis hiánya okozhatja a személyes kontroll érzésének alacsonyabb voltát, amely a tanult tehetetlenségen keresztül magyarázhatja a magas depressziós tüneteket. Szintén tendencia szinten mutattuk ki, hogy a legmagasabb depressziót a kevesebb, mint 12 hónapja próbálkozó és 35 év alatti Ismeretlen eredetű meddők mutatják.

A **4. hipotézis**ünk részben igazolódott. Vizsgálatunk eredményei alapján úgy tűnik, hogy a 35. év fordulópont a PCOS-es nők mentális jólléte szempontjából, ami a 35 évtől idősebb vizsgálati személyek esetén magasabb fokú depressziót és reménytelenebb jövőképet jelentett, azonban a szorongással nem mutatott összefüggést. A fordulópontot igazolja, hogy az életkor önmagában nem mutatott együttjárást a fenti két változóval. Bizonyított, hogy a reprodukcióra való képesség 35 évesen ekkor indul rohamos hanyatlásnak (Liu & Case, 2011). Noha Szigeti és Konkoly (2012) hazai vizsgálatában a meddő nők között az életkor és mentális állapot között nem mutatott ki összefüggést, a mi vizsgálatunk ennek az eredménynek ellentmondó adatot közöl a PCOS-esek kapcsán. Az eredmények közötti diszkrepancia háttérében az is állhat, hogy a PCOS-esek betegségük révén speciális meddőségi csoportnak számítanak.

Az **5. hipotézis**ünk noha nem igazolódott be, és ezzel Szigeti és Konkoly (2012) eredményeit megerősítettük, az alábbi fontos tendencia szintű eredményekről kell szólnunk. Az körvonalazódik, hogy a gyermekáldásra váró PCOS-esek a próbálkozás első időszakában (<12 hónap) mutatják a legmagasabb fokú szorongást, amely a megtermékenyülés sikerességét negatív irányba befolyásolhatja (Ágoston, 2006).

Összefoglalásunkban szeretnénk visszakanyarodni a célkitűzésekben felvetett kérdéseink megválaszolásához. A PCOS-es nők tehát nem csak az egészséges kontroll csoport viszonylatában emelkednek ki depresszió és szorongás szempontjából, hanem egy szintén reproduktív rendszert érintő krónikus betegséggel való összehasonlításban is. A depresszió, noha statisztikailag nem kimutatható módon, de a PCOS-es nők között kifejezettebb, mint az endometriózissal élők között, ugyanakkor a szorongás szintje kiemelkedő a betegcsoportban. Az ismeretlen eredetű meddő nőkéttől szintén rosszabb mentális állapotot detektáltunk attól

függetlenül, hogy azok bizonyos szocioökonómiai mutatói (életkor, meddőséggel töltött idő hossza) kedvezőtlenebbek voltak a PCOS-es nőkétől. Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a PCOS kiemelkedő rizikócsoporthoz a depresszió és szorongás szempontjából. A szuicid veszélyeztetettség szintén bizonyítást nyert. A reménytelenség, amely az öngyilkosság módosítható kockázati tényezője, a PCOS csoportban hétszer gyakoribb, mint a kontroll csoportban és csaknem kétszer gyakoribb, mint az endometriózissal élők körében. Mindez arra utal, hogy mindkét betegcsoport kiemelkedő szuicid prevenció célpont, különösen igaz ez a PCOS-esekre. Az életkorral kapcsolatos kutatási kérdésünk szintén relevánsnak bizonyult, a 35 életév a PCOS-esek körében olyan fordulópont, amelyen túljutva a depresszió és reménytelenség magasabb foka várható. Végül a meddőséggel töltött idő hossza úgy tűnik a PCOS-esek között nincs jelentős hatással a mentális jólétre.

A harmadik vizsgálatunk limitációjaként ki kell emelnünk a rendkívül alacsony mintaelemszámot, amely egyes statisztikai próbák kivitelezését megghiúsította. Célszerűbb lenne a további kutatások alkalmával több éves betegforgalom adatait feldolgozni, ugyanis a csoportokba sorolás során várhatóan számos vizsgálati személyt ki kell zárni a mintából.

6. NEGYEDIK VIZSGÁLAT

A PCOS-ES NŐK DEPRESSZIÓS TÜNETEIVEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN ÁLLÓ TÉNYEZŐK FELTÁRÁSA EGYÉNI MÉLYINTERJÚS MÓDSZERREL

6.1 Célkitűzés

A negyedik kutatásunk a három kérdőíves vizsgálataink eredményei nyomán született azzal a céllal, hogy az általunk detektált depresszió hátterét feltérképezzük. Tehát teljesebb képet szeretnénk volna kapni arról, hogy vajon melyek azok a PCOS tünetek, amelyek összefüggésben lehetnek a depresszióval?

Továbbá érdeklődésünk fókuszában az állt, hogy a PCOS-es nők vajon milyen visszatérő, eddig még nem azonosított tényezőkről számolnak be, amelyek feltehetően befolyásolják a betegséggel való megküzdésüket?

A fő célkitűzésünk végső soron az eddigi vizsgálatokhoz hasonlóan az volt, hogy az intervenciós program kidolgozásához és/vagy fejlesztéséhez tudományos alapot biztosítsunk, ezt a célt jelen kutatásban a PCOS-es nők saját élményét alapul véve kívántuk kivitelezni.

A vizsgálat jelentős hozzájárulása a tudományhoz az, hogy annak ellenére, hogy a PCOS bizonyítottan rizikócsoporthoz tartozó pszichológiai megbetegedések szempontjából, kevés vizsgálat alkalmazott kvalitatív módszereket a depresszió hátterében álló tényezők felderítése céljából. Tudtunkkal hazánkban még nem született olyan kutatás, amely mélyinterjú vagy más kvalitatív módszert alkalmazott volna a PCOS-es nők autentikus tapasztalataihoz való hozzáférés céljából.

6.2 Feltevések

Előző vizsgálataink alapján azt feltételeztük, hogy bizonyos PCOS tünetek a depresszió kiugróan magas fokával járnak együtt. Az elővizsgálatunk és a meddőségi központban végzett vizsgálatunk eredményei alapján a gyermekvállalás tartalmi körében depressziós tüneteket várunk. Az elővizsgálatban ugyanis szignifikáns különbséget azonosítottunk a meddő és nem meddő PCOS-es vizsgálati személyek között. Ezt az eredményt, noha csupán tendencia szinten, de megerősítettük a harmadik vizsgálatunkban, amikor a gyermek nélküli PCOS-es nők mutatták a legmarkánsabb depressziós tüneteket.

Szintén az elővizsgálatunk eredményére alapozzuk a második feltevésünket. A kontrollálhatatlan étvággal rendelkező nők között ugyanis szignifikánsan magasabb fokú depressziót detektáltunk. Azt feltételezzük, hogy a saját test működése feletti kontroll a tehetetlenség élményének talaján a depresszió egyik forrása lehet, ezért azt várjuk, hogy a kontrollvesztett állapot tartalmi körében megjelennek a depressziós tünetek.

A második vizsgálatunk (evészavartünetek vizsgálata) eredményei alapján feltehetően a túlsúllyal kapcsolatos tünetek a testkép negatívabb értékelésével járnak együtt. A második vizsgálatban ugyanis igazoltuk, hogy a negatív testtel kapcsolatos attitűd azok körében szignifikánsan gyakoribb, akik túlsúllyal/elhízással küzdenek.

Azt várjuk tehát, hogy a gyermekvállalással, a saját test működése feletti kontroll hiányával és a túlsúllyal összefüggésben megjelennek a depressziós tünetek.

6.3 A vizsgálati személyek

A mélyinterjú vizsgálatot 2012. 06. 30. és 2012. 07. 30. között végeztük Budapesten és Debrecenben. Célzott hozzáférés alapú mintavételt alkalmaztunk, azaz PCOS-ben érintett nőket keresve azokat válogattuk be a mintába, akikhez hozzáfértünk a Mens Mentis Egészségcentrumon, a PCOS Szívügy Alapítvány honlapján és utóbbi levelezőlistáján, valamint a Hajdú-bihari Napló online felületén keresztül. Hirdetést tettünk fel, a kutatásra való felhívás plakátját az 11. számú melléklet tartalmazza. A vizsgálat kivitelezése egy nagyobb kutatási program, a TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024 számú projekt keretein belül történt, amely lehetőséget adott arra, hogy minden vizsgálati személy után 1524 Ft-ot tudtunk fizetni a PCOS Szívügy Alapítvány számára.

A kutatásba szakorvos által megállapított, PCOS diagnózissal rendelkező vizsgálati személyeket válogattunk be. A vizsgálati személyektől kértük a diagnózisuk másolatát és a transzvaginális ultrahang leletét, amelyet bescanneltünk és az interjúanyaghoz csatoltunk. Ehelyütt kell szólnunk az anonimitás biztosításának módszeréről. A vizsgálati személyek a kutatásba való jelentkezésük során azonnal sorszámot kaptak, amelyet a vizsgálat befejezéséig megőriztek. Valamennyi leletet úgy regisztráltunk, hogy az azonosító adatokat kitakartuk (például név, életkor, TAJ szám) és az adott vizsgálati személyhez tartozó sorszámmal elláttuk.

A vizsgálatra összesen 52 PCOS-es vizsgálati személy jelentkezett, ebből 46 vizsgálati személy Budapest és vonzáskörzetéből és 6 fő Debrecen és környékéről regisztrált. A tényleges kutatásban 26 vizsgálati személy vett részt. A lemorzsolódás magas arányának hátterében a 2.2.1 alfejezetben már említett ok húzódhat meg: a PCOS bizonyos markerei a szociális izolációnak kedveznek (Bőr és Nemikórtan Szakmai Kollégium, 2008). Aki érintett, gyakran titkolja, nem szívesen vállalja fel a betegségét. A PCOS-es nőkkel foglalkozó kutatók felismerték ezt a problémát olyannyira, hogy Williams és munkatársai ebből a megfontolásból Skype interjú technikát alkalmaztak a PCOS-es nők elérése érdekében (Williams és mtsai, 2015).

Az értekezésben 5 vizsgálati személy adatait dolgoztuk fel, ezért a vizsgálati személyek demográfiai jellemzését ennek ismeretében mutatjuk be.

A vizsgálati személyek demográfiai jellemzőit az 33. számú táblázatban mutatjuk be.

33. táblázat

A vizsgálati személyek demográfiai összefoglaló táblázata

SORSZÁM	ÉLETKOR	CSALÁDI ÁLLAPOT	ISKOLAI VÉGZETSÉG	GYERMEKEK SZÁMA	MEDDŐSÉGI KEZELÉSBEN VALÓ RÉSZVÉTEL
2	33	Házass	Középfokú	0	Nem
3	34	Házass	Felsőfokú	0	Igen
9	39	Házass	Felsőfokú	2	Igen
18	29	Házass	Felsőfokú	0	Nem
34	32	Párkapcsolat	Felsőfokú	0	Nem

A vizsgálati személyek átlagéletkora 33,34 év ($SD=3,64$), melynek terjedelme a 29 és 39 év közötti tartományba esett. Egy kivételével házasságban élnek. Gyermekkel egyetlen PCOS-es nő rendelkezik és ketten meddőségi kezelésben már vettek részt.

A vizsgálatban részt vevők PCOS markerek szerint az alábbi módon oszlanak meg: a meddőség (4 fő) és elhízás/túlsúly (4 fő) aránya a legmagasabb. Az androgén alopecia (3 fő), az acne (3 fő) és az inzulinrezisztencia (3 fő) gyakorisága is számottevő. Hirsutismussal él 2 vizsgálati személy, az acanthosis nigricans nem jellemző a mintában.

A mintát a fenotípusokba való tartozás szempontjából is elemeztük. Eszerint ketten tartoznak a Komplet fenotípusba, egy vizsgálati személy a Nem hyperandrogén csoportba és egy-egy fő a II. típusú klasszikus fenotípusba és az Ovulációs alcsoportba.

6.4 Az adatfelvétel módja

A vizsgálat körülményeiről is szólnunk kell. A mélyinterjú felvétele két helyszínen zajlott. Egyrészt Budapesten a Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézete Apartmanház és Kollégiumában (jelenleg Pető András Főiskola). Egy apartman két különálló szobájában, párhuzamosan zajlottak az interjúk felvételei. Az interjúkat két pszichológus (köztük a szerző) készítette. A debreceni vizsgálati személyeknek a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének tárgyaló szobájába szerveztük a mélyinterjúkat. Egy-egy interjú 1-1 óra 30 percet vett igénybe, amelyet megszakítás nélkül folytattunk le. Az adatrögzítés diktafon és jegyzetelés segítségével történt. Az interjú kezdete előtt a vizsgálati személyek informált beleegyezését kértük az eszköz használatára, amelyet egyetlen esetben sem kifogásoltak a kutatásban részt vevők.

6.5 Mérészközök

Az adatok gyűjtése összesen három fázisból állt, azonban ehelyütt csak az értekezés szempontjából releváns két részt mutatjuk be. Az általunk ismertetett két szakaszból kronologikus sorrendben az első a mélyinterjú felvétele volt, majd ezt követte egy kérdőív kitöltése.

A kérdőív első kérdéscsoportja a vizsgálati személyek demográfiai és antropometriai jellemzőire kérdezett rá. A második kérdéscsoport azokat a PCOS tüneteinek feltérképezéséhez szükséges mérőeszközöket tartalmazta, amelyeket a 4.4 fejezetben részletesen ismertettünk. A HA tüneteket ismét a Ferriman-Gallwey Score, a Global Acne Grading Score és a Savin Scale segítségével detektáltuk. Az acanthosis nigricans és a menstruáció kapcsán ebben az esetben is megkérdeztük a vizsgálati személyt, hogy észleli-e magán a jellegzetes tünetet vagy sem.

Az általunk alkalmazott mélyinterjú módszer legfőbb ismérveit a kvalitatív interjúk Kvale által felvázolt jellemzése mentén kívánjuk bemutatni (Kvale, 2005).

Metodológiai szempontból az emocionalista paradigma vonulatába illeszkedik a kutatásunk. A célunk ugyanis az volt, hogy hiteles, szubjektív beszámolókat kapjunk a PCOS-esek élményeivel kapcsolatban. Az érzések és megélt tapasztalatok feltárása tehát kulcsfontosságú volt számunkra.

Tartalmi szempontból a mélyinterjú technikájához áll legközelebb a módszerünk, azaz a személyiség mély szféráinak, identitásának kérdéseire irányult elsősorban a vizsgálat. Olyan témakört jártunk körül, amelyről az interjú alanyainak nehéz beszélnie. Azonban ahogy Kvale is rámutat, azt interjúfajták határai nem élesek, különösen igaz ez a mély- és narratív interjú esetén. Ennek megfelelően a narratív interjú sajátosságai is megtalálhatók benne, amely a PCOS-es életforma és az ezzel kapcsolatos események elbeszélésében érhető tetten.

Figyelembe véve célkitűzésünk kettősségét, azaz a feltevéseink tesztelésének motivációját és az exploratív, leíró célkitűzést, zártabb és nyitott kérdéseket is alkalmaztunk. Ennek megfelelően *strukturáltság szempontjából* a félig strukturált interjú műfajához soroljuk a munkánkat, konkrétan módszerünk a félig strukturált tematikus kvalitatív interjú kritériumait elégíti ki. Ennek értelmében az interjúvezető megengedte a vizsgálati személyek szabad megnyilatkozását, azonban keretek között tartotta a beszélgetést, ugyanis az interjú egy behatárolt téma körül forgott.

Végül az *interakció kerete szempontjából* a csoportos helyett az egyéni interjú mellett döntöttünk, amelyet diádikus helyzetben valósítottunk meg.

6.6 Az interjúvázlat bemutatása

Valamennyi interjú azonos vázlat mentén zajlott, a célunk az volt, hogy a beszélgetés rugalmas irányítása mellett, szükség esetén a vezérfonalhoz visszatereljük a vizsgálati személyeket. Tehát az volt a terv, hogy valamennyi kérdésre választ kapjunk, azonban a sorrend másodlagos szempont volt. Törekedtünk arra, hogy nyugodt, fesztelen légkört alakítsunk ki. Az interjúvázlat elkészítése során a Kvale (2005) által ajánlott interjúkészítési ajánlást figyelembe vettük. Ennek megfelelően törekedtünk arra, hogy tömör, egyszerű kérdéseket fogalmazzunk meg. A továbbiakban témakörönként bemutatjuk az általunk alkalmazott interjúvázlatot.

6.6.1. A vizsgálati személyek informálása

A bemutatkozás az interjú korábbi fázisában történt. A bemutatkozás tartalmazta az interjúkészítő nevét, foglalkozását és munkahelyét. Az informálás során kifejtettük azt, hogy egy doktori kutatás keretein belül zajlik a vizsgálat, illetve a kutatás célkitűzését nagyvonalakban exponáltuk, végül szót ejtettünk az interjú strukturáltságáról is.

6.6.2. Az első tünetek, a diagnózis és a kezelés körülményeinek feltárása

Elsőként a diagnózis és a kezelés körülményeit jártuk körül abból a célból, hogy információt gyűjtsünk a „diagnózis útjáról”, valamint a kezelés előtti és utáni tapasztalatokról. A diagnózis kapcsán külön kitértünk a diagnózis hatására is. A kérdés alpontjaira abban az esetben kérdeztünk rá, ha a vizsgálati személy spontán nem beszélt róla.

Interjúvezető:

„Arra szeretnék kérni, hogy mesélj magadról és a PCOS-ről. Mikor és miből jöttél rá, hogy valami probléma lehet?”

- *Mikor és miből jöttél rá, hogy valami probléma lehet?*
- *Melyek voltak a tüneteid?*
- *Mennyi idő telt el az első tünet és az orvoshoz fordulás között?*
- *Mikor kaptad meg a PCOS diagnózist?*
- *Mit gondoltál, amikor megkaptad a diagnózist?*
- *Mit éreztél, amikor megkaptad a diagnózist?*
- *Milyen kezelésben részesülsz?*
- *Mióta kezelnek így?*
- *Mióta megfelelő kezelésben részesülsz, változott-e valami az életedben?*

6.6.3. A PCOS szubjektív megélése a mindennapokban

A következő kérdésünk annak feltárására irányult, ahogyan megélik a PCOS-es nők a hétköznapijait. Miután válaszoltak, egy részletező kérdés segítségével egy konkrét napjukat is lekérdeztük.

Interjúvezető:

„Most arra lennék kíváncsi, hogy befolyásolja-e a betegség a mindennapi életedet? Ha igen, miben nyilvánul ez meg?”

„Egy konkrét napodat hogyan befolyásolja a PCOS?”

6.6.4. A hangulati állapotot befolyásoló körülmények feltárása

Ezzel a kérdéssel az volt a célunk, hogy biztosan választ kapjunk a kutatás célkitűzéseire, vagyis a hangulati állapottal összefüggésbe hozható személyekre, körülményekre, helyszínekre, tevékenységekre és gondolatokra kérdeztünk rá.

Interjúvezető:

„Mindannyian megtapasztaljuk, hogy van, amikor jobban vagyunk, van, amikor rosszabbul. Ez a normális emberi működésünk része. Mi az, ami téged lehangoltta tud tenni?”

- *Kivel vagy ekkor?*
- *Mit csinálsz éppen?*
- *Mikor történt?/ Milyen gyakran tesz lehangolttá?*

- *Hol voltál éppen?*
- *Milyen érzéseid vannak ekkor?*
- *Ha az érzés intenzitását kellene megállapítani 0-100%-ig, milyen intenzitású?*
- *Mi fut át a fejedben, mielőtt így kezdesz érezni?*

6.6.5. A nemkívánatos PCOS tünetek rangsorolása

A nemkívánatos tünetek eltüntetésére vonatkozó rangsoroló kérdésünket idői és térbeli távolításra szolgáló formában fogalmaztuk meg, ezért egy mesebeli szituáció elképzelésére invitáltuk a vizsgálati személyeket. Az volt a célunk, hogy a mélyen gyökerező vágyait hozzuk felszínre azáltal, hogy a realitást nélkülöző kívánságait megfogalmazza az interjúalany.

Interjúvezető:

„Most képzeljük el, hogy most egy mesében vagyunk, és egy tündér teljesíti a kívánságaidat. Mi az, amit kívánnál, hogy változtasson a PCOS-sel kapcsolatosan?”

- *Mit változtasson meg?*
- *Mely tüneteket tüntetné el?*
- *Milyen sorrendben tűnnének el ezek a tünetek? (egyesével, melyek lennének ezek?)*

6.6.6. A PCOS nőiségre gyakorolt hatásának témaköre

Három kérdés segítségével kérdeztünk rá a vizsgálati személyek nőiségével kapcsolatos tapasztalataira. Arra voltunk kíváncsiak, hogy vizsgálati személyek számára mely tulajdonságok képviselik a nőiséget és azt az alábbiak közül milyen síkon fejezik ki.

1. Biológiai tényezők: ez alatt a menstruációt vagy reprodukcióra való képességet értjük
2. A női megjelenéssel kapcsolatos tényezők:
 - beleértve az adottságokat, például a bőr állapota, a szőrösség foka, a testsúly
 - a nőiességet jelképező szignálok: öltözködés, frizura, ékszer, smink
3. Belső tulajdonságok, amelyeket hagyományosan női tulajdonságnak tekintenek, például: önfeláldozás, gondoskodás, társas kapcsolatok

Interjúvezető:

„Most arra lennék kíváncsi, hogy nőként milyen nehézségekkel szembesülsz a betegség következtében?”

„A kutatási felhívásban is szerepelt, hogy arra vagyunk kíváncsiak, milyen tapasztalataitok vannak PCOS-esként. Véleményed szerint különbözik-e egy PCOS-sel élő nő élete, egy másik nő életétől?”

„Miből tudod/ miből érzed, hogy nő vagy?”

Az interjú befejezési szakaszában Kvale nyomán (2005) a lezárást úgy készítettük elő, hogy lehetőséget adtunk az interjúalanyoknak arra, hogy elmondja, ami foglalkoztatja, vagy kérdezzen. Az alábbi kérdéssel biztosítottuk a fenti törekvésünket.

Interjúvezető:

„Eszedbe jut-e esetleg még valami, amiről még szeretnél beszélni, vagy ami időközben felmerült benned, de nem volt lehetőség elmondani?”

6.7 Eredmények

Az öt vizsgálati személlyel felvett interjú közel 5 órás (4 óra 48 perc) hanganyagot eredményezett, amelynek elkészítettük a szó szerinti átiratát. Összesen 53 oldal terjedelmű (16011 szóköz nélküli karakter) szöveges anyagot kaptunk, amelyen tartalomelemzést végeztünk. A szöveget Antal (1976) javaslata nyomán két független, pszichológus végzettségű kódolóval kódoltuk le. A kategóriák egybehangzóságának ellenőrzését Cohen-féle Kappa statisztikai próbával végeztük el, amelynek eredményét az 34. számú táblázatban foglaltuk össze. A Kappa együtthatók értékei (jó és kiváló) megfelelőnek számítanak.

34. táblázat

A tartalomelemzés egybehangzóság vizsgálatának eredményei

KATEGORIA	COHEN-FÉLE KAPPA
Szomorúság	0,67
Pesszimizmus	0,87
Kudarok	0,82
Elégedetlenség	0,69
Önutálat	1
Önhibáztatás	0,86
Sírás	1
Visszahúzóds	1
Testkép	0,94
Munkaképtelenség	1
Fáradtság	1
Hipochondria	1

Az eredmények bemutatását a tartalomelemzési folyamat ismertetésével kezdjük. Ezt követően a feltevéseink elemzését mutatjuk be, tehát a PCOS tünetekkel összefüggő depressziós tünetek gyakoriságát és a kapcsolódó depresszió változó kategóriáinak vizsgálatát vesszük górcső alá. Végül utolsóként kerül terítékre annak vizsgálata, hogy a betegcsoportban a depresszió mely tünete a legmarkánsabb.

A továbbiakban a tartalomelemzés folyamatát mutatjuk be. A szöveg egységeit előzetesen meghatározott kategóriákba soroltuk. Elsőként a depresszió változójának kategóriáit dolgoztuk ki. A kategóriák alkotása során az Antal (1976) által javasolt kódolási szabályokat betartottuk, vagyis: világosan meghatároztuk a vizsgálni kívánt változót (depressziós tünetek); definiáltuk az egyes kategóriákat; törekedtünk arra, hogy kimerítő legyen a kategorizálás (a szöveg valamennyi releváns eleme elhelyezhető valamelyik kategóriában); és egymással szemben az egyes kategóriák kizáróak legyenek (egy tartalmi adat csak egy kategóriában szerepel). Kategóriaszótárt készítettünk abból a célból, hogy az egyes tartalmak esetén segítséget nyújtson a kódolóknak, hogy mely kategória képviselőjének kell tekinteni. Az általunk vizsgált pszichológiai konstruktumot több, a kutatásokban és gyakorlatban széleskörűen alkalmazott mérőeszköz segítségével ragadtuk meg. Ily módon a depresszió

kategóriáinak többszemponútú körülírását készítettük el melyet az 35. számú táblázat definíció oszlopa alatt mutatunk be.

A kódok kialakításának alapja a BDI volt. Választásunk azért esett erre a mérőeszközt, mert egyrészt a depressziós tünetek széles skáláját fedi le, beleértve a kognitív, érzelmi és motivációs területeket (Rózsa és mtsai, 2001). A másik ok, amiért a BDI mellett döntöttünk, a célkitűzésünk, miszerint azon kérdőíves kutatásaink eredményeit szeretnénk tovább árnyalni, amelyeket a fenti mérőeszköz segítségével kaptunk. A BDI által meghatározott tünetek definiálása során a SCID-I Strukturált klinikai interjúfüzetét (SCID) (Szádóczky és mtsai, 2006), a Zung Depresszió Skálát, a Hamilton Depresszió Skálát, az Athén Inszomnia Skálát, a Beck Reménytelenség Skálát és a Szuicid Gondolatok Skálát is felhasználtuk a kódok pontosabb meghatározása érdekében (Perczel Forintos és mtsai, 2005). A 35. számú táblázat a BDI által mért tünetekből alkotott kategóriákat és azok definícióját mutatja be, továbbá egy-egy példával illusztráljuk az interjúban azonosított kategóriákat.

35. táblázat *A depressziós tünetek kategóriái*

KATEGÓRIA	DEFINÍCIÓ	PÉLDÁK AZ INTERJÚKBÓL
Szomorúság	Levert, bánatos, szomorú, lehangolt, csüggedt, ürességet érez, nyomott, boldogtalan	„... bánatos is vagyok, hogy ez így alakul”
Pesszimizmus	Fél a jövőtől, reménytelennek látja a jövőt, hiányzik a jövőképe, sötét a jövőképe, kellemetlen a jövőképe, homályos/bizonytalan a jövőképe, nem bizakodó a jövőjével kapcsolatban, nem lelkesedik a jövőjével kapcsolatban	„... és lehet, azért se akarom, hogy megfogadjon, hogy ez átöröklődjön és a gyerekeim ezeken átmenjenek.”
Kudarok:	A kudarc lehetőségét látja a munkában, kudarc lehetőségét látja a párkapcsolatban, kudarc érzése emberi mivoltában, az életét kudarcok sorozatának érzi, úgy érzi több kudarc éri, mint másokat, nem érzi magát szerencsésnek, sosem éri el azt, amit akar, kerüli annak lehetőségét, hogy sikereket érjen el	„... nekem már sose lesz gyerekeim, hogy milyen szerencsétlen vagyok...”
Elégedetlenség:	A megelégedés hiánya jellemzi a megszokotthoz viszonyítva. Elégedetlenség azzal, amivel korábban elégedett volt, vagy éppen semmivel sem elégedett. a jövőre vonatkozó elégedettség hiányát feltételezi	„...igazodom az én életmódommal meg a napjaimmal ezekhez az edzésekhez is, nem tudom, az lenne a legjobb, hogyha nem is tudom, valahogy le lehetne csökkenteni az erre szánt időt.”
Értéktelenség:	Az öröm átélése csökkent, a lelkesedés lecsökken, nem leli kedvét abban, amit csinál, az érdeklődése lecsökkent, az érdeklődését elvesztette, közömbös, a pozitív érzelmek átélésének alacsony a szintje Kivéve: a fáradtság kategóriához tartozó körülírások	***

Önbüntetés:	Úgy érzi, hogy rászolgált valamilyen büntetésre, vágyik arra, hogy valaki megbüntesse.	***
Önutálat:	Csalódottság érzése önmagával kapcsolatban. Önmaga szeretetének hiánya, öngyűlölet érzése jellemzi.	„Hát, akármilyen csúnya dolog, de amikor mindenki terhes, ez annyira... valahol utálok magam, mert lényegében igazából... tényleg úgy örülök, meg próbálok örülni, de igazából olyan mindig, mintha kést döfnének belém.”
Önhibáztatás:	A gyengeségei és hibái miatti önbírálat, önvádolás jellemzi. Önvádolás következik be bármi rossz miatt, ami körülötte történik.	„... tudom, hogy nem szabad, de csak csinálom”
Öngyilkosság:	A halál gondolatával való foglalkozás jellemzi, amely azonban a halálfélelemmel nem függ össze. Ide tartozik az öngyilkossági gondolatok terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.	***
Sírás:	A sírási szokások megváltoznak. Több sírás, folyamatos sírás vagy éppen a sírásra való képtelenség jellemzi.	„... fél óra bölgés minden alkalommal mikor megjött”
Visszahúzódság:	Az emberek iránti érdeklődés csökkenése vagy megszűnése jellemzi.	„Két-három éve kb. az utcára nem mentem ki, és akkor mondtam, hogy nem vagyok hajlandó menni sehova.”
Döntésképtelenség:	A döntéshozatal nehezére esik, halogatja vagy elkerüli.	***
Testkép:	Úgy érzi megváltozott a külseje, öregnek, csúnyának látja magát. A vonzó külső elvesztéséről számol be, a külseje úgy érzi a hátrányára változott.	„... persze borzasztóan pattanásos voltam akkor, amikor még senki más az egész évfolyamból... végig az egész hátam, mellkasom, mindenem”
Munkaképtelenség	A munka ellátása vagy bármilyen tevékenység nagy erőfeszítésébe kerül.	„Azt látom, hogy mit tudom én, egy hétig nem tudok csinálni semmit és... így körülbelül egy hétig tartott, akkor nagyon rossz és akkor utána az egész elmúlik.”
Álmatlanság:	Problémák az elalvással, átváltsal vagy korai ébredéssel. A túl sok alvás is ide tartozik.	***
Fáradtság:	Csökkent energiaszint, fáradtság, anergia jellemzi.	„Testileg is, de főleg lelkileg is, ott voltam már a kimerülés határán.”
Étvágytalanság:	Az étvágy megváltozik a megszokotthoz viszonyítva. Kényszerítenie kell magát arra, hogy annyit egyen, mint szokott.	***
Súlycsökkenés:	Diétázás nélküli jelentős súlycsökkenés következik be.	***
Hipocondria:	A testi-fizikai problémák miatti aggodalom, az azzal való foglalkozás jellemzi. A gondolatai a testi-fizikai problémái körül forognak.	„Ránéztem egy medencére, egy wc-re, és összeszedtem valamit...”
Szexuális élet zavara:	A szexuális együttlét iránti érdeklődése a megszokotthoz viszonyítva csökken vagy elveszti azt.	***

Megjegyzés: *** Az adott depresszió kategória nem jelent meg az interjúban

6.7.1 A PCOS tüneteivel összefüggésben lévő depressziós tünetek leíró elemzése

A feltevéseink vizsgálata céljából az átirrt szöveg lekódolása során külön kódoltuk, hogy az adott depressziós tünet milyen tartalmi körben jelent meg. Azt feltételeztük ugyanis, hogy bizonyos PCOS szimptómák magasabb fokú depresszióval, illetve a depresszió meghatározott tüneteivel járnak együtt.

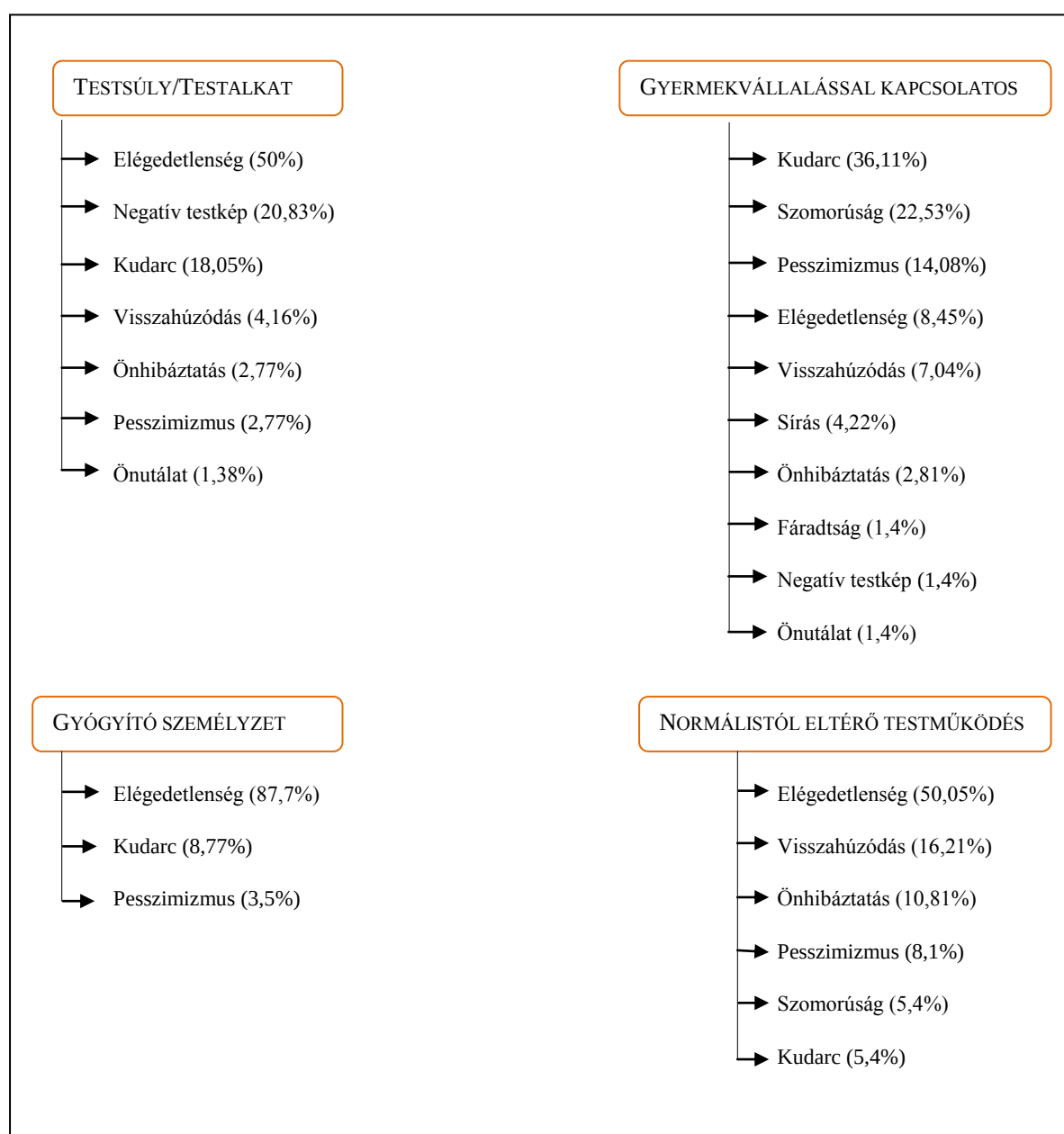
A 27. ábra a depressziós tünetekkel kapcsolatban leggyakrabban előforduló PCOS szimptómákat vagy PCOS-sel összefüggő élethelyzetet mutatja be. A vizsgálati személyek összesen 347 alkalommal számoltak be a depresszió valamely tünetéről az interjúk során. Az alacsony mintaelemszám ellenére jól láthatóan körvonalazódik, hogy az elvárásainknak megfelelően a gyermekvállalással és a testsúllyal/testalkattal kapcsolatosan jelentek meg a leggyakrabban és legváltozatosabban a depresszió kategóriái, közel azonos mértékben. Az összes depressziós tünet 20,74%-a a testsúllyal/testalkattal kapcsolatos tartalmakhoz, a 20,46%-a a gyermekvállalással kapcsolatos tartalmakhoz kapcsolódik. A gyermekvállalással kapcsolatos problémákhoz olyan tüneteket és körülményeket soroltunk, mint a meddőség, vetélés, az ismerősi körben bejelentett várandósságra adott reakció.

Eredményeink szerint nemcsak gyakran számolnak be depressziós tünetekről a gyermekvállalás kapcsán, hanem a depressziós tünetek széles skálája is jellemzi őket, ugyanis 10 depresszió kategória is megjelent ezzel a tartalmi körrel kapcsolatban. A gyermekvállalással kapcsolatban a kudarc érzése, a szomorúság és a reménytelen jövőkép teszi ki a depresszió kategóriák jelentős hányadát, a 72,72%-át.

A testsúllyal/testalkattal kapcsolatban olyan körülményeket és tüneteket kell érteni, mint a túlsúly, elhízás, a fogyással kapcsolatos kudarc, az ismerősi körben lévő vékony nők hatása a vizsgálati személyre. A magas testsúllyal élő vizsgálati személyek, ahogyan azt a 27. számú ábra is szemlélteti, hétféle depresszió kategóriát említenek, melyekből kiemelkedik az elégedetlenség (50%), a negatív testkép (20,83%) és a kudarc megélése (18,05%). A vizsgálat eredményei ugyanakkor arra is rávilágítanak, hogy a hyperandrogenizmussal élő nők kevésbé gyakran említették hyperandrogén tüneteiket a depresszió kategóriáival együtt, mint az elhízást a túlsúllyal élők. Az alábbi módon alakult a depresszió kategóriák aránya a hyperandrogén tünetek kapcsán: acne (2,88%), hirsutismus (2,3%) és a hajhullás (0,28%). Ki kell azonban emelni, hogy a mintában az elhízottak aránya magasabb (4 fő), mint a hyperandrogén tünettől rendelkezők aránya (3 fő).

Noha a testműködés feletti kontroll hiánya is együttjárt a depressziós tünetek magas fokával (8,55%), a gyógyító személyzettel való elégedetlenséget (16,42%) és az átlagostól eltérő

testműködést (10,66%) gyakrabban említették depressziós tünetekkel együtt. A testműködés feletti kontroll alatt a kontrollálhatatlan hangulatingadozást, a testműködés kiszámíthatatlanságát, a kontrollálhatatlan étvágyat, tehát egy kontrollvesztett állapotot értünk. Az átlagostól/normálistól eltérő testműködés alatt pedig azt az élményt, amikor a vizsgálati személy azt éli meg, hogy másképpen működik a szervezete, mint az átlagos nőké. Az említett depresszió kategóriák között az elégedetlenség (50,05%) szintén kiemelkedik. A gyógyító személyzettel való elégedetlenség alatt az orvosokkal (nőgyógyász, endokrinológus, háziorvos) és az egészségügyi ellátással kapcsolatos élményt értjük. Itt értelemszerűen a legmarkánsabban kapcsolódó depressziós kategória szintén az elégedetlenség (87,7%).

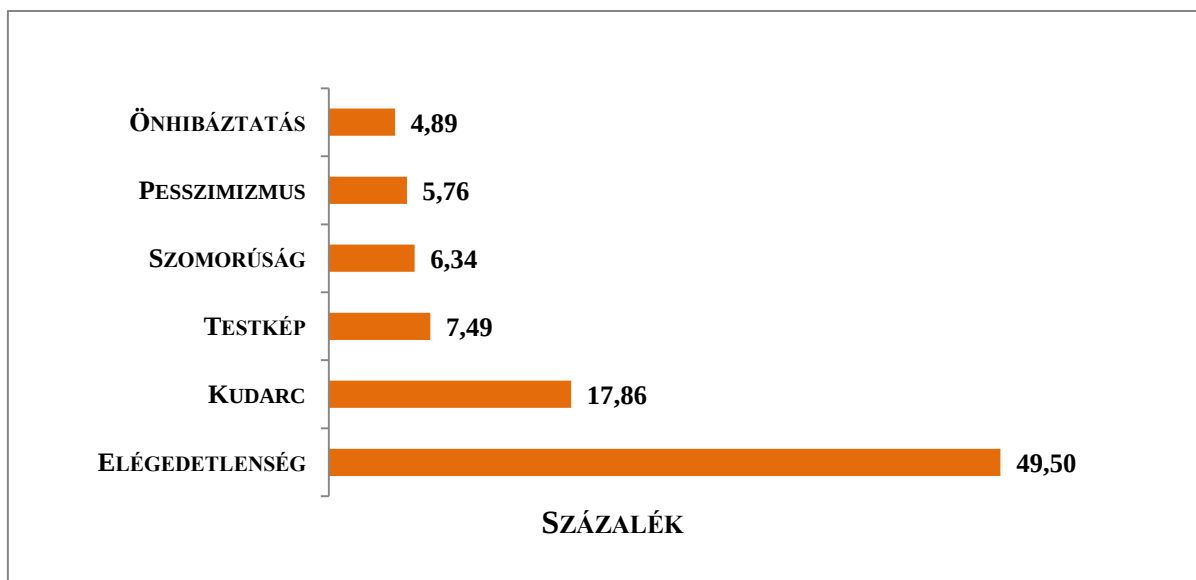


27. ábra. A depressziós tünetekkel kapcsolatban leggyakrabban előforduló PCOS szimptomák

Ehelyütt kell szólnunk azokról a tényezőkről (tartalmi körökről), amelyek az interjúk elemzése során rajzolódtak ki és feltehetően hatással vannak a betegséggel való megküzdésre. A gyógyító személyzettel való elégedetlenség mellett megjelent az életmódváltás terhe mint tartalmi kör, amely jellemzően elégedetlenséggel járt együtt. A diagnózis felállítása előtti időszakot jellemzően elvesztegetett időként élték meg a PCOS-es vizsgálati személyek, továbbá önmaguk hibáztatását is kiemelték a folyamatban. Az élethosszig tartó gyógyszer szedése az elégedetlenségen túl aggodalommal is együtt járt. A betegség átörökítésének lehetőségéről pesszimistán számoltak be a betegek.

6.7.2 A leggyakrabban előforduló depressziós tünetek

Kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon a depresszió tünetei közül melyek a leggyakoribbak a vizsgálati mintában? A 28. ábra mutatja be, hogy az interjúk tartalomelemzése során mely depresszió kategóriák merültek fel és milyen fokú az egyes kategóriák terhelése. Az elemzés alapja a vizsgálati személyek által említett összes depressziós tünet. Jól látható, hogy legmarkánsabban az elégedetlenség (49,50%), a kudarc érzése (17,86%), a negatív testkép (7,49), a szomorúság (6,34%), a pesszimizmus (5,76%) és az önhibáztatás (4,89%) körvonalazódik. A vizsgálati minta hangulati állapotát tehát alapvetően az elégedetlenség és a kudarc érzése határozza meg.



28. ábra. A leggyakrabban előforduló depresszió kategóriák

6.7.3 A vizsgálat további eredményei

A tartalomelemzés során a depresszió változóinak kategóriáin túl az aggodalom és az ingerlékenység tünete számos alkalommal előfordult. A DSM-IV. diagnosztikai kritériumai alapján az aggodalom és ingerlékenység gyakorisága a generalizált szorongás vizsgálatának jelentőségét veti fel (DSM-IV., 1995). A vizsgálati személyek ugyanis az alábbi PCOS-sel összefüggő körülmények kapcsán fejezték ki aggodalmukat: a betegség szövődményei (3), a leendő terhességgel kapcsolatos aggodalom (3), a társ elvesztése miatt (1), a betegség átörökítése miatt (1), a hipoglikémia bekövetkezése (1), a belső folyamatok kontrollálhatatlansága (1), végül a hízás miatt (1). Az ingerlékenységet: amennyiben nem eszik időben (1), nincs a PCOS diétának megfelelő étel (1), a gyermekvállalás miatt (1), a menstruáció rendszertelensége miatt (1).

A kutatás során arról is nyertünk adatot, hogy a vizsgálati személyek milyen pozitív jelentést tulajdonítanak a PCOS-nek, amelyet felsorolásszerűen mutatunk be:

- A párkapcsolat intimitásának és bensőségességének fokozódása
- Önismeret és látótér kitágulása
- Szakmai lehetőség (szociális szféra)
- A párkapcsolat próbája
- Anyagi profit az impulzusvásárlás visszaszorítása miatt
- Étkezési reform a család többi tagja számára
- Fegyelmezett élet
- Kevésbé ítél el másokat
- Büszkeség, amiért megharcolt a gyermekei fogantatásáért
- Reprodukív tudatosság átadás a következő generációnak

6.8 A mélyinterjú eredményeinek megvitatása

Az egyik fő célkitűzésünk a PCOS-es nők között mért depresszió magas fokának és súlyosságának háttérében álló tényezők feltárása, pontosabb ismerete. Mindezt az érintettek elbeszélései alapján kívántuk feltárni. Előzetes feltételezésink egyrészt saját kutatásaink, másrészt a releváns szakirodalom eredményei kapcsán körvonalazódtak. Kiemelten fókuszáltunk arra, hogy vajon mely PCOS tünetek lehetnek összefüggésben a depresszióval? Úgy tűnik, hogy az elvárásainknak megfelelően alakultak az eredmények. A PCOS szimptómák közül a testsúllyal/alakkal és a gyermekvállalással kapcsolatos tartalmakhoz köthető a legtöbb depressziós tünet. Továbbá, azon PCOS-es nők között, akik a fentiekben

érintettek, a gyakoriságon túl a depressziós tünetek széles skáláját is kimutattuk. A meddőség kapcsán az eredményünk összhangban van a Kitzinger és Willmot (2002) által azonosított PCOS markerekkel. Ők ugyanis azt találták, hogy a PCOS-es nők részben a meddőséggel magyarázták azt, hogy abnormálisnak érzik magukat női minőségükben. Továbbá az elővizsgálatunk eredményeit is alátámaszthatjuk, ahol a meddőséggel élő vizsgálati személyek mutatták a depresszió legmagasabb fokát. Az interjúnk során körvonalazódott, hogy a reprodukzív korban lévő PCOS-es nők az egyik legkínzóbb tünetként valóban a gyermekvállalással kapcsolatos akadályokat élik meg. Az a vizsgálati személy azonban, aki még a gyermekvállalást későbbre tervezi, csupán aggodalmát fejezte ki a leendő gyermekvállalással kapcsolatban, tehát nem depressziós tünetben manifesztálódott a reakciója. („*Abban az időben elkezdtem zizegni, hogy ez így nem lesz jó, ...így ebből nem lesz sose gyerek...*”- 9. vizsgálati személy). Ezt az eredményt támogatja Dowdy beszámolója is, aki rámutat, hogy a serdülő lányok aggodalmaskodnak leendő anyaságuk felől (Dowdy, 2012). Noha az alacsony mintaelemszám általánosításra nem ad lehetőséget, úgy tűnik, hogy a 2.3 fejezetben ismertetett eriksoni életciklusmodellbe ágyazott PCOS tünetek valóban életkortól függően másként befolyásolhatják a PCOS-es nők identitásának alakulását. Az aktuális életfeladatok ugyanis a PCOS más-más tüneteire helyezik a hangsúlyt. A vizsgálati mintánk valamennyi tagja az eriksoni generativitás életszakaszába sorolható. A generativitás szakaszában lévő nők elé mind a gyermekvállalásban, mind a munkavégzésben gördíthet akadályt a PCOS. Feltehetően a serdülő PCOS-esek beszámolóiban a hyperandrogén tünetek attraktivitásra gyakorolt hatása domborodik ki. Későbbi kutatások célkitűzése lehet a PCOS női életútra gyakorolt hatásának longitudinális vizsgálata.

A túlsúllyal kapcsolatos tünetek a depresszió kategóriák közül az elégedetlenség és testkép esetén mutatták a leggyakoribb együttjárást. Az alábbi interjúrészlet illusztrálja, hogyan élik meg az interjúalanyok a túlsúlyukat: „... ott ülök ilyen nagy hájasan, oda bemenjek és ott a vékony, cingár csajok között én is ott óóóó, elfolyjak a bicajon...” (18. vizsgálati személy). Ugyanakkor gyakran számolnak be kudarcélményről a sikertelen fogyás miatt: „...tizenhat kiló volt a legtöbb, amit fogytam, viszont rögtön vissza is jött...” (2. vizsgálati személy). Továbbá, a 2.2.1 alfejezetben már kitértünk rá Haraszi nyomán (1997), hogy a túlsúly vezethet szociális izolációhoz, amelyet kutatásunk szintén alátámasztott. Olyannyira, hogy a szabadidő eltöltését jelentősen befolyásolja, ahogyan az alábbi interjúrészlet is mutatja: „*Hát ilyenből elég sok programot lemondtam, például strandra se megyek inkább*”; „*Engem, ha hívnak például strandra, fesztiválra, akkor nem megyek. Két-három éve kb. utcára nem mentem ki.*”(2. vizsgálati személy). Összességében eredményeink alátámasztják a második vizsgálatunkat is, amely rámutatott arra, hogy a túlsúlyos/elhízott PCOS-es nők több

distresszt élnek meg a testükkel kapcsolatban, elégedetlenebbek is azzal, illetve a testméreteiket negatívabban értékelik, tehát negatív testkép jellemzi őket.

A saját test feletti kontroll hiánya, amely oly markánsan mutatott összefüggést az elővizsgálatban a depresszióval, most dinamikájában is megmutatkozott. Valóban, az elégedetlenség, a kudarc és az önhibáztatás jellemzi azokat a vizsgálati személyeket, akik ezzel a tünettel élnek. A kontrollérzés hiánya ahogy Tiringer nyomán feltételeztük a tanult tehetetlenség élményének kialakulásához és egyúttal depresszióhoz vezethet (Tiringer, 2007).

Összességében elmondhatjuk, hogy a PCOS egyes tünetei összefüggésben vannak a betegcsoportban azonosított gyakori és súlyos depresszióval. Mindezek a betegséggel való megküzdést nagymértékben befolyásolják.

A negyedik vizsgálatunk limitációjaként a meglehetősen alacsony mintaelemszámot emeljük ki.

III. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS GYAKORLATI VONATKOZÁSOK

Kutatásaink fő célkitűzését az értekezés címében előrevetítettük. A PCOS-sel élő nők életminőségének holisztikus elemzését állítottuk a munkánk fókuszába. Ennek érdekében egyfelől a kérdőíves keresztmetszeti vizsgálatainkat félig strukturált tematikus kvalitatív interjú módszerével egészítettük ki, másfelől a kontroll csoportok megválasztása során törekedtünk arra, hogy az egészséges nők mellett, egyéb krónikus betegséggel élő, szintén reprodukív korú mintával is összevegyessük a betegcsoportot. Ennek következtében hyperandrogén tünetekkel rendelkezőkkel, endometriózissal élőkkel, ismeretlen eredetű meddőségben szenvedőkkel és egészséges vizsgálati személyekkel is dolgoztunk.

A négy vizsgálatunkat bemutató fejezetek végén az eredményeinket egyenként megvitattuk, ezért ehelyütt az eredményeink globális áttekintésére törekedtünk. Mindemellett a későbbi kutatások számára fogalmaztunk meg hasznosítható szempontokat és a pszichoszociális intervenciók kidolgozásához adtunk tudományosan alátámasztott, gyakorlati vonatkozású információkat.

Az első vizsgálatban kapott eredményeink alátámasztják a PCOS-sel élő nők pszichológiai szempontú vizsgálatának relevanciáját. Mind a depresszió gyakorisága, mind annak súlyossága kirajzolódik. Ezek az eredmények egybevágóak a nemzetközi szakirodalom

kimutatásaival, különösen Kerchner és munkatársai által mért gyakorisággal, akik hozzánk hasonlóan 40%-os prevalenciát azonosítottak. A szuicid veszélyeztetettség jelei mutatkoztak az elővizsgálatunk nyomán, amely a hazai szomorú statisztika tükrében különös figyelmet érdemel. Az öngyilkossági fantáziák, a reménytelenség és a depresszió együttesen magas rizikófaktort jelentenek a szuicidumra nézve. A szorongás szempontjából is aggasztóak az eredményeink, hiszen az érintettek között a kardiovaszkuláris rizikót tovább növeli, ahogy arra Dokras és munkatársai nyomán korábban kitértünk. Mindemellett a szorongás reprodukív rendszerre gyakorolt káros hatása az egyébként is meddőség szempontjából veszélyeztetett betegcsoport teherbeesési valószínűségét tovább rontja, miközben a menstruációs ciklust is károsan befolyásolja. Elővizsgálatunk harmadik vizsgált változója, az evészavarok jelenléte szintén további vizsgálatot indukált, hiszen az egészséges csoporthoz viszonyítva kiugró értékeket kaptunk. Összességében azon túl, hogy a PCOS rizikócsoport a mentális megbetegedések szempontjából, voltaképpen olyan speciális csoport, amelynek a betegsége lefolyására jelentős és sajátos hatással vannak a komorbid pszichopatológiák. Az elővizsgálatunkban arra is kitértünk, hogy az életminőséget vajon milyen PCOS tünetek határozzák meg? A hyperandrogenismus, ezen belül az acne, a meddőség, a kontrollálhatatlan étvágy és a túlsúly kiemelkedtek a többi tünet közül az életminőségre gyakorolt hatásukat tekintve. Ezek az eredmények támogatják Dowdy idézett összefoglaló ábráját, vagyis az acne, a hirsutismus és a túlsúly feltehetően a negatív testképen keresztül fejtí hatását.

Az elővizsgálatunk két gyakorlati vonatkozású eredményeinek egyike, hogy a depresszió megfelelő előrejelzőnek bizonyult az evészavartünetekre vonatkozóan. A másik, hogy a PCOS fenotípusok közül azonosítottunk egyet, amelyik kiemelt rizikócsoport a depressziós tünetekre és a szorongásra nézve. A két eredmény fontos információt nyújthat a gyakorló szakemberek számára: a vélhetően komplett fenotípusba tartozó betegek körében különösen indokolt a depresszió vizsgálata, melynek szintjétől függően a szorongás is bejósolható. Továbbá, közép súlyos depresszió esetén már a PCOS hármass alapkezelését szabotáló evészavartünetekkel is számolni kell. Ez az eredmény azért jelentős, mert rámutat arra a szakemberek által egyébként jól ismert jelenségre, hogy a PCOS égisze alatt az egyéni PCOS-es utak rendkívül változatosak. Sikerült pszichológiai szempontból is megerősíteni egy olyan csoportosítási lehetőséget, amely az uniformizált betegellátásra kínál alternatívát. Ehelyütt szeretnénk kitérni egy olyan eredményünkre, amely noha a disszertációhoz szervesen nem kapcsolódik, a szakemberek számára informatív lehet. Kutatásunk alapján úgy tűnik, hogy a PCOS-esek esetén érvényesül a társas támogatás úgynevezett „pufferhatása”, amely Pikó szerint (2007) az egyént ért distressz semlegesítésében játszik szerepet. Ugyanis azok a PCOS-esek akik úgy érzékelték, hogy szükség esetén a közeli társas támogatás elérhető

számukra, a szorongás, depresszió és evészavartünetek szignifikánsan alacsonyabb fokáról számoltak be, mint akik nem rendelkeztek közeli társas támogatással, vagy úgy érzékelték, hogy szükség esetén nem elérhető számukra. Kedvezőbb mentális státuszt csak a közeli (házastárs/élettárs, szülő, gyermek, rokon, barátnő) társas támogatás esetén igazoltunk (Mohácsi, 2010).

A második vizsgálatunk során egyértelműen bizonyítást nyert az evészavarok gyakoriságával és hátterével kapcsolatos kutatások jelentősége a PCOS-es nők között. A Garner által kidolgozott evészavar patogenetikai modellbe illesztettük kutatási eredményeinket, ezáltal egyértelműen körvonalazódik, hogy a PCOS evészavarra hajlamosító kórkép. Az evészavarra predisponáló tényezők közül az elhízás/túlsúly, a belgyógyászati betegség mint rizikótényező és az alacsony önértékelés egyaránt jellemzi a csoport jelentős részét. Eredményeinkkel kiegészítettük a modellt, a magas DCSA és a hyperandrogenismus a testképet bizonyítottan negatív irányba formálja, így okkal kerülhet fel a listára. A precipitáló tényezők közül a diétázás, a TS diszkrepancia és az étkezés korlátozása az evészavarok triggerai. Az eredményeink ismeretében nem meglepő, hogy az evészavarok prevalenciája a PCOS-esek között kiemelkedően magas. Az általunk mért gyakoriság az átlagos magyar mintához viszonyítva kiemelkedő, ezáltal rizikócsoporthként tekinthetünk a betegségre. McCluskey eredményeit igazolta vissza kutatásunk, miszerint a klinikai BN prevalenciája 5,3%. A szubklinikai formák szintén gyakoriak a PCOS-esek között. Eredményeink gyakorlati vonatkozásáról is szót ejtünk. Láttuk tehát, hogy bizonyos PCOS tünetek megjelenése az evészavarokra hajlamosítja az érintetteket. Tekintve, hogy a gyakorlatban ezek a tünetek könnyen azonosíthatók, ezáltal bejósolható, hogy a beteg mennyire veszélyeztetett az evészavarok kialakulására. Az evészavarok kiszűrésének jelentőségét bizonyítja, hogy egyrészt az önmenedzselés folyamatát akasztja meg, illetve a két kórkép egymás lefolyására és szövődményeire destruktív hatással lehet. A transzgenerációs veszélyeket is ki kell emelnünk, ugyanis a leendő, PCOS-re genetikailag predisponált gyermekek fontos, hogy megfelelő mintát kapjanak, ezzel megakadályozva vagy késleltetve a teljes kórkép kifejlődését.

Harmadik vizsgálatunk legjelentősebb eredménye a betegcsoport szuicid veszélyeztetettségének kimutatása, amelyet két, szintén a reproduktív rendszert érintő kórkép tagjainak viszonylatában tettünk meg. Az elővizsgálat során jelzett öngyilkossági mutatók eredményét megerősítettük. Azt találtuk továbbá, hogy a PCOS betegcsoport aggasztóbb pszichés mutatókkal rendelkezik, mint az endometriózis csoport a szocioökonómiai változók kontrollálásának ellenére. Mindez annak dacára, hogy számos hasonlóság mutatkozik köztük.

A legjelentősebb különbség, ami a PCOS-eseket kedvezőtlenül érintheti a külső megjelenést befolyásoló markerek között van. Az előző két vizsgálat eredményeit megerősítettük tehát, vagyis a negatív testképen keresztül a hangulati állapotra hathatnak az attraktivitást befolyásoló szimptómák. További két, a PCOS-esek kezelése során jelentős összefüggést sikerült azonosítanunk. Egyfelől a betegségben érintettek depressziója és szorongása növekszik az életkor előrehaladtával, pontosabban a 35 éves kor elérése esetén találtunk egy fordulópontot. Feltehetően a reprodukтивitás csökkenésének észlelése lehet a háttérben. Másfelől azt találtuk, hogy a gyermeknemzés korai szakaszában, azaz egy év alatti periódusban a betegcsoport tagjai jobban szorongtak, mint a későbbi szakaszban. A két eredmény gyakorlati vonatkozása, hogy a 35 év feletti, gyermekvállalás szakaszában lévő PCOS-esek vulnerabilitása kifejezett, ezért ez a csoport kiemelt figyelmet érdemel. Szót kell ejteni arról, hogy a szorongásra vonatkozó eredményeink csupán tendencia szinten jelentek meg, ezért a jövőbeni kutatások alapját képezheti egy, erre a kérdésre fókuszáló reprezentatív felmérés.

A negyedik vizsgálatunk során azonosítottuk azokat a PCOS tüneteket, amelyek a depresszió magas szintjével és változatos tüneteivel jártak együtt. A vizsgálat egyik jelentős eredménye, hogy jól illusztrálja a PCOS-es nők depressziójának sokrétűségét. A négy legjelentősebb PCOS szimptómából eredő depressziós tünetek forrása és mechanizmusa ugyanis nagyban különbözik egymástól. A gyermekvállalási nehézségek kapcsán a kudarc, szomorúság és pesszimizmus érzése a legmarkánsabb depressziós tünet. Ugyanakkor a testsúllyal kapcsolatos depresszió jórészt a negatív testkép közvetítésével alakul ki, ehhez társul az elégedetlenség és a kudarc érzése. A gyógyító személyzettel és a normálistól eltérő testműködéssel való elégedetlenség magas fokáról számoltak be a vizsgálati személyek. A saját test feletti kontroll hiánya, amely már az első vizsgálatunkban is magas fokú teherként körvonalazódott, feltehetően a tanult tehetetlenség mechanizmusával járul hozzá a depresszió súlyosbodásához.

A gyakorló szakemberek számára fontos információ, hogy a PCOS-esek depressziója multifaktoriális. Kezelése során különös hangsúlyt kellene fektetni a részletes anamnézisre, a fizikális tünetek regisztrálására és a szocioökonómiai státusz felmérésére, vagyis a biopszichoszociális megközelítés elengedhetetlen az adekvát kezelés során. Mindemellett a depresszió rutin szűrésének bevezetése mellett szóló érv, hogy súlyossága előrejelzi a komorbid pszichopatológiákat, amelyek figyelembevétele hangsúlyos a kezelés kimenetele szempontjából. Az értekezés fő célkitűzésének megfelelően a kutatásaink eredményéből a PCOS-esek életminőségét befolyásoló számos tényezőt azonosítottunk. Mindezek

figyelembevétele a szubjektív distressz csökkenéséhez vezethetnek, ezáltal hozzájárulhatnak az életminőség javításához.

SUMMARY

PCOS is regarded as a risk group in terms of mental illnesses. The main goal of the research is to provide psychological support of inventions through disease-specific risk reduction.

134 people participated in the first questionnaire-based cross-sectional study with 69 in the PCOS group, and 65 in the control group. The self-reported questionnaire included questions referring to demographic and anthropometric data and mapped the symptoms of PCOS. The Rotterdam 2003 criteria was used in order to exclude disorders included in the differential diagnosis. The following psychological methods were used: Beck Depression Inventory, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory and the Eating Disorder Inventory.

In the second cross-sectional study participated 318 individuals: 95 belonged to the PCOS group, 123 to the Hyperandrogen (HA) group and 100 persons to the healthy control group. Symptoms of PCOS were measured using multiple scales: measurement for hyperandrogenism: Ferriman-Gallwey Score (hirsutism), Global Acne Grading Score (acne vulgaris), Savin Scale (androgen alopecia) and the symptom of acanthosis nigricans was asked. The following measurements were used to screen for eating disorders and to measure body image: Eating Attitudes Test, *Eating Behaviour Severity Scale* and the Rosenberg Self-Esteem Scale.

The third cross-sectional study included 148 individuals. Individuals with the diagnosis issued by the specialists. PCOS group included 35 persons, 69 persons belonged to Endometriosis group, while the Unexplained infertility group contained 45 individuals. The measurement of the PCOS symptoms was introduced in the second study. The psychological measurement included the shortened Beck Depression Inventory, The State-Trait Anxiety Inventory, and Beck Hopelessness Scale.

In the fourth, interview study 5 PCOS individuals with specialist's diagnosis participated. The demographic and *anthropometric characteristics of the individuals and their PCOS symptoms were studied using semi-structured thematic interview method.*

Summary of the studies results: According to the results of the first study the members of the PCOS group reported clinical depression, symptoms of anxiety and eating disorder more frequently than the control group. In addition to the prevalence of depression (41.76%) its severity is also significant: 24.63% suffer from moderate or severe depression, almost half of the PCOS group experience feeling of hopelessness and 21.6% of them had already have suicidal thought.

It was confirmed that the (severe) complete phenotype is regarded as a risk group within the PCOS group in terms of depression and anxiety. PCOS symptoms and psychological status are correlated: the presence of acne and hirsutism resulted in a higher level of body dissatisfaction. Women with uncontrollable appetite (which reduce the feeling of the control over the own body) reported higher level of depression and anxiety than PCOS women without these symptoms.

The results of the second study show that those who suffer from PCOS can be characterised by a lower degree of self-esteem, a more negative body image and a higher level of eating disorder than healthy women. Overweight PCOS patients view their bodies in a more negative way, and are more dissatisfied with their body than the non-obese women. In addition they have much more frequent compulsion to binge eat. PCOS women who do exercises regularly view their bodies in a less negative way, thus their subjective body image is more positive. Individuals who keep PCOS diet, however, develop a more favourable situation for themselves regarding the assessment of the body size, the indicators of the global body attitude and the frequency of binge eating than patients who are not on this diet. According to PCOS symptoms and body image: Higher level of distress related to the own body should be expected when the patient has symptoms of acne. Among PCOS patients with androgen alopecia the symptoms of eating disorder behaviour are more frequent. Specially binge eating and using diuretics can be associated with the symptoms of male-type hair loss.

It was confirmed that women with PCOS are regarded as a risk group in terms of eating disorders: Clinical level bulimia nervosa (BN) can be detected for 5.3%, subclinical anorexia nervosa can be observed in 1.1% and subclinical BN can be found in 10.5%. In the HA group 1.6% subclinical BN prevalence was measured.

The results of the third study show that similarly to women with PCOS, the endometriosis group is also regarded as a risk group in terms of depression, however, women suffering from PCOS were found to be more anxious. In addition, for PCOS patients over the age of 35, a higher level of depression and a more hopeless future image can be revealed compared to the patients under the age of 35. Suicide risk is the highest among them

(14,28%), compared to women suffering from endometriosis (7,24%) and to women with unexplained infertility (2,22%).

According to the fourth study, 20.74% of all the depressive symptoms connect to body weight, while 20.46% connect to childbearing. The lack of control over body function (8.55%), dissatisfaction with the medical staff (16.42%) and atypical body function (10.66%) are also in the background of depression. The most frequent depressive symptoms are dissatisfaction (49.56%), feeling of failure (17.86%) and negative body image (7.49%).

Keywords: polycystic ovary syndrome, PCOS, depression, anxiety, eating disorders, hopelessness, suicide risk, PCOS phenotypes, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image

A DSM-IV. diagnosztikai kritériumai: zsebkönyv (1995). Budapest, Aminula Kiadó.

Ács N. (2008). A polycystás petefészek szindróma- a metformin-dilemma. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 10(4), 136-140.

Adityan, B., Kumari, R., & Thappa, D. M. (2009). Scoring systems in acne vulgaris. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 75(3), 323–326.

Ágoston G. (2006). A szorongás nőgyógyászati vonatkozásai. In: C. Molnár E., Füredi J., & Papp, Z. (Eds.). *Szülészeti- Nőgyógyászati Pszichológia és Pszichiátria*. 171-183. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Ágoston G., & Szili I. (2003). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J., Németh A., & Tariska P. (Eds.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 239-246. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Antal L. (1976). *A tartalomelemzés alapjai*. Budapest, Magvető Kiadó.

Ashkani H., Akbari A., & Heydari S. T. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, southern Iran. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60(10), 399-406.

Asunción, M., Calvo, R. M., San Millán, J. L., Sancho, J., Avila, S., & Escobar-Morreale, H. F. (2000). A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(7), 2434–2438.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőségről: kivizsgálásról és a kezelés általános lehetőségeiről. URL: http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/SZULmeddoseg_kivizsgalas_es_a_kezeles_altal_anos_lehetosegei.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 04. 13.)

- Azziz, R., Carmina, E., Dewailly, D., Diamanti-Kandarakis, E., Escobar-Morreale, H. F., Futterweit, W., ... Androgen Excess Society. (2006). Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 91(11), 4237–4245.
- Azziz, R., Woods, K. S., Reyna, R., Key, T. J., Knochenhauer, E. S., & Yildiz, B. O. (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(6), 2745–2749.
- Bajnok L., & Speer G. (2009). A PCOS szövődményei. Elhízás. In: Lakatos P., & Speer G. (Eds.), *Policisztás ovarium szindróma*, 115–116. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Balázs P., Mihályi A., Simsa P, D’Hooghe M., & T. Fülöp V. (2007). Új gyógyszerek az endometriosis kezelésében. *Nőgyógyászati Onkológia* 12, 178-196.
- Barth, J. H., Catalan, J., Cherry, C. A., & Day, A. (1993). Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 615–619.
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., & Faghihzadeh, S. (2013). Body image satisfaction and self-esteem status among the patients with polycystic ovary syndrome. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 11(10), 829–836.
- Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Mann, K., Janssen, O. E., ...Elsenbruch, S. (2009). Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Human Reproduction*, 24(6), 1446–1451.
- Bhattacharya, S. M., & Jha, A. (2010). Prevalence and risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertility and Sterility*, 94(1), 357–359.
- Bokor A., Koszorús E., Brodszky V., Thomas D. H., ... Rigó J. (2013). Az endometriosis hatása az életminőségre Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 154, 1426-1434.

- Boros A., & Urbancsek J. (2007). Meddőség és fogamzásgátlás. In: Papp Z. (Ed.): *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*. 107. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Bőr és Nemikórtani Szakmai Kollégium (2008). Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Az acne ellátása
- British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology. Látogatva: 2016.03.02 <http://www.bspoga.org/about>
- C. Molnár E. (2006). Nőnek lenni... In: C. Molnár E., Füredi J., & Papp Z. (Eds.): *A szüléset-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátia*. 17-18. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Carmina, E., & Lobo, R. A. (1999). Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Arguably the Most Common Endocrinopathy Is Associated with Significant Morbidity in Women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(6), 1897–1899.
- Cash, T. F. (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology*, 19(2), 161–166.
- Cash, T. F., Price, V. H., & Savin, R. C. (1993). Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 29(4), 568–575.
- Chen, X., Yang, D., Mo, Y., Li, L., Chen, Y., & Huang, Y. (2008). Prevalence of polycystic ovary syndrome in unselected women from southern China. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 139(1), 59–64.
- Clayton, W. J., Lipton, M., Elford, J., Rustin, M., & Sherr, L. (2005). A randomized controlled trial of laser treatment among hirsute women with polycystic ovary syndrome. *The British Journal of Dermatology*, 152(5), 986–992.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Budapest, Osiris Kiadó Kft.

- Cook, H., Brennan, K., & Azziz, R. (2011). Reanalyzing the modified Ferriman-Gallwey score: is there a simpler method for assessing the extent of hirsutism? *Fertility and Sterility*, 96(5), 1266–1270.e1.
- Czeplédi E., Urbán R., & Csizmadia P. (2010). A testkép mérése: a Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 431–462.
- Czeplédi E., Urbán R., & Rigó A. (2009). Elhízás és Testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(2), 313–336.
- Csabai M., & Molnár P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Danics Z. (2003). Pszichiátriai zavarok és pszichológiai jelenségek dinamikai megközelítése. In: Füredi J., Németh A., & Tariska P. (Eds.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 155–168. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- De Graaff, A. A., D’Hooghe, T. M., Dunselman, G. A. J., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., ...Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 28(10), 2677–2685.
- Deeks, A. A., Gibson-Helm, M. E., & Teede, H. J. (2010). Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2421–2423.
- Diamanti-Kandarakis, E., Kouli, C. R., Bergiele, A. T., Filandra, F. A., Tsianateli, T. C., Spina, G. G., ... Bartzis, M. I. (1999). A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: hormonal and metabolic profile. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84(11), 4006–4011.
- Dinh, Q. Q., & Sinclair, R. (2007). Female pattern hair loss: current treatment concepts. *Clinical Interventions in Aging*, 2(2), 189–199.

- Dokras, A. (2012). Mood and disorders in women with PCOS. *Steroids*, 77(4), 338-341.
- Dokras, A., Clifton, S., Futterweit, W., & Wild, R. (2011). Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 117(1), 145–152.
- Dowdy, D. (2012). Emotional needs of teens with polycystic ovary syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(1), 55–64.
- Dramusic, V., Rajan, U., Chan, P., Ratnam, S. S., & Wong, Y. C. (1997). Adolescent Polycystic Ovary Syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 816(1), 194–208.
- Drosdzol, A., Skrzypulec, V., & Plinta, R. (2010). Quality of life, mental health and self-esteem in hirsute adolescent females. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(3), 168–175.
- Ekback, M., Wijma, K., & Benzein, E. (2009). „It is always on my mind”: women’s experiences of their bodies when living with hirsutism. *Health Care for Women International*, 30(5), 358–372.
- Erikson, E. H. (1991). *A fiatal Luther és más írások*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Erikson, E. H. (2002). *Gyermekek és társadalom*. Budapest, Osiris Kiadó Kft.
- Eskenazi, B., & Warner, M. L. (1997). Epidemiology of endometriosis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 24(2), 235–258.
- Fauser, B. C. J. M., Tarlatzis, B. C., Rebar, R. W., Legro, R. S., Balen, A. H., Lobo, R., ... Barnhart, K. (2012). Consensus on women’s health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertility and Sterility*, 97(1), 28–38.e25.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year:

findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547.

Ferreira, A. L. L., Bessa, M. M. M., Drezett, J., & de Abreu, L. C. (2016). Quality of life of the woman carrier of endometriosis: systematized review. *Reprodução & Climatério*, 31(1), 48–54.

Ferriman, D., & Gallwey, J. D. (1961). Clinical assessment of body hair growth in women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(11), 1440-1447.

Gardó S. (2009). Paradigmaváltás a magzati kromoszóma-rendellenességek szűrésében. *Magyar Orvos*, 4, 41-43.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631–1635.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878.

Goodarzi, M. O., Quiñones, M. J., Azziz, R., Rotter, J. I., Hsueh, W. A., & Yang, H. (2005). Polycystic ovary syndrome in Mexican-Americans: prevalence and association with the severity of insulin resistance. *Fertility and Sterility*, 84(3), 766–769.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94.

Guastella, E., Longo, R. A., & Carmina, E. (2010). Clinical and endocrine characteristics of the main polycystic ovary syndrome phenotypes. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2197–2201.

György I., & Blatniczky L. (2008). Polycystás ovarium szindróma serdülőkorban. *Gyermekegyógyászati Továbbképző Szemle*, 13(1), 7-10.

- Hahn, S., Janssen, O. E., Tan, S., Pleger, K., Mann, K., ... Elsenbruch, S. (2005). Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*, 153(6), 853–860.
- Haraszti L. (1997). *A felnőttkori elhízás. A kövérség pszichológiai problémái*. Budapest, Subrosa Kiadó.
- Hart, R., & Doherty, D. A. (2014). The Potential Implications of a PCOS Diagnosis on a Woman's Long-Term Health Using Data Linkage. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(3), 911–919.
- Hart, R., Hickey, M., & Franks, S. (2004). Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 671–683.
- Hevesi K., & Urbán R. (2012). A fizikai aktivitás szerepe az egészségfejlesztésben. In: Demetrovics Zs., Urbán R., Rigó A., & Oláh A. (Eds.): *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I-II. Személyiség, egészség, egészségfejlesztés–Klinikai egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Hollinrake, E., Abreu, A., Maifeld, M., Van Voorhis, B. J., & Dokras, A. (2007). Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 87(6), 1369–1376.
- Jahanfar, S., Eden, J. A., Warren, P., Seppälä, M., & Nguyen, T. V. (1995). A twin study of polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 63(3), 478–486.
- Keegan, A., Liao, L.-M., & Boyle, M. (2003). „Hirsutism”: a psychological analysis. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 327–345.
- Kerchner, A., Lester, W., Stuart, S. P., & Dokras, A. (2009). Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 91(1), 207–212.

- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health, 34*, 119–138.
- Kitzinger, C., & Willmott, J. (2002). „The thief of womanhood”: women’s experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science & Medicine, 54*(3), 349–361.
- Knochenhauer, E. S., Key, T. J., Kahsar-Miller, M., Waggoner, W., Boots, L. R., & Azziz, R. (1998). Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern United States: a prospective study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 83*(9), 3078–3082.
- Kohlné Papp I. (2014). A policisztásovárium-szindróma pszichoszociális megközelítése. *Orvosi Hetilap, 155*(47), 1867-1871.
- Kopp M., & Kovács M. E. (2006). Melléklet: a Hungarostudy 2002 felmérésben használt kérdőívek. In: Kopp M. & Kovács M. E. (Eds.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. 539-550. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Kopp M. (2005a). Motiváció, érzelmek. In: Kopp M., & Berghammer R. (Eds.): *Orvosi pszichológia*. 106-120. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Kopp M. (2005b). Európai szövetség a depresszió ellen. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 6*(2), 147-152.
- Kvale, S. (2005). *Az interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba*. Budapest, József Műhely Kiadó.
- Lakatos P., Gimes G., & Speer G. (2009). A PCOS klinikai képe felnőttben. In: Lakatos P., & Speer G. (Eds.), *Policisztás ovarium szindróma*. 47–66. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Lakatos P., & Speer G. (2009). Összefoglalás. In: Lakatos P., & Speer G. (Eds.): *Policisztás ovarium szindróma*. 140-141. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Lampé L., & Papp Z. (1992). *Szülészet és nőgyógyászat I-III*. Budapest, Semmelweis Kiadó.

- Lampé L. (2009). Endometriosis. *Orvosi Hetilap*, 150(6), 245-250.
- Langmár Z. (2010). A polycystás ovárium szindróma diagnosztikája és terápiája. *Orvosi Hetilap*, 151(14), 584-586.
- Langmár Z., & Sziller P. (2011). Endometriosis. *Orvosi Hetilap*, 152(25), 1013-1018.
- Lim, S. S., Norman, R. J., Clifton, P. M., & Noakes, M. (2009). Hyperandrogenemia, psychological distress, and food cravings in young women. *Physiology & Behavior*, 98(3), 276–280.
- Linter F., & Pajor A. (1994). *Szülészet- Nőgyógyászat*. Budapest, Springer Hungarica Kiadó Kft.
- Liu, K., & Case A. (2011). Advanced Reproductive Age and Fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 269, 1165-1175.
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88–92.
- Lukács-Márton R., & Szabó P. (2013). Egészségi állapot, testkép- és evészavarok a szépségiparban dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 154(17), 665-670.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2006). Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 52, 978–979.
- Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete (2004). *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe*. Budapest
- Månsson, M., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Johansson, A., & Landén, M. (2008). Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious--a case control study. *Psychoneuroendocrinology*, 33(8), 1132–1138.

- March, W. A., Moore, V. M., Willson, K. J., Phillips, D. I. W., Norman, R. J., & Davies, M. J. (2010). The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Human Reproduction*, 25(2), 544–551.
- Marsh, K. A., Steinbeck, K. S., Atkinson, F. S., Petocz, P., & Brand-Miller, J. C. (2010). Effect of a low glycemic index compared with a conventional healthy diet on polycystic ovary syndrome. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(1), 83–92.
- Martos, É., Kovács, V. A., Bakacs, M., Kaposvári, C., & Lugasi, A. (2012). Hungarian diet and nutritional status survey – The OTAP2009 study I. Nutritional status of the Hungarian population. *Orvosi Hetilap*, 153(26), 1023–1030.
- McCluskey, S. E., Lacey J. H., Pearce J. M., (1992). Binge-eating and polycystic ovaries (comment). *The Lancet*, 340, 723. Comment on: *Fertil Steril*, 1991, 55(2), 287-291.
- McCluskey, S., Evans, C., Lacey, J. H., Pearce, J. M., & Jacobs, H. (1991). Polycystic ovary syndrome and bulimia. *Fertility and Sterility*, 55(2), 287–291.
- Michelmores, K. F., Balen, A. H., Dunger, D. B., & Vessey, M. P. (1999). Polycystic ovaries and associated clinical and biochemical features in young women. *Clinical Endocrinology*, 51(6), 779–786.
- Michelmores, K. F., Ong, K., Mason, S., Bennett, S., Perry, L., ... Dunger, D. (2001). Clinical features in women with polycystic ovaries: relationships to insulin sensitivity, insulin gene VNTR and birth weight. *Clinical Endocrinology*, 55(4), 439–446.
- Mohácsi B. (2010). Policisztás ovárium szindróma (PCOS): Egy multikauzális betegség interdiszciplináris perspektívából. A nőiességen esett csorba: PCOS. A policisztás ovárium szindróma pszichológiai aspektusainak vizsgálata. In: Münnich Á., & Mező F. (Eds.): Interdiszciplináris kutatás a Debreceni Egyetem Regionális Tehetségpontjában. 10-21. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.

- Mohácsi B., Almássy Zs., & Szemán-Nagy A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichológiai megközelítése. Módszertani ajánlások és a fenotipikus csoportalkotás bevezetése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3), 493-506.
- Mohácsi B., Almássy Zs., Sápó T., Farkas Á., & Szemán-Nagy A. (2013). Psychological approach to Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and Endometriosis. In: Angyalosi G., Münnich Á., & Pusztai G. (Eds.): *Interdisciplinary Research of Humanities*. 247-256. Nitra, Constantine the Philosopher University in Nitra.
- Mohácsi B., & Szemán-Nagy A. (2016). Evészavarok prevalenciája policisztás ovárium szindrómás nők körében. *Psychiatria Hungarica*, 31(2), 136–145.
- Molnár M.(2009). „Lelki bajok”- egy hazai vizsgálat alapján. In: Lakatos P. & Speer G. (Eds.): *A policisztás ovárium szindróma*. Gyakorlati útmutató. 137-141. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Molnár M. B. (2012). Demográfiai jellemzők Magyarországon és az Európai Unióban. *Statistikai Szemle*, 90(6). 544-558.
- Molnár M., & Rigó A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichoszociális vonatkozásai. In: Pápay N., & Rigó A.(Eds.): *Reproduktív egészségpszichológia*. 209-222. Budapest, Elte Eötvös Kiadó.
- Moran, L., Gibson-Helm, M., Teede, H., & Deeks, A. (2010). Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31(1), 24–31.
- Morgan, J. F., McCluskey, S. E., Brunton, J. N., & Hubert Lacey, J. (2002). Polycystic ovarian morphology and bulimia nervosa: a 9-year follow-up study. *Fertility and Sterility*, 77(5), 928–931.

- Morgan, J., Scholtz, S., Lacey, H., & Conway, G. (2008). The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: an epidemiological cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(5), 427–431.
- Nagy G., Rosta K., Szémán B., Sasvári-Székely M., & Somogyi A. (2011). A depresszió és a diabetes kapcsolatának klinikai vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 152(13), 498-504.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 766–781.
- Nidhi, R., Padmalatha, V., Nagarathna, R., & Amritanshu, R. (2011). Prevalence of Polycystic Ovarian Syndrome in Indian Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24(4), 223–227.
- Norman, R. J., Hickey, T., Moran, L., Boyle, J., Wang, J., & Davies, M. (2004). Polycystic ovary syndrome—diagnosis and etiology. *International Congress Series*, 1266, 225–232.
- Palomba, S., Giallauria, F., Falbo, A., Russo, T., Oppedisano, R., ... Orio, F. (2008). Structured exercise training programme versus hypocaloric hyperproteic diet in obese polycystic ovary syndrome patients with anovulatory infertility: a 24-week pilot study. *Human Reproduction*, 23(3), 642–650.
- Pápay N., & Gellért F. (2015). Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészségmagatartás alakulásában. 189-209. In: Pápay N., & Rigó A. (Eds.): *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest, Elte Eötvös Kiadó
- Perczel F. D., Kiss Zs., & Ajtay Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Perczel F. D., Sallai J., & Rózsa S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(6), 632–643.

- Pető Z., & Frater R. (1991). *Terhesség, szülés, változó kor.* 74-81. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Petrányi Gy. (2008). A policisztás ovarium szindróma diagnosztikája. *Diabetologia Hungarica*, 16(2), 14–20.
- Petrányi Gy., (2005). Polycystás ovarium szindróma metforminkezelésével szerzett tapasztalatok. *Orvosi Hetilap*, 146(21), 1151-1155.
- Petrányi Gy., (2009). A PCOS-os beteg endokrinológus szemmel. In: Lakatos P., & Speer G., (Eds.): *Policisztás ovarium szindróma.* 146-150. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Petrányi, Gy., & Zaoura-Petrányi, M. (2011). Metformin treatment with or without life style changes in patients with polycystic ovary syndrome. *Orvosi Hetilap*, 152(16), 628–632.
- Pikó B. (1995). A társas támogatottság hatása az egészségi állapotra. *Végeken*, 6(1), 12-15.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133–144.
- Rappold P. SZ. (2009). Még én is rakhatok fészket - Funkcionálisan meddő és gyermeket váró párok szimbólumainak összehasonlító vizsgálata. In: Horváthné-Schmidt I. (Ed.): *Testünkben egy életen át.* 207–224. Győr, Palatai Kiadó és Nyomda Kft.
- Rasgon, N. L., Rao, R. C., Hwang, S., Altshuler, L. L., Elman, S., ... Korenman, S. G. (2003). Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 299–304.
- Rassi, A., Veras, A. B., dos Reis, M., Pastore, D. L., Bruno, L. M., ... Nardi, A. E. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in patients with polycystic ovary syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 599–602.
- Resch M., Szendei Gy., Nagy Gy., & Pintér J. (1998). Menstruációs és evészavarok prevalenciája infertilis nők körében. *Orvosi Hetilap*, 139, 287–291.

- Rihmer Z., & Perczel Forintos D. (2014). A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének jelentősége. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 16(2), 110-112.
- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 81(1), 19–25.
- Rowlands, I. J., Teede, H., Lucke, J., Dobson, A. J., & Mishra, G. D. (2016). Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. *Human Reproduction*, 31(9), 2072-2081.
- Rózsa S., Szádóczy E., & Füredi J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiátria Hungarica*, 16(4), 384-402.
- Ságodi L., Kiss-Tóth E., & Barkai L. (2013). Genetikai és környezeti tényezők hatása a polycystás ovarium szindróma kialakulására. *Orvosi Hetilap*, 154(17), 650–657.
- Ságodi, L., & Barkai, L. (2013). Diagnostic difficulties of polycystic ovarian syndrome in adolescent girls. *Orvosi Hetilap*, 154(4), 136–142.
- Sal I., Papp I., & Perczel Forintos D. (2012). Magatartás-orvoslási lehetőségek a cukorbetegség és az elhízás kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 153, 410–417.
- Sally V., Martos T., Földvári M., Szabó T., & Ittész A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15(3), 259–275.
- Schattmann, L., & Sherwin, B. B. (2007). Testosterone levels and cognitive functioning in women with polycystic ovary syndrome and in healthy young women. *Hormones & Behavior*, 51(5), 587-596.
- Sepulcri, R. de P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 142(1), 53–56.

- Sharquie, K. E., Al-Bayatti, A., Al-Bahar, A. J., & Al-Zaidi, Q. M. A. (2004). Acanthosis nigricans as skin manifestation of polycystic ovaries syndrome in primary infertile females. *Middle East Fertility Society Journal*, 9(2), 136-139.
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 293–307.
- Sipos K., Sipos M., & Spielberger, C. D. (1988). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F., & Szakács F. (Eds.): *Pszichodiagnosztikai vademecum. I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek 2. rész.* 123-148. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Sonino, N., Fava, G. A., Mani, E., Belluardo, P., & Boscaro, M. (1993). Quality of life of hirsute women. *Postgraduate Medical Journal*, 69(809), 186–189.
- Speer G. (2009). A PCOS patogenezeise és epidemiológiája. In: Lakatos P., & Speer G. (Eds.): *Policisztás ovarium szindróma.* 25-46. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., ... Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191–203.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., ... Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137–153.
- Szabó P., & Túry F. (1995). Az anorexia és bulimia nervosa klinikai és szubklinikai formáinak prevalenciája dolgozó nők és férfiak körében. *Orvosi Hetilap*, 136, 1829-1835.
- Szabó P., & Túry F. (1994). A pszichoszomatikus táplálkozásszavarok szövődményei *Orvosi Hetilap*, 135(20), 1067-1072.
- Szabó P. (1993). A testkép a táplálkozás zavaraiiban. *Végeken*, 4(3), 4-7.

- Szádóczky E. (2006). Depresszió. In: C. Molnár E., Füredi J., & Papp Z. (Eds.): *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*, 159-170. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Szádóczky E. (2011). A hangulatzavarok klinikai megjelenése. In: Szádóczky E., & Rihmer Z. (Eds.): *Hangulatzavarok*, 26-58. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Szádóczky, E., Rózsa S., & Unoka Zs., (2006). *SCID-I Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére. Klinikai változat. Interjúfüzet*. OS Hungary Tesztfejlesztő.
- Szigeti F. J., & Konkoly-Thege B. (2012). A meddőség pszichés velejárói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 713-731.
- Szigeti F. J., Konkoly-Thege B., & Lőrincz J. (2014). A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről. *Orvosképzés*, 89(3), 406-414
- Szumska I., Túry F., Hajnal Á., Csoboth Cs., Purebl Gy., & Réthelyi J. (2001). Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica*, 16, 374-383.
- Szumska, I., Túry, F., Csoboth, C. T., Réthelyi, J., Purebl, Gy., & Hajnal, Á. (2005). The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 278–284.
- Tabák R., & Kemény L. (2009). A PCOS szövődményei. Bőrgyógyászati szövődmények. In: Lakatos P., & Speer G. (Eds.): *Policisztás ovarium szindróma*. 132, Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssen, O. E., Dietz, T., ... Elsenbruch, S. (2008). Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 23(9), 2064–2071.

- Templeton, A., Fraser, C., & Thompson, B. (1991). Infertility--epidemiology and referral practice. *Human Reproduction*, 6(10), 1391–1394.
- The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Látogatva: 2016. 02. 11.)
- Thonneau, P., Marchand, S., Tallec, A., Ferial, M. L., Ducot, B., ... Spira, A. (1991). Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Human Reproduction*, 6(6), 811–816.
- Tiringer I., Varga J., & Molnár E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J., & Oláh A. (Eds.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*, 305-331. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Tölgyes, T., & Nemessury, J. (2004). Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 647–654.
- Tringer L. (2001). *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Túry F. (2000). Az evészavarok értékelésében alkalmazott legfontosabb tesztek In: Túry F., & Szabó P. (Eds.): *A táplálkozási magatartás zavarai: Az anorexia nervosa és bulimia nervosa*. 77-85. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Túry F., Rathner G., Szabó P., & Forgács A. (1994). A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. *Orvosi Hetilap*, 135, 787-791.
- Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M., & László Zs. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5(5) 336-342.
- Túry F., Szabó P., & Szendrey G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógyászati Szemle*, 43, 409-418.

- Túry F., & Szabó P., (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Urbancsek J., & Papp Z., (1997). *Nőgyógyászati endrokinológia*. Budapest, Springer Hungarica Kiadó Kft.
- Williams, S., Sheffield, D., & Knibb, R. C. (2015). „Everything”s from the inside out with PCOS’: Exploring women’s experiences of living with polycystic ovary syndrome and co-morbidities through Skype interviews. *Health Psychology Open*, 2(2), 1-10.
- Williamson, D., Gonzalez, M., & Finlay, A. (2001). The effect of hair loss on quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(2), 137–139.
- World Health Organization (2006). *Reproductive Health Indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data.
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. S., & Zerbe, K. J. (2002). Treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium, URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf (Letöltés ideje: 2016.05.12.)
- Yager, J., Landsverk, J., & Edelstein, C. K. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders, I: Course and severity. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1172–1177.
- Yildiz, B. O., Yarali, H., Oguz, H., & Bayraktar, M. (2003). Glucose intolerance, insulin resistance, and hyperandrogenemia in first degree relatives of women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(5), 2031–2036.

1 MELLÉKLET. BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

Kérem, gondosan olvasson át minden állításcsoportot (ELSŐ ÁLLÍTÁSCSOPORT, MÁSODIK ÁLLÍTÁSCSOPORT, stb.)! Válassza ki minden állításcsoportból azt az egy (vagy több) állítást, amely vagy amelyek legjobban leírják az Ön érzését az elmúlt héttől egészen a mai napig. A jelölést az állítások utáni négyzetekbe tegye!

1. 0. Nem vagyok szomorú.
1. Szomorú vagy nyomott vagyok.
2. Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle.
3. Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.
2. 0. Nem félek különösebben a jövőt illetően.
1. Félek a jövőtől.
2. Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.
3. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
3. 0. Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.
1. Úgy érzem több kudarc ér, mint másokat.
2. Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom.
3. Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.
4. 0. A dolgok ugyanolyan meglepéssel töltenek el, mint máskor.
1. A dolgokkal nem vagyok úgy meglepődve, mint máskor.
2. Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem.
3. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.
5. 0. Nem hibáztatom különösebben magam.
1. Gyakran hibáztatom magam.
2. Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt.
3. Állandóan hibáztatom magam.
6. 0. Nem érzem magam különösebben hibásnak.
1. Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.
2. Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre.
3. Azt akarom, hogy megbüntessenek.
7. 0. Nem csalódtam magamban.
1. Csalódtam magamban.
2. Nem szeretem magam.
3. Gyűlölöm magam.

8. 0. Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.
 1. Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálom magam.
 2. Mindig vádolom magam a hibáim miatt.
 3. Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádolom magam.
9. 0. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
 1. Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.
 2. Szeretném megölni magam.
 3. Megölném magam, ha tudnám.
10. 0. Nem sírok többet, mint szoktam.
 1. Mostanában többet sírok, mint szoktam.
 2. Mostanában mindig sírok.
 3. Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.
11. 0. Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor.
 1. Könnyebben leszek ingerült, vagy haragos, mint korábban.
 2. Mostanában állandóan ingerült vagyok.
 3. Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.
12. 0. Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.
 1. Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt.
 2. Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.
 3. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
13. 0. Éppen olyan jól döntök, mint korábban.
 1. Mostanában elhalasztom a döntéseimet.
 2. A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.
 3. Semmiben nem tudok dönteni többé.
14. 0. Nem érzem, hogy rosszabbul néznék ki, mint máskor.
 1. Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.
 2. Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.
 3. Azt hiszem, csúnya vagyok.
15. 0. Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.
 1. Külön erőfeszítésembe kerül, hogy valami munkába belefogjak.
 2. Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.
 3. Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.
16. 0. Ugyanolyan jól tudok aludni, mint általában.
 1. Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.

- 2. A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek, és nehezen tudok újra elaludni.
 - 3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.
17. 0. Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.
- 1. Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.
 - 2. Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok.
 - 3. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
18. 0. Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt.
- 1. Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.
 - 2. Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.
 - 3. Egyáltalán nincs már étvágyam.
19. 0. Semmivel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.
- 1. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg.
 - 2. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg.
 - 3. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg.
 - 4. Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogyni.
20. 0. Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.
- 1. Aggódom olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak, vagy gyomorpanaszok.
 - 2. Nagyon aggódom testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is gondolnom.
 - 3. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.
21. 0. Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.
- 1. A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
 - 2. Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
 - 3. Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.

2. MELLÉKLET. SPIELBERGER-FÉLE ÁLLAPOT- ÉS VONÁSSZORONGÁS KÉRDŐÍV (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY- STAI)

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

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

3. MELLÉKLET. EVÉSI ZAVAR KÉRDŐÍV (EATING DISORDER INVENTORY, EDI)

A kérdőív utolsó része következik, amelyben különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket talál. A tételek némelyike ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az Ön saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon meg tehát őszintén válaszolni! Kérem, hogy mindegyik kérdésre válaszoljon!

	mindig	rendszerint	gyakran	néha	ritkán	soha
1. Édességeket és szénhidrátot a nélkül eszem, hogy idegessé válnék.						
2. Azt hiszem, hogy a gyomrom túl nagy.						
3. Szívesen visszatérnék a gyermekkor biztonságához.						
4. Eszem, ha nyugtalan vagyok.						
5. Teletömöm magam étellel.						
6. Szívesen lennék fiatalabb.						
7. Diétázásra gondolok.						
8. Aggódok, ha érzelmeim nagyon erősek.						
9. Azt hiszem combjaim túl vastagok.						
10. Tehetetlen embernek érzem magam.						
11. Nagyon dühösnek érzem magam túlevés után.						
12. Azt hiszem, gyomrom éppen jó méretű.						
13. Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családban.						
14. A legboldogabb időszak az életemben a gyermekkor.						
15. Nyíltan kimutatom érzelmeimet.						
16. Szorongok a hízástól.						
17. Megbízom másokban.						
18. Egyedül érzem magam a világban.						
19. Elégedett vagyok alakommal.						
20. Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom.						
21. Megzavar az, hogy milyen érzelmet is érzek néha.						
22. Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.						
23. Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.						
24. Bárcsak valaki más lennék.						
25. Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.						
26. Világosan meg tudom állapítani milyen érzelmet érzek.						
27. Elégtelennek érzem magam.						
28. Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni.						
29. Gyermekként nagyon erősen megpróbáltam elkerülni, hogy a nagyszüleim vagy a tanáraink csalódjanak bennem.						
30. Közeli barátaim vannak.						
31. Tetszik a fenekem formája.						

32. Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.						
33. Nem tudom, mi zajlik bennem.						
34. Nehezemre esik, hogy másoknak kimutassam érzelmeimet.						
35. A felnőttkor elvárásai túl nagyok.						
36. Gyűlölöm azt ha nem a legjobbat teljesítem.						
37. Önbizalmam van.						
38. Töprengem a falásrohamokon (túlevésen).						
39. Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.						
40. Nem tudom, éhes vagyok-e vagy sem.						
41. Rossz véleményem van magamról.						
42. Úgy érzem, el tudom érni céljaimat.						
43. Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.						
44. Aggódok, hogy az érzéseim fölött elveszítem az uralmat.						
45. Azt hiszem, a csípőm túl nagy.						
46. Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.						
47. Normális étkezés után is felfűvödöttnak érzem magam.						
48. Azt hiszem az emberek gyermekkorukban a legboldogabbak.						
49. Ha hízik 1 kg-ot, félek, hogy elhízom.						
50. Úgy érzem, értékes személy vagyok.						
51. Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok.						
52. Úgy érzem, hogy vagy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat, vagy sehogy.						
53. Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.						
54. Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál jönni).						
55. Azt hiszem a combjaim éppen megfelelő méretűek.						
56. Belülről (érzelmileg) üresnek érzem magam.						
57. Tudok személyes gondolatokról, érzelmekről beszélni.						
58. Az élet legszebb évei azok, amikor az ember felnőtté válik.						
59. Azt hiszem, a fenekem túl nagy.						
60. Vannak nehezen meghatározható érzelmeim.						
61. Titokban eszem vagy iszom.						
62. Azt hiszem, a csípőm éppen jó méretű.						
63. Igen magas céljaim vannak.						
64. Ha zaklatott vagyok, félek, hogy enni kezdek.						

4. MELLÉKLET. EVÉSI ATTITÜDÖK TESZTJE (EATING ATTITUDES TEST, EAT)

Kérem, válassza ki az Önre leginkább igaz állítást!

	mindig	nagyon gyakran	gyakran	néha	ritkán	soha
1. Rettegek attól, hogy elhízom.	—	—	—	—	—	—
2. Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.	—	—	—	—	—	—
3. Úgy érzem, aggodalmat jelent számomra a táplálkozás.	—	—	—	—	—	—
4. Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem vagyok képes abbahagyni az evést.	—	—	—	—	—	—
5. Ételemet apró darabokra vágom.	—	—	—	—	—	—
6. Tisztában vagyok az általam fogyasztott ételek kalóriatartalmával.	—	—	—	—	—	—
7. A magas szénhidrát-tartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs) különösen kerülöm.	—	—	—	—	—	—
8. Úgy érzem mások azt szeretnék, ha többet ennék.	—	—	—	—	—	—
9. Evés után hányok.	—	—	—	—	—	—
10. Evés után erős büntudatom van.	—	—	—	—	—	—
11. Foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	—	—	—	—	—	—
12. Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, hogy kalóriát égetek el.	—	—	—	—	—	—
13. Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.	—	—	—	—	—	—
14. Aggaszt a gondolat, hogy hájas a testem.	—	—	—	—	—	—
15. Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.	—	—	—	—	—	—
16. Kerülöm a	—	—	—	—	—	—

cukortartalmú ételeket.						
17. Diétás ételeket eszem.	—	—	—	—	—	—
18. Úgy érzem, a táplálkozás uralja az életemet.	—	—	—	—	—	—
19. Van önuralmam az étkezéssel kapcsolatban.	—	—	—	—	—	—
20. Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyek.	—	—	—	—	—	—
21. Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.	—	—	—	—	—	—
22. Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.	—	—	—	—	—	—
23. Diétázom.	—	—	—	—	—	—
24. Szeretem, ha a gyomrom üres.	—	—	—	—	—	—
25. Szeretek tápláló ételújdonosságokat kipróbálni.	—	—	—	—	—	—
26. Evés után hányási késztetésem van.	—	—	—	—	—	—

5. MELLÉKLET. EVÉSZAVARTÜNETEK SÚLYOSSÁGI SKÁLÁJA (EATING BEHAVIOUR SEVERITY SCALE, EBSS)

Milyen gyakran fordultak elő Önnél a következő viselkedések az utóbbi négy hét alatt?

(* A falásroham olyan nagy mennyiségű táplálék gyors elfogyasztása, melyet mások extrém mennyiségnek tartanak.)

	soha	havonta egyszer	havonta többször	hetente egyszer	hetente többször	naponta	naponta többször
Diétázás:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Testedzés a testsúly és az alak miatt:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Étvágycsökkentők:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Falásrohamok*:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Hányás:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Hashajtók:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Vizelethajtók:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

6. MELLÉKLET. ROSENBERG ÖNÉRTÉKELÉS SKÁLA (ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE, RSES-H)

Kérem, válassza ki az Önre leginkább jellemző választ!

	nagyon igaz	igaz	nem igaz	nagyon nem igaz
1. Úgy érzem, érek legalább annyit, mint mások.	—	—	—	—
2. Sok jó tulajdonságom van.	—	—	—	—
3. Azt hiszem, az életem összességében véve kudarc.	—	—	—	—
4. Ugyanolyan jól ellátom a feladataimat, mint a legtöbb ember.	—	—	—	—
5. Nem sok mindenre lehetek büszke.	—	—	—	—
6. Kedvező véleményem van magamról.	—	—	—	—
7. Összességében elégedett vagyok magammal.	—	—	—	—
8. Azt kívánom, bárcsak több tisztelettel gondolhatnék magamra.	—	—	—	—
9. Néha bizony haszontalannak érzem magam.	—	—	—	—
10. Olykor azt gondolom, semmire sem vagyok jó.	—	—	—	—

7. MELLÉKLET. TESTI ATTITŰDÖK TESZTJE (BODY ATTITUDE TEST, BAT)

Kérem, válassza ki minden állítással kapcsolatban azt, amelyik a leginkább jellemző Önre!

	mindig	rendszerint	gyakran	néha	ritkán	soha
1. Ha összehasonlítom a saját testemet a kortársaiméval, elégedetlen vagyok vele.	—	—	—	—	—	—
2. A testem érzéketlen tárgynak tűnik.	—	—	—	—	—	—
3. A csípőm túl szélesnek tűnik számomra.	—	—	—	—	—	—
4. Jól érzem magam a bőrömben.	—	—	—	—	—	—
5. Nagyon vágyom arra, hogy vékonyabb	—	—	—	—	—	—

legyek.						
6. Azt gondolom, hogy a melleim túl nagyok.	—	—	—	—	—	—
7. Hajlamos vagyok elrejtetni a testemet (pl. bő ruhákat hordok).	—	—	—	—	—	—
8. Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel.	—	—	—	—	—	—
9. Könnyű számomra ellazítani a testemet.	—	—	—	—	—	—
10. Azt gondolom, túl kövér vagyok.	—	—	—	—	—	—
11. Tehernek érzem a testemet.	—	—	—	—	—	—
12. Úgy tűnik nekem, mintha a testem nem is az enyém volna.	—	—	—	—	—	—
13. Úgy érzem, mintha egyes testrészeim dagadtak lennének.	—	—	—	—	—	—
14. A testem szorongást jelent számomra.	—	—	—	—	—	—
15. A testi megjelenésem nagyon fontos.	—	—	—	—	—	—
16. Olyan nagy a hasam, mintha terhes lennék.	—	—	—	—	—	—
17. Feszültséget érzek a testemben.	—	—	—	—	—	—
18. Irigylem mások testi megjelenését.	—	—	—	—	—	—
19. Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek.	—	—	—	—	—	—
20. Figyelem, hogy milyennek látszom a tükörben.	—	—	—	—	—	—



HAJDÚ-BIHAR MEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

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

Tárgy: Engedélyező határozat

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

HATÁROZAT

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

engedélyezem

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

A kutatás anyagi fedezetét biztosító megbízó: intézeti forrás

A kutatásban résztvevő intézmények:

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

A kutatás vezetője:

Dr. Szemán-Nagy Anita egyetemi tanársegéd

A kutatás várható időtartama: 2011 december – 2014 január

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

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

INDOKOLÁS

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

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

Fentiekre tekintettel a rendelkező részben foglaltak szerint döntöttem.

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

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

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

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

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

Debrecen, 2011. december 19.

Dr. Fodor Mária
Dr. Fodor Mária
megyei tisztifőorvos



Erről értesülnek:

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

9. MELLÉKLET. BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV RÖVIDÍTETT VÁLTOZATA

Kérem, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint!

1. egyáltalán nem jellemző 2. alig jellemző 3. jellemző 4. teljesen jellemző

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

10. MELLÉKLET. BECK REMÉNYTELENSÉG SKÁLA

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

___ **A.** Reményekkel telve és lelkesedéssel nézek a jövő elébe.

___ **B.** Akár fel is adhatnám, mert nincs semmi, amit tehetnék azért, hogy a dolgok jobbra forduljanak a számomra.

___ **C.** Amikor a dolgok rosszul mennek, azzal vigasztalom magam, hogy ez nem tarthat így örökké.

___ **D.** Nem tudom elképzelni, hogy milyen lenne az életem tíz év múlva.

___ **E.** A számomra legfontosabb dolgok megvalósítására tudok elég időt szakítani.

___ **F.** Számítok rá, hogy a jövőben sikeres leszek azon a téren, ami a legfontosabb számomra.

___ **G.** Sötétben látom a jövőmet.

___ **H.** Nagyon szerencsés vagyok, és bízom benne, hogy nekem több jó jut osztályrészül, mint egy átlagembernek.

___ **I.** Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.

___ **J.** Múltbéli tapasztalataim alaposan felkészítettek a jövőre.

___ **K.** Csak a kellemetlen dolgokat látom a jövőben és nem a kellemeseket.

-
- __ **L.** Nem bízom benne, hogy elérem, amit igazán akarok.
-
- __ **M.** Amikor előre tekintek a jövőbe, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok.
-
- __ **N.** Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
-
- __ **O.** Erősen bízom a jövőben.
-
- __ **P.** Sosem sikerül elérnem azt, amit akarok, ezért örültség bármit is akarni.
-
- __ **Q.** Több mint valószínűtlen, hogy igazi elégedettséget érezzek a jövőben.
-
- __ **R.** A jövő homályosnak és bizonytalanak tűnik számomra.
-
- __ **S.** Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.
-
- __ **T.** Főleg igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.
-

11. MELLÉKLET. KUTATÁSRA VALÓ FELHÍVÁS PLAKÁTJA



Összefogással a PCOS-es nők megsegítéséért! FELHÍVÁS KUTATÁSBAN VALÓ RÉSZVÉTELRE!

A kutatás egy beszélgetésből és két teszt kitöltéséből áll, melynek célja, hogy valós információt nyerjünk arról, hogy milyen kihívásokkal kell PCOS-esként a mindennapokban megküzdeni.

A kutatás a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetének szervezésével zajlik, Mohácsi Bernadett pszichológus doktorandusz és Dr. Szemán- Nagy Anita klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta vezetésével. A kutatás név megadása nélkül történik, és visszajelzés kérésre van lehetőség.

***Minden jelentkező részvételével anyagi támogatáshoz tudjuk juttatni a
PCOS Szívügy Alapítványt.***

A kutatás *helyszíne* Budapest és Debrecen. Debrecenben folyamatosan lehet jelentkezni, Budapesten június hónap végén kerül sor a kutatásra. A pontos időpont meghatározása az előzetes jelentkezések alapján történik.



Előzetesen jelentkezni, és bővebb információt kérni

Mohácsi Bernadettől, a

mohacsi.bernadett@arts.unideb.hu e-mail címen lehet.

