

**Doktori (PhD) értekezés**

**SPECIÁLIS CSOPORTOK EVÉSZAVARAI, KÜLÖNÖS  
TEKINTETTEL A SZÉPSÉGIPARBAN DOLGOZÓKRA ÉS  
VÁRANDÓS KISMAMÁKRA**

**LUKÁCS-MÁRTON RÉKA-ANNA**

**DEBRECENI EGYETEM**

**BTK  
2013**

**SPECIÁLIS CSOPORTOK EVÉSZAVARAI KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A  
SZÉPSÉGIPARBAN DOLGOZÓKRA ÉS VÁRANDÓS KISMAMÁKRA**

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

Írta: LUKÁCS-MÁRTON RÉKA-ANNA, okleveles pszichológus

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

Témavezető: Dr. Szabó Pál

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.....

tagok: Dr.....

Dr.....

A doktori szigorlat időpontja: 201. ....

Az értekezés bírálói:

Dr. ....

Dr. ....

A bírálóbizottság:

elnök: Dr. ....

tagok: Dr. ....

Dr. ....

Dr. ....

A nyilvános vita időpontja: 201. ....

*„Én Lukács-Márton Réka-Anna teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”*

.....

## Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom Dr. Szabó Pálnak (Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet), aki témavezetőként sokrétű segítségét nyújtott. Támogatása nélkül a jelen értekezés nem valósulhatott volna meg.

Köszönettel tartozom Dr. Czeglédi Editnek, akinek szolgálatkészségeért a mai napig nagyon hálás vagyok, az Ő közreműködése nélkülözhetetlen segítséget jelentett a statisztikai elemzések során, számos ötletet adott, amik gazdagabbá tették az eredmények kibontakozását. Köszönöm továbbá Dr. Gaál Ágnes (Budapest), Dr. Münzlinger Attila, Dr. Münzlinger Ildikó, Dr. Madarász Enikő családorvosok (Gyergyószentmiklós és környéke) segítségét, valamint a Domus Hungarica Alaptítvány támogatását. Nélkülük nem valósulhatott a várandós mintán készült kutatásom.

Köszönet azoknak az önkéntes segítőknak, akik a szépségiparban végzett kérdőívek terjesztésében és összegyűjtésében részt vettek, név szerint: Nagy Beáta, Vásárhelyi Éva. Köszönet Szászi Beáta PhD. hallgatónak aki a várandós vizsgálat kérdőív terjesztésében segített.

Munkahelyemen, a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetemen megfelelő feltételeket kaptam munkám végzéséhez, ezért köszönettel tartozom Dr. Kelemen András dékánnak, Dr. Imre Attila tanszékvezető Úrnak, és kollegáimnak: Szentes Erzsébetnek és Horváth Zsófiának, Bálint Jánosnak.

Köszönettel tartozom barátnőmnek és kollégámnak Krizbai Tímeának, aki mindvégig megértően támogatott.

Nem utolsósorban köszönettel tartozom férjemnek, Lukács-Márton Zsoltnak és kislányomnak Avarának, türelméért, megértéséért, valamint a disszertációm megírása során nyújtott segítségéért és kitartásáért. Ugyanakkor köszönettel tartozom szüleimnek, testvéremnek és barátaimnak, akik mindvégig hittek bennem és mindenben támogattak.

## TARTALOMJEGYZÉK

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bevezetés .....                                                              | 13 |
| 1. Az evészavarok típusai .....                                              | 17 |
| 1.1. Az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumai .....                     | 17 |
| 1.2. A bulimia nervosa diagnosztikai kritériumai .....                       | 18 |
| 1.3. A falászavar diagnosztikai kritériumai .....                            | 19 |
| 2. Az evészavarok epidemiológiai adatai .....                                | 21 |
| 2.1. Az anorexia nervosa prevalenciája .....                                 | 21 |
| 2.2. A bulimia nervosa prevalenciája .....                                   | 24 |
| 2.3. Az anorexia nervosa incidenciája: .....                                 | 26 |
| 2.4. A bulimia nervosa incidenciája .....                                    | 27 |
| 2.5. Szubklinikai zavarok vizsgálata .....                                   | 29 |
| 2.6. Kelet- és Közép-Európában végzett epidemiológiai vizsgálatok .....      | 30 |
| 2.6.1. Magyarországon és Romániában végzett epidemiológiai vizsgálatok ..... | 31 |
| 2.7. Kockázati csoportok evészavar prevalenciája .....                       | 33 |
| 3. Az evészavarok etiopatogenezise .....                                     | 35 |
| 3.1. Kockázati tényezők az evészavarok etiopatogenezisében .....             | 35 |
| 3.1.1. Biológiai tényezők .....                                              | 37 |
| 3.1.2. Pszichológiai tényezők .....                                          | 38 |
| 3.1.3. Szociokulturális tényezők .....                                       | 45 |
| 4. Az evészavarok pszichiátriai komorbiditása .....                          | 46 |
| 4.1. Hangulatzavarok .....                                                   | 47 |
| 4.2. Szorongásos zavarok .....                                               | 48 |
| 4.3. Kényszerbetegség .....                                                  | 48 |
| 4.4. Személyiségzavarok .....                                                | 49 |
| 4.5. Addikciók .....                                                         | 49 |
| 4.6. Disszociációs zavar .....                                               | 51 |
| 5. Várandósság .....                                                         | 52 |
| 5.1. A várandósság pszichológiai háttere .....                               | 52 |
| 5.2. A várandósság alatt a magzat testi fejlődése .....                      | 53 |
| 5.2.1. A fejlődő magzat jellemzői morfológiai szempontból .....              | 55 |
| 5.3. Az anyát és magzatot érő teratogén hatások .....                        | 56 |

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.4. Várandósság alatti testmozgás.....                                                                             | 59  |
| 5.5. Az anya táplálkozásának következményei a magzatra.....                                                         | 60  |
| 5.6. Várandósság és evészavarok .....                                                                               | 62  |
| 5.8. Az anyai evészavar és pszichiátriai zavarok összefüggése .....                                                 | 69  |
| 6. Az evészavarok előfordulásának vizsgálata a szépségiparban dolgozóknál és a várandós<br>kismamáknál .....        | 71  |
| 6.1. Evészavarok előfordulásának vizsgálata szépségiparban dolgozóknál Erdélyben és<br>Magyarországon .....         | 73  |
| 6.1. 1. A kutatás céljai .....                                                                                      | 73  |
| 6.1. 2. A kutatás hipotézisei.....                                                                                  | 73  |
| 6.1.3. Módszerek .....                                                                                              | 73  |
| 6.1.3.1 Vizsgálati személyek .....                                                                                  | 73  |
| 6.1.3.2 Eljárás .....                                                                                               | 74  |
| 6.1.3.3. Méréseszközök.....                                                                                         | 74  |
| 6.2. Diagnosztikai kritériumok .....                                                                                | 78  |
| 6.3. Statisztikai módszerek .....                                                                                   | 79  |
| 7. Eredmények .....                                                                                                 | 79  |
| 7.1. A vizsgálat alapstatisztikája.....                                                                             | 79  |
| 7.2. Egészségi állapot .....                                                                                        | 80  |
| 7.3. Egészségkárosító magatartások .....                                                                            | 80  |
| 7.4 . Egészségmagatartás .....                                                                                      | 81  |
| 7.5. Testápolás .....                                                                                               | 81  |
| 7.6. Testi attitűdök és evészavartünetek .....                                                                      | 82  |
| 7.7. Evészavar prevalencia a szépségiparban dolgozóknál, illetve a kontroll csoportban .....                        | 87  |
| 7.8. A szépségiparban és a kontroll csoportban végzett vizsgálat során kapott eredmények<br>részösszefoglalója..... | 89  |
| 8. A várandósokkal végzett kutatás bemutatása .....                                                                 | 91  |
| 8.1. A vizsgálat célkitűzései .....                                                                                 | 91  |
| 8.2. Hipotézisek .....                                                                                              | 91  |
| 7.3. Módszerek .....                                                                                                | 92  |
| 7.3.1. Vizsgálati személyek és eljárás .....                                                                        | 92  |
| 7.3.2. Méréseszközök.....                                                                                           | 94  |
| 7.4. Diagnosztikai kritériumok .....                                                                                | 98  |
| 7.5. Statisztikai módszerek .....                                                                                   | 99  |
| 8. Eredmények .....                                                                                                 | 100 |

|                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.1. A vizsgálat alapstatisztikája.....                                                                                                                        | 100 |
| 8.2. Antropometriai adatok és tápláltsági állapot .....                                                                                                        | 105 |
| 8.3. Táplálkozás.....                                                                                                                                          | 105 |
| 8.4. Egészségkárosító magatartások .....                                                                                                                       | 106 |
| 8.5. Fizikai aktivitás .....                                                                                                                                   | 107 |
| 8.6. Mentális egészség.....                                                                                                                                    | 108 |
| 8.7. Testkép .....                                                                                                                                             | 109 |
| 8.8. Terhességi élmények .....                                                                                                                                 | 111 |
| 8.9. Terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata .....                                                                                        | 112 |
| 8.10. A negatív terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök prediktorai.....                                                                            | 116 |
| 8.11. Evészavar-tünetek.....                                                                                                                                   | 116 |
| 9. A longitudinális vizsgálat bemutatása .....                                                                                                                 | 121 |
| 9.1. Célkitűzés és hipotézisek.....                                                                                                                            | 121 |
| 9.2. Vizsgálati személyek .....                                                                                                                                | 121 |
| 9.3. Antropometriai adatok és tápláltsági állapot .....                                                                                                        | 124 |
| 9.4. Testkép .....                                                                                                                                             | 124 |
| 9.5. Evészavar tünetek .....                                                                                                                                   | 126 |
| 9.6. Mentális egészség .....                                                                                                                                   | 130 |
| 9.8. A várandós vizsgálat során kapott eredmények összefoglalója .....                                                                                         | 134 |
| 10. A szépségiparban dolgozók és a kontroll csoport eredményeinek megbeszélése.....                                                                            | 136 |
| 10.1. Az evészavarok előfordulása a szépségiparban dolgozóknál, valamint a kontroll csoport tagjainál.....                                                     | 136 |
| 10.2. A falásrohamok és a különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulása a szépségiparban dolgozók és kontroll csoportban .....                             | 138 |
| 10.3. A táplálkozásvizsgálatokra jellemző kóros evési attitűdök és testi attitűdök a szépségiparban dolgozóknál, illetve a kontroll csoportnál.....            | 139 |
| 11. A várandós vizsgálat eredményeinek megbeszélése .....                                                                                                      | 141 |
| 11.1. Az evészavarok előfordulása a várandós kismamák körében .....                                                                                            | 141 |
| 11.2. A falászavarok és különböző súlycsökkentő viselkedések az előfordulása a várandósok körében.....                                                         | 142 |
| 11.3. A terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök eredményei .....                                                                                    | 142 |
| 11.4. Egészségmagatartás és egészségkárosító viselkedések gyakorisága a keresztmetszeti mintában .....                                                         | 143 |
| 11.5. Az EDI alskáláin a testtel való elégedetlenség, a karcsúság iránti késztetés és a bulimiára való hajlam kóros tartományba tartozó gyakoriságértékei..... | 144 |

|                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11.6. A terhességi élmények minősége .....                                | 144 |
| 12. A longitudinális várandós vizsgálat eredményeinek megbeszélése .....  | 145 |
| 12.1. Az evészavarok előfordulása a várandós longitudinális mintában..... | 145 |
| Összefoglalás, új eredmények: .....                                       | 148 |
| Irodalomjegyzék .....                                                     | 156 |
| Mellékletek .....                                                         | 189 |

## ***Táblázatok jegyzéke***

|                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.táblázat. Az anorexia nervosa prevalenciája.....                                                                                                                                  | 23  |
| 2.táblázat. A bulimia nervosa prevalenciája.....                                                                                                                                    | 25  |
| 3.táblázat. Az AN incidenciája (1 évre és 100 000 lakosra vonatkozóan) .....                                                                                                        | 27  |
| 4.táblázat. A BN incidenciája (1 évre és 100 000 lakosra vonatkozóan) .....                                                                                                         | 29  |
| 5. táblázat. A magzat fejlődése havi leosztásban.....                                                                                                                               | 55  |
| 6. táblázat. Az evészavaros nőknél a nőgyógyászati komplikációk gyakoriságát mutató vizsgálatok.....                                                                                | 66  |
| 7.táblázat. Az evészavarok (klinikai és szubklinikai) diagnózisai a DSM-IV alapján.....                                                                                             | 78  |
| 8.táblázat. Demográfiai és antropometriai adatok.....                                                                                                                               | 80  |
| 9.táblázat. Az egészségkárosító magatartások gyakorisága a vizsgált mintákban .....                                                                                                 | 81  |
| 10.táblázat. A foglalkozás és egyéb pszichológiai változók közötti összefüggések .....                                                                                              | 83  |
| 11.táblázat. A testi, evési attitűdök és testtel való elégedetlenség tekintetében normális és patológiás eloszlása a vizsgált mintákban .....                                       | 84  |
| 12.táblázat. A patológiás diétázás prediktorai .....                                                                                                                                | 85  |
| 13.táblázat. Testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága a vizsgált mintákban .....                                                                                                  | 86  |
| 14.táblázat. A testsúlycsökkentő viselkedések prediktorai .....                                                                                                                     | 87  |
| 15. táblázat. A klinikai és szubklinikai AN és BN, valamint az evészavarok diagnosztikai kritériumainak gyakorisága a vizsgált csoportokban .....                                   | 88  |
| 16.táblázat. A vizsgálati minta bemutatása .....                                                                                                                                    | 93  |
| 17. táblázat. A vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikája (átlag, szórás, Cronbach- $\alpha$ , valamint az erdélyi és magyar minta összehasonlítása a változók mentén)..... | 101 |
| 18.táblázat. A pszichológiai mutatók korrelációs táblázata .....                                                                                                                    | 103 |
| 19.táblázat. Az antropometriai adatok alapstatisztikája .....                                                                                                                       | 105 |
| 20.táblázat. Táplálkozásra való odafigyelés a terhesség előtti és alatti szakaszban a keresztmetszeti kutatásban .....                                                              | 106 |
| 21.táblázat. Egészségkárosító magatartás országok szerinti eloszlása a keresztmetszeti mintában .....                                                                               | 107 |
| 22. táblázat. A testtel való elégedetlenség alkotóelemei a keresztmetszeti mintában.....                                                                                            | 110 |
| 23. táblázat. Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök és testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága közötti különbségek .....                                            | 113 |
| 24. táblázat. A terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűd és az egyéb pszichológiai változók közötti összefüggések .....                                                     | 115 |

|                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 25. táblázat. Prediktorok a negatív attitűdök a terhességi súlygyarapodásra a keresztmetszeti mintában .....                                                                | 116 |
| 26. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulási gyakorisága országok szerinti bontásban .....                                                             | 118 |
| 27. táblázat. A klinikai és szubklinikai AN és BN, valamint az evészavarok diagnosztikai kritériumainak gyakorisága a vizsgált csoportokban .....                           | 119 |
| 28. táblázat. Az evészavar és egyéb pszichológiai változók átlagértékei és a csoportok közötti különbségek.....                                                             | 120 |
| 29. táblázat. A longitudinális minta demográfiai bemutatása: .....                                                                                                          | 122 |
| 30. táblázat. A vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikája.....                                                                                                      | 123 |
| 31. táblázat. Az antropometriai adatok alapstatisztikája a longitudinális mintában.....                                                                                     | 124 |
| 32. táblázat. A testtel való elégedetlenség alkotóelemei a longitudinális mintában a kiindulásnál.....                                                                      | 126 |
| 33. táblázat. Evészavar tünetek a longitudinális mintában.....                                                                                                              | 127 |
| 34. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulási gyakorisága a longitudinális mintában .....                                                               | 128 |
| 35. táblázat. A legalább havi egy alkalommal folytatott súlycsökkentő magatartások előfordulási gyakorisága a mindhárom mérési ponton adatokat szolgáltatók almintáján..... | 129 |
| 36. táblázat. Különböző kérdőíveken elért kóros, normális tartományba tartozók előfordulási gyakorisága a longitudinális mintában .....                                     | 130 |
| 37. táblázat. Diagnosztizált klinikai és szubklinikai evészavar gyakoriságok a longitudinális mintában .....                                                                | 131 |
| 38. táblázat. Egyes pszichológiai változók módosulása a terhességi trimeszterek függvényében.....                                                                           | 132 |
| 39. táblázat. A terhességi súlygyarapodás függvényében a pszichológiai változók módosulása.....                                                                             | 133 |

### ***Ábrák jegyzéke***

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. ábra. A sportolás céljának az eloszlása a két mintában .....                            | 108 |
| 2. ábra. Lelkesítő és bosszantó (gyakoriság, intenzitás) dolgok átlagértékei .....         | 112 |
| 3 ábra. A terhességi súlynövekedés miatti aggodalmak, trimeszterekre lebontva adódik ..... | 125 |

### ***Mellékletek jegyzéke***

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.A szépségipar és a kontroll csoport vizsgálatára alkalmazott kérdőív ..... | 189 |
| 2.Melléklet. A várandósok vizsgálatára alkalmazott kérdőív.....              | 194 |

## ***Rövidítések jegyzéke***

|                  |                                                                                                                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AN</b>        | Anorexia nervosa                                                                                                                                 |
| <b>SAN</b>       | Szubklinikai anorexia nervosa                                                                                                                    |
| <b>BID</b>       | Binge eating disorder (falászavar)                                                                                                               |
| <b>BMI</b>       | Body mass index (testtömegindex: kg/m <sup>2</sup> )                                                                                             |
| <b>BN</b>        | Bulimia nervosa                                                                                                                                  |
| <b>SBN</b>       | Szubklinikai bulimia nervosa                                                                                                                     |
| <b>AN</b>        | Anorexia nervosa                                                                                                                                 |
| <b>SAN</b>       | Szubklinikai anorexia nervosa                                                                                                                    |
| <b>DSM-III</b>   | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (American Psychiatric Association, 1980)                                      |
| <b>DSM-III-R</b> | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition-revised, DSM-III módosított változat (American Psychiatric Association, 1987) |
| <b>DSM-IV-TR</b> | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, DSM-IV módosított változat (American Psychiatric Association, 2000)          |
| <b>EAT</b>       | Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, Garner és Garfinkel, 1979)                                                                       |
| <b>EBSS</b>      | Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behaviour Severity Scale; EBSS; Yager és mtsai., 1987)                                               |
| <b>EDI</b>       | Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, Garner és mtsai, 1983)                                                                             |
| <b>EDNOS</b>     | Máshova nem osztályozott evészavar (Eating disorders not otherwise specified)                                                                    |
| <b>EDNOS-P</b>   | Purgáló máshova nem osztályozott evészavar (Eating disorders not otherwise specified purging)                                                    |
| <b>LBW</b>       | Alacsony születési súly (Low Birth Weight)                                                                                                       |
| <b>NK</b>        | Nőgyógyászati komplikációk<br>Terhességi Élmények Skála rövidített változata (Brief version of Pregnancy                                         |
| <b>PES-BRIEF</b> | Experience Scale (PES-Brief) Pregnancy Experience Scale (DiPietro és mtsai, 2008)                                                                |
| <b>PD</b>        | Purging disorder                                                                                                                                 |
| <b>PWGAS</b>     | Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála (Pregnancy and Weight Gain Attitudes Scale, Palmer, Jennings és Massey, 1985)           |
| <b>RBDI</b>      | Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata (Beck Depression Inventory, Kopp, Skrabski és Czakó, 1990)                                          |
| <b>STAI</b>      | Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory, Sipos, Sipos és Spielberger, 1988)                                            |

## Bevezetés

A táplálkozásnak a mindennapjainkban központi helyet tulajdoníthatunk, hiszen jelen van az életünk mind örömteli, mind pedig szomorú pillanataiban. A táplálkozás körülményeire való tekintettel igaz az az állítás, hogy azokkal az emberekkel vagyunk hajlandóak elfogyasztani táplálékunkat, akik rokonszenvesek számunkra, akik elnyerik a bizalmunkat. Ebben az esetben az evésnek kommunikációs értéke van, hiszen elfogadást, szeretetet közvetít.

A történelem folyamán a táplálkozás problémát valójában a táplálék mennyisége jelentette, addig napjainkban a táplálékkal való visszaélés jelenti a probléma megnyilvánulását. Régebben a társadalmi rang meghatározója a kövérebb testalak volt, napjainkban azonban ezt kiszorította a soványságra való törekvés. A társadalmilag sikeres ember megtestesítője a karcsú testalakú szexuálisan kihívó prototípus, a soványság az erőt, kitartást, míg a kövérség a lustaságot szimbolizálja. Az ennek való megfelelés nagyon sok elégedetlenséget kelt az emberekben, de különösen a nők veszélyeztetettek az evészavarok kialakulása szempontjából. Egyes nők a karcsúságideál fogságában rengeteg időt szentelnek a táplálkozásnak, valamint a testsúly szabályozásának. Az anorexia nervosa esetében a táplálék elutasításával megszerzett karcsúság nem okoz beteljesülést, ugyanúgy a bulimia nervosa esetében sem ahol az elfogyasztott táplálék után szörnyű büntudat emésztí az egyént.

Az evészavarok két klasszikus típusát, az anorexia nervosát, valamint a bulimia nervosát civilizációs betegségnek tekintik, épp ezért nem csoda, hogy egyre nagyobb figyelmet kap úgy a tudományos közlemények terén, mint a média akár hétköznapi megnyilvánulásaiban.

A tudományos adatbázisokban az evészavarok (eating disorders) kulcsszóra a Science Direct rendszerben rákeresve 67 825 tudományos cikktalálatot, az anorexia kulcsszóra 19 150, a bulimiára pedig 10 425 cikktalálatot találunk. A Medline rendszerben az evészavarok kulcsszóra rákeresve 27 332 tudományos cikktalálatot, az anorexia nervosára 12 092, a bulimia nervosára pedig 5617 tudományos cikk találatot ad ki. Az utóbbi évtizedekben az evészavarok nemcsak a tudományos cikkekben, de a médiában, bulvárlapokban és a köznap gondolkodásban is igen meghatározó szerepet foglalnak el. Ennek a kivívott „népszerűségének” okai abban rejlenek, hogy a betegségkezdet egyre fiatalabb életkorban kezdődik (Pászthy, 2007), hosszú távon egyre súlyosbodó pszichés, szomatikus és szociális következménnyel járnak, valamint a magas mortalitási ráta és a pszichiátriai társbetegségek együttjárása is igen gyakori, különösen az anorexia esetében.

Mindaddig, amíg az evészavar-kutatások Magyarországon már az '1990-es évektől virágzásnak indultak, addig Romániában ezen a területen csupán néhány vizsgálat született. Az első epidemiológiai vizsgálatot Romániában egyetemista mintán Túry, Birt, és Antal (1998) végezték, amit követett Kovács és mtsai (2007; 2009) középiskolás reprezentatív mintán végzett kutatása. A mai napig három román nyelven megjelent könyv olvasható az evészavarok témakörében: Birt (2003) egy átfogó leírását mutatja be a két evészavar típusnak, Oltea (2005) aki kognitív terápiás szempontból világítja meg az evészavarokat, míg Túry, Antal és Pászthy (2008) „Anorexia és bulimia. Vezérfonal betegeknek és családjuknak” című könyve pedig egy család- és önségítő kalauzt biztosít a téma iránt érdeklődőknek.

Az evészavarokkal már több mint egy évtizede foglalkozom, azonban a speciális csoportok evészavarai különösen felkeltették az érdeklődésemet.

A disszertációmban két speciális csoportot (szépségiparban dolgozók és várandós kismamák) vizsgálok evészavar-prevalencia, kóros evési és testi attitűdök szempontjából mind magyarországi, mind erdélyi mintában. A szépségiparban dolgozók alatt azokat értem, akik a szakmájuk által a szépség megtestesítőjeként jelennek meg (kozmetikusokat, fodrászokat, fitness oktatókat, műkörmösöket, szoláriumban dolgozókat), ezért számukra elengedhetetlen feltétel a szépség és a jólápoltság. Éppen ebből a gondolatból indult ki az a feltételezés, hogy az ő esetükben gyakoribb a kóros evési és testi attitűdök előfordulása, hiszen szakmájuk által a szépség és karcsúság megtestesítőivé válnak.

A témában eddig egyetlen kutatás született Tajwanban, hasonló mintában Wong (2003) leírásából. A vizsgálatom tulajdonképpen hiánypótlásként szolgál az adott témakörben.

A várandósság alatti evészavarokhoz a köztudat eléggé tabu szinten viszonyul, hiszen ezáltal nemcsak az anya egészsége, hanem a születendő magzat egészsége, szerencsétlenebb esetben pedig akár az élete is kockán forog. Az anyaságot a nő kiteljesedéseként tartják számon, azonban ez nem minden kismama esetében jelent feltétel nélküli örömeket, különösen akkor, amikor az anya evészavarban szenved. Nagyon sok nő retteg attól, hogy várandóssága alatt elhízik, illetve attól, hogy szülés után nem tudja visszanyerni a várandósság előtti testalakját. Ezt a tényt a médiumokban megjelenő sztárhírességek is hangsúlyozzák, akik irreális képet alkotnak a szülés utáni anyai testről, csak fokozzák a kismamák testtel való elégedetlenségét. A várandósság alatti és utáni evészavaroknak azért is van fokozott jelentősége, hiszen az anyai evészavar gyakran negatívan befolyásolja a szülés kimenetelét, valamint a születendő magzat egészségi állapotát is.

Az evészavaros anyák kevesebb hajlandóságot mutatnak a gyermekeik szoptatására, a gyermekek etetése folyamán több negatív megjegyzést használnak, valamint a táplálékot is gyakrabban használják jutalmi célzattal, mint az evészavarban nem szenvedő társaik (Patel, Wheatcroft, Park és Stein, 2002). A kisgyermek legkorábbi és legmélyebb tapasztalatai a táplálkozással függenek össze. Ebben a korai szakaszban elszenvedett sérülés az egész

személyiségre befolyással van, de kiemelten befolyásolja az egyén későbbi táplálkozását, szexuális viselkedését, szociális kapcsolatait is (Forgács, 2004).

Feltételezzük, hogy az evészavar tüneteket mutató kismamák magasabb szorongás-, valamint depresszió-szintet mutatnak a terhesség folyamán, mint a kóros evési attitűdöt nem mutató társaik.

A várandós témakörben egy keresztmetszeti és egy longitudinális mintavétellel vizsgáltam a kismamák egészségmagatartását, evési és testi attitűdjeit, valamint az evészavarok prizmáján keresztül ezen kismamák mentális egészségi (depresszió és szorongás szintjét) állapotát szintjét állapotát.

Vizsgálatomnak egyik része a terhességi súlygyarapodásra, valamint a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdökre vonatkozó mérőeszköz (Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála (Pregnancy and Weight Gain Attitudes Scale PWGAS; A Terhességi Élmények Skála rövidített változata (Brief version of Pregnancy Experience (PES-Brief) magyar nyelvre adaptálása és pszichometria elemzése.

Jelen tanulmányok célja az erdélyi és magyarországi szépségiparban dolgozó, valamint a várandós kismamáknál az evészavarok, testképzavarok epidemiológiai vizsgálata, valamint az evészavarokra jellemző pszichopatológiai eltérések, kóros testi-evési attitűdök vizsgálata.

A disszertációmban tárgyalt fejezetek 1-6. fejezet a fent említett témakörhöz kapcsolódnak. Az 1. fejezetben az evészavarok típusairól, valamint epidemiológiai adatairól írok, különös tekintettel a kockázati csoportok evészavar-prevalenciájáról, valamint a Romániában és Magyarországon végzett epidemiológiai vizsgálatokra. A 3. fejezetben az evészavarok etiopatogenezisééről, majd az evészavarokhoz társuló komorbid betegségekről teszek említést. Az 5. fejezetben a terhesség pszichológiai vonatkozásáról, valamint a magzat morfológiai fejlődéséről, az anyai evészavarok prevalencia-értékeiről, valamint az anyai evészavar káros következményeiről, mind a magzat, mind az anya tekintetében. Az elméleti rész utolsó része a terhességi evészavar és kapcsolódó pszichiátriai betegségekről tesz említést.

A 6. és 7. fejezet a szépségiparban dolgozók körében az evészavar gyakoriságértékeit a 8. és 9. fejezetben pedig a várandós kismamák keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatának eredményeit mutatom be.

A megbeszélés részben az általam kapott adatokat a nemzetközi szakirodalomi adatok összehasonlításán keresztül mutatom be.

Az általunk kapott adatok hasznosnak bizonyulnak a speciális csoportokban az evészavar előfordulását illetően, valamint a kapott adatok információkat nyújtanak az

evészavarok elterjedtségéről. Az elsődleges prevenció kapna kiemelt fontosságot, hogy minél kisebb számban alakuljon ki az evészavarok valamilyen formája. A két kérdőív magyar nyelvre való adaptálásával elősegíthetjük, hogy a nőgyógyászati anamnézisben is szerepet kapjanak az evészavarok.

Fontos volna egy multidiszciplináris csapat (házi orvosok, nőgyógyászok, pszichológusok, tanárok) jelenléte, hogy időben felismerjék és a gyógyítási folyamatoknak teret engedve az evészavar tüneteket csökkentsék, megszervezzék az utánkövetést és a rehabilitációt.

## 1. Az evészavarok típusai

Az anorexia nervosát és a bulimia nervosát soroljuk a két klasszikus evészavar kategóriába. Túl az egészségügyi problémán az érzelmi élet súlyos zavaráról van szó. Ez a két betegség többnyire fiatal lányokat érint és kerít olyan szinten hatalmába, hogy az egész életükön átveszi a hatalmat azáltal, hogy gondolataik középpontjába állandóan a táplálkozást helyezi, akár elutasítás, akár túlevés formájában, amit nagyon gyakran a súlycsökkentő viselkedésmódok és a bűntudat kísérnek.

Az anorexia nervosát először Richard Morton (1689) írta le, később az angol Gull (1816-1890) és Lasègue (1816-1883) is leírja. A bulimia nervosát önálló kórformaként Russell (1979) írta le először. 1980-ban a DSM-III közli az új nozológiai egységet. A falászavart (binge eating disorder, BED) először Spitzer és Mtsai (1992, 1993) írták le, több ezer, kezelésen résztvevő evészavaros beteg adatait feldolgozva. A DSM-IV-ben a falászavar atípusos evészavarként jelenik meg (2000).

### 1.1. Az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumai a DSM-IV-TR alapján (2000)

**A.** Korhoz és testmagassághoz viszonyított minimális testsúly tartásának visszautasítása, például súlyvesztés, mely a testsúlynak az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb szinten való fenntartásához vezet; az elvárt súlynövekedés elmaradása a testi fejlődés időszaka alatt, ami az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb testsúlyhoz vezet.

**B.** Intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól még soványság esetén is.

**C.** A saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyással van az önértékelésre, vagy a jelenlegi testsúly veszélyességének tagadása.

**D.** Nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus hiánya, ha az egyébként elvárható lenne (primaer vagy secundaer amenorrhoea).

Jelölendő típusok:

**Restriktív típus:** Az anorexia nervosa epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, beöntés, túlzott testedzés használata).

*Purgáló (bulimiás) típus:* az anorexia nervosa epizód alatt a személynek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.

A DSM-IV diagnosztikai kritériumainak megfelelő anorexiások mellett vannak olyan esetek is, akik csak részlegesen teljesítik az AN diagnosztikai kritériumait, például rendszeresen menstruálnak, vagy jelentős súlycsökkenésük ellenére súlyuk mégis a normális kategóriába sorolható. Ezek a jelölendő típusok az evési zavar máshová nem osztályozott kategóriába sorolhatóak (eating disorder not otherwise specified, EDNOS) (Dalle Grave és Calugi, 2007).

## 1.2. A bulimia nervosa diagnosztikai kritériumai a DSM-IV-TR alapján (2000)

**A.** Visszatérő falási epizódok. A falási epizódra mindkét alábbi pont jellemző:

**1.** Adott időtartam alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely biztosan nagyobb, mint amennyit a legtöbb ember megegyen hasonló időtartam alatt és hasonló körülmények között.

**2.** Az epizód alatt jellemző az étkezés feletti kontrollvesztés (pl. olyan érzés keríti hatalmába, hogy nem tudja abbahagyni az evést, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).

**B.** A súlygyarapodás megakadályozása érdekében ismétlődő kompenzáló viselkedésformák alkalmazása: önhánytatás, hashajtók, vízhajtók használata, beöntés, koplalás vagy túlzott testgyakorlás vagy esetleg más súlycsökkentő módszerrel való visszaélés.

**C.** Mind a falás, mind a kompenzáló viselkedésformák hetente legalább kétszer és legalább három hónapon át jelentkeznek.

**D.** Az önértékelést túlzottan befolyásolja a test alakja és a súlya.

**E.** A zavar nem kizárólag az anorexia nervosa epizódja alatt jelentkezik.

Jelölendő a típusok:

*Purgáló típus:* A bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg rendszeresen foglalkozik önhánytatással, hashajtók és vízhajtók használatával vagy beöntéssel.

*Nem purgáló típus:* A bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg nem foglalkozik súlycsökkentő viselkedésformákkal (önhánytatással, hashajtók és vizelethajtók használatával, beöntéssel), hanem a kompenzáló viselkedés egyéb formáit (pl. koplalás vagy túlzott mértékű testgyakorlás) alkalmazza.

Azok a bulimia nervosás betegek, akik nem teljesítik egészen a DSM-IV-TR kritériumrendszerét, az evési zavar máshová nem osztályzott kategóriába sorolhatóak (eating disorder not otherwise specified, EDNOS) (Dalle Grave és Calugi, 2007), például ha a bulimia nervosa mindegyik kritériumát teljesíti, csupán a falásrohamok vagy súlycsökkentő viselkedések gyakorisága esetében a heti rendszeresség kevesebb mint két alkalom, vagy ha 3 hónapnál kevesebb ideig áll fenn.

### 1.3. A falászavar diagnosztikai kritériumai (*DSM-IV TR*, 2000)

#### 1. Visszatérő falásrohamok, melyeket a következők jellemeznek:

A. Meghatározott idő (például 2 óra) alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely meghaladja az emberek többsége által hasonló idő alatt és körülmények között elfogyasztott étel mennyiségét.

B. A falásrohamok alatt kontrollvesztés érzése.

#### 2. A falásrohamokat az alábbiak közül legalább három jellemzi:

A. Szokásosnál sokkal gyorsabb evés.

B. Evés a kellemetlen telítettségérzésig.

C. Nagy mennyiségű étel elfogyasztása éhségérzés nélkül.

D. Magányos evés a nagy mennyiségű étel elfogyasztása kapcsán érzett szégyen miatt.

E. A túlevés után megjelenő büntudat, undor, lehangoltság.

#### 3. Jelentős distressz a falásrohamokra vonatkozólag.

4. A falásrohamok átlagosan legalább hetente kétszer jelennek meg minimum hat hónapon keresztül.

5. A falásroham nem társul rendszeres kompenzáló viselkedéssel.

#### 1.4. Az elhízás

Míg a 19. században a fejlődő országok a szegénységgel küzdöttek, és az elérendő céljuk az alacsony testsúly normális szintre való emelése volt, addig napjainkban az elérendő cél társadalmi szinten a túlsúly mértékének a csökkentése

Az 1990-es években a magasabb életszínvonalat okolták az elhízás elterjedéséért, míg napjainkban az alacsonyabb szocioökonómiai státuszhoz kötik (Caballero, 2007).

Az elhízás gyakorisága mind a gyerek, mind a felnőtt populációban egyre növekvő tendenciát mutat. Cossrow és Falkner (2004) vizsgálataikban az Amerikai Egyesült Államokban az 1963 és 2000 közötti intervallumban az alábbi növekvő prevalencia értékeket találták: a 6-11 év közötti gyermekeknél 4%-ról 15,3%-ra, a 12-19 év közötti serdülőknél 5%-ról 15,5%-ra nőtt. Az Amerikai Egyesült Államokban a felnőttek körében az elhízás prevalenciája 34,4%-os Shields, Carroll, és Ogden (2011).

Az elhízás diagnosztikai kritériuma a testben felhalmozódó testzsírtöbbletként határozzák meg (WHO, 1998).

A WHO (1998) javaslata alapján elkészült a kategorizálás, ami alapján valaki elhízottnak diagnosztizálható: normális súly ( $BMI = 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ ), túlsúlyos ( $BMI = 25-29,9 \text{ kg/m}^2$ ), elhízott ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

Elkülönítenek I. fokú ( $BMI = 30-34,9 \text{ kg/m}^2$ ), II. fokú ( $BMI = 35-39,9 \text{ kg/m}^2$ ), III. fokú ( $BMI = 40 \text{ kg/m}^2$  felett) obezitást.

Szintén a WHO (1998) megállapította hogy az elhízás diagnosztizálható a hasi körfogat (waist circumference, WC) alapján is, ha ez az érték nőknél 80-88 cm fölötti, a férfiaknál 94-102 cm, fölötti, akkor elhízottnak diagnosztizálják.

Egyes ázsiai országok saját ponthatár értékeket állítottak fel a BMI tekintetében, náluk 23 BMI volt az elválasztási ponthatár, ami fölött az egyéneket már a túlsúlyos kategóriába sorolják (Weng és mtsai, 2006).

Egyes szerzők szerint a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásánál a hasi zsír mértéke irányadóbb, mint a BMI (Wang és mtsai, 2005).

Sok betegség megjelenése tulajdonítható az elhízásnak, ezek közül a leggyakoribbak a szív- és érrendszeri megbetegedések, a magasvérnyomás, különböző rákos megbetegedések, asztma, krónikus hátfájás, ízületi problémák stb. (Guh és mtsai, 2009). Épp emiatt a sokféle egészségügyi szövődmény miatt a WHO (1998) kóros, recidiváló kórként a legsúlyosabb tíz betegség közé kategorizálta sorolta.

## 2. Az evészavarok epidemiológiai adatai

Az epidemiológiai vizsgálatok lehetnek *incidencia-vizsgálatok*, ami egy adott időintervallum alatt megjelenő új esetek számát jelenti, valamint *prevalencia-vizsgálatok*, ami egy adott csoportban és adott időpontban, összes eset számarányát jelenti.

Az epidemiológiai vizsgálatok célja a zavar prevalencia-értékének a meghatározása a kockázati és protektív tényezők azonosítása.

Az esetek azonosításában főleg a többlépcsős vizsgálatok a legfogadottabbak, ahol először kérdőíves felméréssel kiszűrjük a problémás eseteket, amit egy interjúfázis követ.

Az evészavarokkal foglalkozó epidemiológiai jellegű kutatások történetét áttekintve (Kendell, Hall, Hailey, Babigian, 1973) az anorexia nervosa gyakoriságát kezdetben a kórházi pszichiátriai regiszterekben mérték fel, amit az incidencia növekedésével kapcsolatos beszámolók, majd az önbeszámolás prevalencia-vizsgálatok követtek. Az önbeszámolás prevalencia-kutatások legfejlettebb formája a kétlépcsős vizsgálati módszer.

Az evészavarok epidemiológiai vonatkozásainál figyelembe kell venni, hogy a betegek azonosítása nem minden esetben sikeres, hiszen az evészavar-tüneteket mutató egyének nagy része nem kerül betegellátásba.

Hoek (2006) vizsgálatában azt találta, hogy az anorexiás betegek a kórházi ellátásban a következő gyakoriságban jelennek meg: 43%-a elsődleges ellátás, 34% szakellátás. A bulimiások 11%-a jelenik meg az általános orvosi ellátásban és csupán 6%-uk a szakellátásban.

Cachelin, Rebeck, Veisel és Striegel-Moore (2001) szerint az evészavaros nők 57%-a fordult segítségért problémáival az élete során.

Eleinte főleg Nyugat-Európában és Észak-Amerikában végeztek evészavar felméréseket, így prevalencia-adatok főleg ebből a régióból voltak, épp ezért illették a "WWW" (white, western woman) jelzővel. A DSM diagnosztikai kritériumait felhasználó kétlépcsős vizsgálatok eredményeképpen a bulimia nervosa prevalenciája 1-3%, míg az anorexia nervosaé 0,3-1% (Fairburn és Beglin, 1990) ; Hoek, 2006; Rastam, Gillberg, Van Hoeken és Hoek, 2004; Szumska, Túry és Szabó, 2008).

### 2.1. Az anorexia nervosa prevalenciája

Az anorexia nervosa prevalencia vizsgálatait, amik az 1. táblázatban láthatók, többnyire olyan mintákon (középiskolás, egyetemista) végezték, amik az evészavar kialakulása szempontjából kockázati populációként jelennek meg. Az legtöbb vizsgálatban

0,2%-0,9%-os prevalenciát találtak, a DSM-III, DSM- III- R, DSM- IV kritériumainak megfelelően.

Összesen három vizsgálatban nem találtak anorexia nervosa eseteket: Johnson-Sabine 1988, King 1989, Wlodarczyk-Bisaga és Dolan 1996.

Hoek és van Hoeken (2003) az 1981-2002-es időszak 14 vizsgálatát összefoglalva a DSM-III, illetve DSM-IV kritériumrendszerait alkalmazó vizsgálatokban az anorexia nervosa pontprevalenciája átlagosan 0,29% .

Machado, Machado, Gonçalves és Hoek (2007) portugál lányok között végzett kétlépcsős vizsgálata eredményeként az anorexia nervosa 0,39%-os pontprevalencia értékét kapta.

Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, és Fairburn (2006) ausztrál vizsgálatában 1,9%-os, Hudson, Hiripi, Pope és Kessler (2007) az Egyesült Államokban, reprezentatív mintán 2,2%-os élettartam prevalenciát talált.

1.táblázat. Az anorexia nervosa prevalenciája

(Részben Brewerton, 2004; Szumska és mtsai, 2008; Túry és Szabó, 2000 nyomán)

| Szerző,<br>vizsgálat éve              | Ország        | Vizsgált minta              | Vizsgálati minta<br>életkor (év) és<br>nagyság (n) | Pont-<br>prevalencia<br>érték (%)     |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Button és<br>Whitehouse (1981)        | Anglia        | középiskola                 | 16-22<br>n = 446                                   | 0,2                                   |
| Szmukler (1985)                       | Anglia        | középiskola                 | 14-19<br>n = 1331                                  | 0,8                                   |
| Johnson-Sabine és<br>mtsai (1988)     | Anglia        | középiskola                 | 14-16<br>n = 1010                                  | 0                                     |
| King (1989)                           | Anglia        | általános<br>népesség       | 16-35<br>n = 1676                                  | 0                                     |
| Rastam és mtsai<br>(1989)             | Svédország    | középiskola                 | 15<br>n = 2136                                     | 0,47 (DSM-III)<br>0,23<br>(DSM-III-R) |
| Whitaker és mtsai<br>(1990)           | USA           | középiskola                 | 13-18<br>n = 2544                                  | 0,3                                   |
| Whitehouse és<br>mtsai (1992)         | Anglia        | általános<br>népesség       | 16-35<br>n = 540                                   | 0,2                                   |
| Rathner és Messner<br>(1993)          | Ausztria      | iskola,<br>esetregiszter    | 11-20<br>n = 517                                   | 0,58                                  |
| Włodarczyk-Bisaga<br>és Dolan (1996a) | Lengyelország | középiskola                 | 14-16<br>n = 747                                   | 0                                     |
| Steinhausen és<br>mtsai (1997)        | Svédország    | középiskola                 | 14-17<br>n = 276                                   | 0,7                                   |
| Nobakht és<br>Dezhkam (2000)          | Irán          | középiskola                 | 15-18<br>n = 3100                                  | 0,9                                   |
| Gual és mtsai<br>(2002)               | Brazília      | középiskola                 | 12-21<br>n = 2862                                  | 0,3                                   |
| Rojo és mtsai<br>(2003)               | Spanyolország | középiskola                 | 12-18<br>n = 554                                   | 0,45                                  |
| Machado és mtsai<br>(2007)            | Portugália    | középiskola,<br>egyetemista | 12-23<br>n = 2028                                  | 0,39                                  |
| Reski-Rahkonen és<br>mtsai (2007)     | Finnország    | általános<br>népesség       | 28-32<br>n = 2281                                  | 2,2                                   |
| Hudson és mtsai<br>(2007)             | USA           | általános<br>népesség       | 18 év felett<br>n = 9282                           | 0,9                                   |

## 2.2. A bulimia nervosa prevalenciája

Fairburn és Beglin (1990) több mint 50 prevalencia-vizsgálat eredményeit összegezte, 1%-os BN prevalencia-értéket talált. Hoek és van Hoeken (2003) a DSM-III-R, DSM-IV kritériumrendszerét használva fiatal nők körében átlagosan 1%-os prevalenciát talált.

További vizsgálatokban Rojo és mtsai (2003) 12-18 éves spanyol lányok korosztályában, valamint Machado és mtsai (2007) 12-23 éves portugál diáklányokkal 0,3%-os pontprevalenciát talált.

Ausztrál mintán Wade és mtsai (2006) 2,9%-os, míg Hudson és mtsai (2007) az Egyesült Államok beli nőknél 1,5 %-os élettartam prevalenciát talált.

Összesen két vizsgálatban nem találtak BN-s eseteket: Johnson-Sabine és mtsai (1988), Włodarczyk-Bisaga és Dolan (1996a).

A BN prevalencia-vizsgálatok eredményeit a 2. táblázat összegzi.

2.táblázat. A bulimia nervosa prevalenciája

Részben Brewerton (2004), Szumska és mtsai (2008), Túry és Szabó (2000) nyomán

| Szerző,<br>vizsgálat éve              | Ország        | Vizsgált minta              | Vizsgálati minta<br>életkor (év) és<br>nagyság (n) | Pont-<br>prevalencia<br>érték (%)       |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Rastam és mtsai<br>(1989)             | Svédország    | Középiskola                 | 15<br>n = 2136                                     | 0,14                                    |
| Bushnell és mtsai<br>(1990)           | Ausztria      | Középiskola                 | 18-44<br>n = 1498                                  | 4,5                                     |
| Whitaker és mtsai<br>(1990)           | USA           | középiskola                 | 13-18<br>n = 2544                                  | 4,2% élettartam<br>prevalencia          |
| Hoek (1991)                           | Hollandia     | általános<br>népesség       | 15-29<br>n = 1517                                  | 0,17% 1 éves<br>prevalencia             |
| Whitehouse és<br>mtsai (1992)         | Anglia        | általános<br>népesség       | 16-35<br>n = 540                                   | 1,5                                     |
| Rathner és Messner<br>(1993)          | Ausztria      | iskola,<br>esetregiszter    | 11-20<br>n = 517                                   | 0                                       |
| Garfinkel és mtsai<br>(1995)          | Kanada        | általános<br>népesség       | Nők: n = 15-65<br>Férfiak: n = 15-65               | 1,1<br>0,1<br>élettartam<br>prevalencia |
| Włodarczyk-Bisaga<br>és Dolan (1996a) | Lengyelország | középiskola                 | 14-16<br>n = 747                                   | 0                                       |
| Steinhausen és<br>mtsai (1997)        | Svédország    | középiskola                 | 14-17<br>n = 276                                   | 0,5                                     |
| Nobakht és<br>Dezhkam (2000)          | Irán          | középiskola                 | 15-18<br>n = 3100                                  | 3,2                                     |
| Gual és mtsai<br>(2002)               | Brazília      | középiskola                 | 12-21<br>n = 2862                                  | 0,8                                     |
| Rojo és mtsai<br>(2003)               | Spanyolország | középiskola                 | 12-18<br>n = 554                                   | 0,41                                    |
| Machado és mtsai<br>(2007)            | Portugália    | középiskola,<br>egyetemista | 12-23<br>n = 2028                                  | 0,3                                     |
| Hudson és mtsai<br>(2007)             | USA           | általános<br>népesség       | 18 év felett<br>n = 9282                           | 1,5                                     |

### 2.3. Az anorexia nervosa incidenciája:

Az incidencia vizsgálatok adatai többnyire az egészségügyi szolgáltatások esetregisztereiből származnak. Az eredmények összegzése a 3. táblázatban látható.

Lucas és mtsai (1991) 50 évre visszamenően vizsgálták az AN incidenciáját, a következő értékeket kapva: 8,2/100 ezer lakos. A nők esetében a legalacsonyabb (7,0) incidencia-értékeket 1950 és 1954 között kaptak, 1980-1984 között ez 26,3-ra emelkedett, ami főleg a 10-19 éves korosztályban a gyakoriság növekedésnek volt köszönhető.

Hock és mtsai (1995) Hollandiában 8,1 AN értéket regisztráltak.

Turnbull és mtsai (1996) 4 millió beteg adatlapját elemezte az 1993-as évre, 4,2-es incidenciát talált, később korrigálták ezt az arányt 2,5-re a lehetséges álpozitív eseteket kiszűrve.

Currin és mtsai (2005) az Egyesült Királyságban egy átfogó összehasonlító vizsgálatot végeztek az 1989-1993-es időszakban, ahol 1988-ban 18,5/100 ezer lakos/év, 2000-ben pedig 20,1 100 ezer lakos/év volt az incidencia. Az AN korra és nemre korrigált incidenciája 1988-ban 4,7, míg 1993-ban 4,2 volt. A legmagasabb incidencia értéket 34,6 a 10-14 éves lányok körében mérték.

Van Son és mtsai 2006-os hollandiai vizsgálatban összehasonlították az 1985-1989-es, valamint az 1995-1999-es időszakot. 7,4-7,7 AN incidenciát találtak az általános népességben az 1980-1990-es években, ami a 15-19 éves korosztályban rohamosan növekvő tendenciát mutatott, 56,4 volt 1980-ban, de 109,2-re emelkedett 1990-ben.

A legmagasabb AN incidenciát (270), a finn Keski-Rahkonen és mtsai (2007) a 15-19 éves korosztályban találtak. A kiemelkedően magas adatokat a szerzők azzal magyarázzák, hogy az előzetes vizsgálatokban mind alábecsülik az AN incidenciáját, és főleg az egészségügyi adatokra támaszkodva, nem vették vigyelembe az általános népesség adatait is. Ugyanitt megjegyzik, hogy ha a vizsgálatukban ők is csak az egészségügyi esetregiszterek adatait vették volna figyelembe, akkor 140 körüli incidenciát kaptak volna, ami megegyezik a többi vizsgálatban kapott adattal.

3.táblázat. Az AN incidenciája (1 évre és 100 000 lakosra vonatkozóan)

Részben (Brewerton, 2004; Szumska és mtsai, 2008; Túry és Szabó, 2000) nyomán

| Szerző és vizsgálat éve         | Hely               | Vizsgált időszak | Incidencia érték |
|---------------------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Theander (1970)                 | Svédország         | 1931-40          | 0,10             |
|                                 |                    | 1941-50          | 0,20             |
|                                 |                    | 1951-60          | 0,45             |
|                                 |                    | 1931-60          | 0,24             |
| Kendell és mtsai (1973)         | Skócia             | 1960-1969        | 1,60             |
|                                 |                    | 1965-1971        | 0,66             |
| Hoek (1985)                     | Hollandia          | 1974-1982        | 5,0              |
| Szmukler és mtsai (1986)        | Skócia             | 1978-1982        | 4,06             |
| Willi és mtsai (1990)           | Svájc              | 1956-58          | 0,38             |
|                                 |                    | 1963-65          | 0,55             |
|                                 |                    | 1973-75          | 1,12             |
|                                 |                    | 1983-85          | 1,43             |
| Lucas és mtsai (1991)           | USA                | 1935-84          | 8,2              |
| Møller-Madsen és Nystrup (1992) | Dánia              | 1988             | 1,36             |
|                                 |                    | 1989             | 1,17             |
| Hock és mtsai (1995)            | Hollandia          | 1985-1989        | 8,1              |
| Turnbull és mtsai (1996)        | Anglia             | 1993             | 4,2              |
| Lucas és mtsai (1991)           | Anglia             | 1935-1949        | 9,1              |
|                                 |                    | 1950-1959        | 4,3              |
|                                 |                    | 1960-1969        | 7,0              |
|                                 |                    | 1970-1979        | 7,9              |
|                                 |                    | 1980-1989        | 12,0             |
|                                 |                    | (1935-1989)      | 8,3              |
| Currin és mtsai (2005)          | Egyesült Királyság | 1989-1993        | 4,2              |
|                                 |                    | 1994-2000        | 4,7              |
| Milos és mtsai (2005)           | Svájc              | 1956-1970        | 0,4              |
|                                 |                    | 1971-1995        | 1,1              |
| Van Son és mtsai (2006)         | Hollandia          | 1985-1989        | 7,4              |
|                                 |                    | 1995-1999        | 1,1              |

#### 2.4. A bulimia nervosa incidenciája

A bulimia nervosa területén viszonylag kevés vizsgálatot végeztek. Svédországban Cullberg és Engström-Lindberg (1988) az egészségügyi szakdolgozóktól nyert információk alapján a BN incidenciáját 3,9-nek találta.

Pagsberg és Wang (1994) Dániában az 1970-1984-es időintervallumot vizsgálva 100 ezer nőre 1,5-ös incidenciamértéket, illetve a 10-24 éves női korosztályban 5,3 BN incidenciát talált. A legmagasabb érték 1989-ben a 10-24 éves női korosztályban volt, ahol 45-ös incidenciamértékeket kaptak.

Soundy és mtsai (1995) az USA-ban 11 évre szóló retrospektív incidenciavizsgálatot végezve 13,5 összincidenciát talált, ebből 26,5 a nőkre vonatkozó adat volt. A fontos azonban az, hogy az éves incidencia esetében növekvő tendencia figyelhető meg: 1980 és 1983 között 7,4-ról 49,7-re nőtt ez. A következő 30 évben viszonylagos stabilitás volt észlelhető.

Hoek és mtsai (1995) hollandiai reprezentatív vizsgálatában a BN incidenciája 11,5 volt. A 35 évnél idősebb nők esetében az incidenciaérték 8,3 volt. A férfiakra vonatkozó incidenciaérték 0,8 volt, a nő-férfi arány pedig 8:1.

Turnbull és mtsai (1996) angliai vizsgálatában 6,7-es BN incidencia értékeket kapott. A 10-39 éves nők körében az 1988-1993-as időintervallumban háromszoros növekedést mutatott: 14,6-ról 51,7-re.

Van Son és mtsai (2006) a 90-es években egy tendenciaszerű csökkenést észlelt 8,6-ról 6,1-re.

A BN incidencia vizsgálatok eredményeinek összegzése a 4. táblázatban látható.

4.táblázat. A BN incidenciája (1 évre és 100 000 lakosra vonatkozóan)

Részben Brewerton (2004), Szumska és mtsai (2008), Túry és Szabó (2000) nyomán.

| Szerző és vizsgálat éve              | Hely               | Vizsgált időszak | Incidencia érték   |
|--------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Cullberg és Engström-Lindberg (1988) | Svédország         | 1984-1985        | 3,9                |
| Pagsberg és Wang (1994)              | Dánia              | 1970-1984        | 1,5<br>Csak nőknél |
|                                      |                    | 1985-1989        | 6,0                |
| Soundy és mtsai (1995)               | USA                | 1980-1998        | 13,5               |
| Hock és mtsai (1995)                 | Hollandia          | 1985-1989        | 11,5               |
| Turnbull és mtsai (1996)             | Anglia             | 1993             | 6,7                |
| Currin és mtsai (2005)               | Egyesült Királyság | 1989-2000        | 6,6                |
| Van Son és mtsai(2006)               | Hollandia          | 1985-1989        | 8,6                |
|                                      |                    | 1995-1999        | 6,1                |

## 2.5. Szubklinikai zavarok vizsgálata

Jelenleg az evészavarok nagy csoportját azok az evészavarok képezik, amelyek a a DSM-IV alapján a máshova nem osztályozott evészavarok (eating disorder not otherwise specified, EDNOS) kategóriába tartoznak. Az egészségügyi esetregiszterekben található adatok alapján elmondhatjuk, hogy az evészavarral kezelt betegek 60%-a az EDNOS kategóriába tartozott (Dalle Grave és Calugi, 2007). Akárcsak a bulimia nervosában vagy az anorexia nervosában szenvedőknél, a falászavarban szenvedő betegekre is nagymértékben jellemző az alakkal való túlzott foglalkozás, illetve aggodalmaskodás, az alacsony önértékelés és egyéb pszichiátriai zavarral együttjáró komorbiditás.

Ezek közül a leggyakoribb a Spitzer és mtsai (1992) által először leírt falászavar (binge eating disorder, BED). Favaro (2006) fiatal felnőtt olasz nők között 0,1-es falászavar prevalencia értéket kapott. Hudson és mtsai (2007) osztrák nők körében 3,3%-os, a férfiaknál pedig 0,8%-os BED prevalenciát talált.

Hay (1998) ausztrál mintán a BED 1%-os prevalenciáját találta, a rendszeres, heti legalább egy falásroham nőknél 3,4%-os, a férfiaknál 3%-os gyakoriságot mutatott.

Johnson, Spitzer és Williams (2001) az (n = 4651) elsődleges ellátásba jelentkező betegeknél vizsgáta az evészavarok előfordulásait és azt találta, hogy 3,3%-os volt a BED

előfordulása fiatal felnőttkorúak esetében, ami az életkor előrehaladtával, a középkorúaknál 8,5%-ra nőtt.

A máshova nem osztályozott evészavar (EDNOS) pontprevalencia-értékei 4,71 a lányok, 0,77 a fiúk között (Rojo és mtsai, 2003).

Machado és mtsai (2007) portugál lányok között 2,37 pontprevalenciát talált.

Killen és mtsai (1986) 1728 serdülő (15 év) táplálkozási attitűdjeit vizsgálva azt találta, hogy 13%-ban fordul elő a súlycsökkentő viselkedések (hashajtó, vízhajtó abusus, önhánytatás) valamelyike. A testsúlycsökkentő viselkedések a lányok esetében kétszer gyakrabban fordultak elő, mint a fiúknál.

Leichner és mtsai (1986) kanadai középiskolásokat vizsgálva a lányok 22,3%-ánál, a fiúk 5,7%-ánál talált az Evési Attitűdök Tesztel (EAT) mérve kórosan magas értéket.

Chandarana és mtsai (1988) szintén az EAT-tal vizsgált 11-20 éves diákokat, az esetek 7,5%-ában kaptak kórosan magas értéket. Ratté és mtsai (1989) 16,3%-ban talált kóros EAT-értéket, 18 év körüli lányoknál végzett vizsgálatában. Leon és mtsai (1988) vizsgálatukban arról számolnak be, hogy a 14 éves diáklányok közül 25,8% aktuálisan, 73,4%-a pedig korábban már diétázott.

Tölgyes és Nemessúri (2000) középiskolásokat és egyetemistákat vizsgálva 4,5%-os szubklinikai BN prevalenciát talált.

Szumska és mtsai (2001) 15-24 éves nőkkel végzett reprezentatív vizsgálatában a szubklinikai BN prevalenciája 1,48%, a szubklinikai AN prevalenciája 1,09% volt.

## 2.6. Kelet- és Közép-Európában végzett epidemiológiai vizsgálatok

A Kelet- és Közép-Európában végzett epidemiológiai vizsgálatokban kapott evészavar-prevalencia-adatok hasonlóak a Nyugat-Európában kapott adatoknak.

Krch és Drábková (1996) csehországi 981 fős diáklány populációban 14%-os AN-prevalenciát, valamint 5,7%-os BN-prevalenciát talált.

Lengyelországi vizsgálatban nem találtak klinikai BN-t, de a szubklinikai zavarok prevalenciája 2,34% volt (Włodarczyk-Bisaga, 1992; Dolan és mtsai, 1995; Włodarczyk-Bisaga és Dolan, 1996b). Boyadjieva és Steinhausen (1996) Bulgáriában az evészavarok előfordulását vizsgálva a következő eredményeket kapta: az AN prevalenciája 0,94%, míg az "atípusos" AN-é 5,66%.

Tomori és Rus-Makovec (2000) szlovéniai vizsgálatában 4700 fős egyetemista mintán a lányoknál 1,1%-os, a fiúknál 0,1%-os BN előfordulást talált.

Horvátországban Ambrosi-Randić és Pokrajac-Bulian (2005) az EAT alkalmazásával középiskolás lányoknál 10,3%-ban, egyetemistáknál pedig 11,3%-ban találtak kórosan magas értékeket.

#### 2.6.1. Magyarországon és Romániában végzett epidemiológiai vizsgálatok

Az első vizsgálat Magyarországon egyetemista mintán történt. Az AN-s attitűd a férfiaknál 1,5%-os, a lányoknál 3,6%-os volt, valamint a BN prevalenciáját vizsgálva a következő értékeket kapta: 0,8% a férfiak esetében, 1,3% a nők esetében (Szabó és Túry, 1991; Túry, Szabó és Szendey, 1990). Az 1980-as évek végén végzett felmérésükben az AN-s attitűd 2,4% prevalenciáját találták (Szabó és Túry, 1991; Túry és mtsai, 1990). Tölgyes és Nemessy (2004) középiskolás és egyetemista nőknél 0,6%-os BN prevalenciát talált. A szubklinikai BN prevalenciája a nőknél 4,5%, a férfiaknál 0,8% volt.

Szabó és Túry (1995) 689 fős mintán, a dolgozó nők és férfiak körében a DSM-III-R kritériumai alapján a következő prevalencia-értékeket kapta: AN-s esetet egy esetben sem találtak, a BN gyakorisága nőknél 0,7%, férfiaknál 1,7%, a szubklinikai BN nőknél 5,3%, férfiaknál 2,5%, a szubklinikai AN nőknél 0,7%, férfiaknál 1,7% volt.

Szumska és mtsai (2001) 3615 fős, 15-24 éves nő körében végezték az első reprezentatív vizsgálatot, 0,03%-os AN- és 0,41%-os BN-prevalenciát találtak. A szubklinikai AN prevalenciája 1,09%, a szubklinikai BN-é pedig 1,48% volt.

Romániában Túry és mtsai (1998) végeztek epidemiológiai felmérést egyetemista populációban (n = 553). A vizsgált mintán klinikai súlyosságú evészavart nem találtak, a szubklinikai AN a nőknél 2,5%, a férfiaknál 0,6%, a szubklinikai BN a nőknél 3,8%-ban a férfiaknál pedig 2,5%-ban fordult elő.

Kovács és Szabó (2009) kultúrközi (erdélyi magyar, szász, román serdülők) vizsgálatában, 1621 mintán, ahol román, magyar, szász középiskolás tanulókat vizsgálva a következő evészavar gyakoriságokat kaptak: míg, a fiúk esetében semmilyen típusú evészavart nem találtak, addig a lányoknál a klinikai AN 0,3%-os, a klinikai BN 0,8%-os, a szubklinikai AN prevalenciája 1,8%-os, a szubklinikai BN-é pedig 1,4%-os volt. Különbséget találtak az etnikai csoportok között: a magyar lányoknál az AN prevalenciája 0,5%. A román lányoknál az AN prevalenciája 0,2%-os, a BN-é 1,2%-os, a szubklinikai AN prevalenciája pedig 1,9%-os, a szubklinikai BN-é pedig 0,7%-os. A szász lányoknál az AN-t nem találtak, viszont a BN prevalenciája 0,5%-os volt. A román lányoknál nagyobb a szubklinikai zavarok prevalenciája, mint a magyar, valamint a szász mintában.

A másik vizsgálatot Romániában Kovács 2006-ban végezte középiskolás mintán, 2396 személlyel (Kovács, 2007). Magas evészavar-prevalenciát talált: lányoknál 3,2%-os, fiúknál 0,5%-os előfordulást.

A magyar és román lányoknál AN-t nem találtak, viszont a BN prevalenciája 1,0%-os, a szubklinikai AN prevalenciája 0,4%-os, a szubklinikai BN-é pedig 0,8% volt, mindkét etnikumban. A román lányoknál az AN prevalenciája 0,6%-os, a BN-é 1,3%-os, a szubklinikai AN prevalenciája 1,9%-os, a szubklinikai BN-é pedig 0,7%-os volt.

Oltea és Von Wietersheim (2012) romániai (n = 207) és németországi (n = 110) egyetemisták adatait hasonlították össze, és azt találták, hogy a romániai mintában az Evészavar Kérdőív (EDI) 5 alskálájában (Karcúság iránti késztetés; Bulimia; Perfekcionizmus; Félelem a felnőtté válástól; Interoreceptív tudatosság) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, valamint az alacsonyabb BMI-jük ellenére alacsonyabb testsúlyra vágytak, mint a német mintában levő egyetemisták.

## 2.7. Kockázati csoportok evészavar prevalenciája

Az evészavarok kialakulása szempontjából Nasser (2006) a rizikó csoportok közé sorolja a színészeket, balett-táncosokat, táncosokat, zsokékat, bizonyos sportágak művelőit.

Abraham (1996) táncosoknál végzett kutatásában magas evészavar-prevalenciát (1,7% anorexia nervosa, 12% bulimia nervosa) talált. Ravaldi és mtsai (2003) nem hivatásos balett táncosok között végzett vizsgálatában azt találta, hogy gyakoribb az evészavar előfordulása, mint középiskolás diákok csoportjában. Preti, Usai, Miotto, Petretto és Masala (2008) szardíniai modelleknél az evészavar tüneteket vizsgálva azt találta, hogy a modell szakmában dolgozóknál gyakrabban fordultak elő az evészavarra utaló jelek, mint a kontroll csoportban, valamint a modellek között 5%-ban fordult elő korábban diagnosztizált evészavar. Hausenblas és Carron (1999), Reel és Gill (1996), Sundgot-Borgen (1994) szerint azokban a sportágakban, ahol fokozott fontosságot kap a külső megjelenés (balett, ritmikus gimnasztika, műkorcsolya, szurkolócsoporthoz vagy "pom-pom lányok"), gyakoribb a karcsúságra való törekvés, mint más sportágak esetében.

Young, Smith, Roach és Cesari (1995) 181 főből álló egyetemista szurkolócsapat („pom pom lányok”) tagjait vizsgálva azt találta, hogy 18%-ban fordul elő kóros evési, testi attitűd, valamint kóros soványságra való törekvés. Stoutjesdyk és Jevne (1993), valamint Sundgot-Borgen (1994) szerint veszélyeztetettek az evészavarok kialakulása szempontjából azon sportágak versenyzői, ahol a kellő testsúly megtartásának meghatározó szerepe van (pl. birkózás, súlyemelés, ökölvívás, cselgáncs, evezés).

Sundgot-Borgen (1994) nagyszámú (n = 603), 12-35 év közötti norvég elit-sportolónőket vizsgálva azt találta, hogy az evészavarok prevalenciája az esztétikai sportot űzőknél 34%, az erősportoknál 27%, az állóképességet igénylő sportoknál 20%, szemben a technikai sportokkal 13% és a labdajátékok sportolóival 11%.

Krentz és Warschburger (2011) németországi vizsgálatában különböző sportágak (korcsolya, balett, szertorna, ritmikustorna, bűvárok) sportolóit összehasonlítva, 9%-nak találta az evészavar prevalenciáját, ami az esztétikai sportolók esetében gyakoribbnak mutatkozott. Az esetek 28%-ban jegyezték fel karcsúság iránti készletetést a jobb sportteljesítmény érdekében.

Sundgot-Borgen, Jourunn és Klungland (2002) vizsgálatában magasabb evészavar-prevalenciát talált a női sportolóknál (13,5%), a nem sportoló kontroll csoporthoz (4,6%) vagy a férfi sportolókhöz viszonyítva.

Toro és mtsai (2005) 283 spanyol sportolónót vizsgálva 2,5%-os AN-, valamint 20,1%-os BN-prevalenciát talált.

Vertalino, Eisenberg, Story és Neumark-Sztainer (2007) szerint a súlyfüggő sportágakban gyakoribbak a súlycsökkentő viselkedések (hányás, hashajtó, vízhajtó használat), mint a nem súlyfüggő sportágakban. Vardar, Vardar és Kurt (2007) törökországi női atlétáknál 16,7%-os evészavar-prevalenciát talált.

Az edzők, rokonok, valamint a szakma előírásainak való megfelelés, illetve a teljesítményük növelése érdekében ezek a sportolók igyekeznek a súlyuk alacsony szinten való tartására, ami szintén kockázati tényezőként jelenhet meg az evészavarok kialakulása szempontjából (Panza, Coelho, Di Pietro, Assis és Vasconcelos, 2007).

Az esztétikai sportágaknál a bírók a versenyzők esztétikai kinézetét is értékelik, de ez a túlzott megfelelésvágy egy irreális elvárás, ami szintén a testtel való elégedetlenség felé és karcsúság iránti készletelésre sodorhatja a versenyzőt. Davison, Earnest és Birch (2002) szerint már az 5-7 éves korosztályú esztétikai sportot választó lányok többet aggodalmaskodnak, elégedetlenkednek a testsúlyukkal kapcsolatosan, mint más sportágak versenyzői.

Hincapié és Cassidy (2010) az 1966 és 2010 közötti időintervallumban hivatásos táncosok evészavar-adatait vizsgálva, 50%-os élettartam-prevalenciát és 13,6 és 26,5% közötti pontprevalenciát talált.

Costa, Schtscherbyna, Soares és Ribeiro (2012) rio de janeiro-i hivatásos úszókat vizsgálva az EAT-ot alkalmazva az esetek 19,6%-ban talált kórosan magas értéket, valamint a súlycsökkentő viselkedések alkalmazása is magasnak bizonyult: 24,7%-os hashajtó- vagy vízhajtóhasználat, 4,5%-ban önhánytatás.

Hughes és Desbrow (2005) vizsgálataiban azt találták, hogy a dietetikus hallgatók 1/3-a szenved valamilyen evészavarban. Howat, Beplay és Wozniak (1993) dietetikus hallgatók bulimiás viselkedését vizsgálva 2,24 %-os incidenciát talált.

Wong (2003) szépségiparban dolgozók testükkel való elégedettségét, valamint súlycsökkentő viselkedésformáit vizsgálta. A kapott adatok magas testtel való elégedetlenséget, valamint a soványságra való törekvést mutattak a szépségiparban dolgozóknál. A soványságra való törekvés magasabb volt (50%) a szépségiparban dolgozóknál, mint a kontroll-csoportban (23,7%). Az önhánytatás, mint a testsúlycsökkentő viselkedések jól ismert módjának gyakorisága 10,7% a szépségipari dolgozóknál, 5% a nem szépségipari dolgozóknál. A szépségipari dolgozóknál súlycsökkentő gyógyszerek szedésének a gyakorisága szinte négyszer nagyobb (50%), mint a nem szépségiparban dolgozók esetében (13,3%). A témában eddig csupán egyetlen kutatás történt Wong tajwani mintájában.

### 3. Az evészavarok etiopatogenezise

Pszichoszomatikus betegségeként az evészavarok kóreredetét eleinte monokauzális elméletekkel magyarázták. Ezen elméletek alapjául a lineáris oksági modellek szolgálnak. Az 1980-as évekből a multikauzális magyarázatot egy multidimenzionális magyarázat váltja fel, aminek alapjául a rendszerszemlélet cirkuláris szabályozási modellje szolgál (Szumska és mtsai, 2005; Túry és Szabó, 2000).

Ezen multidimenzionális modellek alapján az evészavar-tüneteket prediszponáló, precipitáló és betegségfenntartó tényezőkre osztja fel. A prediszponáló vagy hajlamosító tényezőknél elkülönít egyéni, családi, valamint szociokulturális tényezőket. Az egyéni kockázati tényezők közé sorolják a biológiai okokat, különböző személyiségvonásokat, a kognitív stílust, önértékelést, alkati-testi sérülékenységet, stb. A családi tényezők közé sorolják a családban előforduló evészavart, Minuchin a „mérgező” (túlgondoskodó, összeolvadó, merev, konfliktuskerülő) családi légkört okolja az evészavarok elterjedéséért (Onnis,1993).

A szociokulturális tényezők közé sorolható a kor, nem, foglalkozási csoportok, karcsúságideál, média-hatás stb.. A kiváltó tényezőként a diétának is meghatározó szerepet tulajdonítanak, továbbá a depressziónak, a nem megfelelő stresszel való megküzdésnek, de a megterhelő életeseményeknek is ugyanilyen trigger, kiváltó funkciót tulajdonítanak ( Túry és Szabó, 2000).

A betegségfenntartó tényezők közül elsősorban az éhezést említik, ami befolyásolja az érzelmeket, a gondolkodást és a viselkedést egyaránt, de ide sorolják a másodlagos betegségelőnnnyel járó „pozitívumokat”, valamint a depressziót is. Elmondható, hogy a betegség fenntartásában szerepet játszanak úgy a pszichológiai, mind a kulturális és interperszonális tényezők is.

#### 3.1. Kockázati tényezők az evészavarok etiopatogenezisében

A klinikai tapasztalatok több mint 30 kockázati tényezőt állapítottak meg az evészavarok kialakulásában (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer és Agras, 2004). Ezek alapján a legfontosabb kockázati tényezők közé a pszichológiai, biológiai, valamint szociális tényezőket sorolhatjuk.

Jacobi és mtsai (2004) szerint az evészavarok kialakulására potenciális kockázati tényezők a következők:

1. Általános és szociális tényezők:

- Nem
- Etnikai hovatartozás
- Olyan szakmai vagy szociális szubkultúrához való tartozás, ahol a testsúllynak vagy alaknak meghatározó szerepe van

## 2. Családi tényezők:

- Szülői túlsúlyosság
- Szülői pszichopatológia
- Jellegetes családi kommunikáció/interakció

## 3. Fejlődési tényezők:

- Serdülőkor
- Premorbid obezitás, magas BMI
- Problémás étkezési szokások gyerekkorban (pica)
- Gyerekkori etetési és emésztési problémák
- A külvilág testsúllyal kapcsolatos kritikus megjegyzései
- Korai nemi érés
- Gyermekkori szorongásos zavarok

## 4. Kedvezőtlen életesemények:

- Fizikai/szexuális abúzus
- Stresszkeltő élethelyzetek

## 5. Pszichológiai és viselkedési tényezők:

- Diétázás, visszafogott evés, alakkal, testúllyal való fokozott aggodalmaskodás, testi elégedetlenség, erőteljes soványság iránti készítés
- Alacsony interoceptív tudatosság
- Alacsony önértékelés
- Perfekcionizmus, obszesszív-kompulzív személyiségzavar
- Szorongásos zavarok, depresszió, szerfüggőség, érzelmi labilitás
- Más: túlzott testedzés, kötődési stílus

## 6. Biológiai tényezők:

- Genetikai tényezők
- Anyagcsere rendellenességek
- Receptorok sűrűségének módosulása
- EEG változások
- Éhség-jóllakottság szabályozási nehézség

### 3.1.1. Biológiai tényezők

A biológiai tényezőket vizsgáló tanulmányok inkább a neuropeptidek és neurontranszmitterek vizsgálatát helyezte előtérbe, aminek a testűly és az evés szabályozásában van jelentős szerepe.

A Favaro és mtsai (2006) által végzett vizsgálatok AN-s betegeknél csökkent neurokémiai aktivitást találtak (csökkent szerotonin metabolit, 5-HIAA liquorszintet, leptin plazmaszintet, csökkent melanokortin stimuláló hormont), más neuokémiai anyagok esetében pedig fokozott aktivitást (Y-neuropeptid) találtak, ami fokozza a táplálékfelvételt. Ezeket az elváltozásokat a szerzők azzal magyarázzák, hogy az anorexiások teste úgy reagálhat az extrém éhezésre, hogy csökkenti azokat a jelzéseket, amelyek meggátolják a táplálékfelvételt, és növeli a táplálékfelvétel stimuláló jelzéseket.

Kaye, Frank, Bailer és Henry (2005) vizsgálatukban azt találták, hogy az anorexia nervosára hajlamos egyéneknél növekedett szerotonin-receptor aktivitás mutatható ki, ami hozzájárul az ártalomkerülő viselkedés, valamint a szorongásszint növekedéséhez. Ezzel magyarázható az a tény, hogy amikor az anorexiás személyek diétázni kezdenek, úgy gondolják, hogy az elfogyasztott táplálékmennyiség csökkentése a szorongásszintjükben is csökkenést idéz elő.

McCormick és mtsai (2008) vizsgálata a jobb elülső cinguláris kéreg (ACC) működését tanulmányozza, amely mind a súlygyarapodást, mind a súlyvesztést befolyásolja.

Uher és mtsai (2005) az ACC működését vizsgálták AN-s betegeknél, AN-ból gyógyult betegeknél, valamint egészséges kontroll személyeknél. Azt találták, hogy az étellel kapcsolatos ingerek megjelenésénél az AN-ból kigyógyult személyeknél növekedett az ACC-aktivitás a kontroll személyekhez képest, valamint azokban az esetekben is magas ACC-aktivitást találtak a kontroll csoporthoz képest, ahol a személy élettörténetében előzőleg szerepelt az AN. A szerzők azt a következtetést vonták le, hogy az információ feldolgozásában az ACC-nek szerepe van, ami érzékennyé teheti az AN kialakulására.

A BN biológiai hátterére irányuló vizsgálatok főként a szerotonin működésének tanulmányozására helyezték a hangsúlyt.

Steiger és mtsai (2005) vizsgálatukban a szerotonin-működés zavarát írták le az BN kialakulásának okaként.

Tauscher és mtsai (2001) pozitron emissziós tomográffal (PET) megváltozott szerotonin (1A és 2 A) működést mutattak kigyógyult BN-s egyéneknél, aktív BN-s személyeknél, pedig csökkent szerotonin-transzporter-szintet.

Bulik, Sullivan, Wade és Kendler (2000) család- és ikervizsgálataiban megállapították, hogy az AN etiológiájában a genetikai tényezők hatással vannak.

Kaye, Klump, Frank és Strober (2000) kontrollált családvizsgálatai szerint az AN-s betegek családjában az elsőfokú rokonok között 3%-os élettartam-prevalencia észlelhető. Hat kontrollált családvizsgálat eredményeként 0,72 öröklődési (heritabilitási) indexet talált, ami megfelel a többi vizsgálatban kapott 0,71-es értékkel. A szerzők nem határoztak meg egyetlen gént sem, ami növeli az AN kialakulásának kockázatát, szerintük több gén befolyásolja az AN kialakulásának kockázatát.

Bulik és mtsai (2006) vizsgálatában az AN élettartam-prevalenciája nőknél 1.20%-os volt, férfiaknál pedig 0,29%-os.

Holland, Sicotte és Treasure (1988) vizsgálataikban a következő konkordanciákat találták: egypetűjű ikreknél 0,71-est, kétpetűjűeknél pedig 0,1-est.

Hinney, Remschmidt és Hebebrand (2000) vizsgálatukban egypetűjű ikreknél 0,44 konkordanciát, míg kétpetűjűknél 0,13 konkordanciát találtak.

Az ikervizsgálatok alapján a BN-nak is kimutatható a genetikai meghatározottsága.

Bulik és mtsai (2000) szerint mind a genetikai faktorok (0,28-0,83), mind a specifikus környezeti faktorok (0,17-0,68) befolyásolják a BN kialakulását.

Strober (2000) vizsgálatában, a BN-s betegeknek családi halmozódást tapasztalt.

### 3.1.2. Pszichológiai tényezők

#### 3.1.2.1. Pszichodinamikus elméletek

A pszichodinamikus elméletek az evészavarok tüneteinek a megjelenését, valamint ezeknek a fennmaradását magyarázzák, ezáltal elősegítve, hogy az evészavarral küszködő emberek pszichés működését jobban megértsük. Ezek az elméletek arra hivatottak, hogy az evészavarok nagyon változatos tünettannát szimbolikus jelentésekkel ruházzák fel. Az evészavarok pszichodinamikai háttere pszichoanalitikus, szelfpszichológiai és tárgykapcsolat elmélet szempontjából is jól megközelíthető.

Túry és Szabó (2000) könyvükben részletesen tárgyalják az evészavarok pszichodinamikai magyarázatait.

A pszichoanalitikus megközelítés Freudig nyúlik vissza, ahol az étvágy elvesztését a libido elvesztésével analóg jelenségként jelzi, a pszichogén hányást az orális teherbeeséssel kapcsolatos szorongással hozza összefüggésbe. Dévald (1993) az anorexiás tüneteknél a nemiséggel szembeni ellenérzést fedezte fel, és az ezzel szembeni ellenkezést, mint regresszív reakciót figyelte meg, továbbá a bulimiás tünetegyüttesben az orális inkorporatív mechanizmusok összeolvadását látta az ödipális vágyakkal.

Dare és Crowther (1995) szerint az AN valójában orális fixáció, anális karakterjegyekkel. A tárgykapcsolati és szelfpszichológiai elméleteknél az evészavarok magyarázatában főleg az anya-gyermek kapcsolat zavaraira helyeződik a hangsúly.

Winnicott (1999) szerint a jó szelfszerveződés alapja az “elég jó” gondoskodás. Az “elég jó anya” támogatja gyermekét abban, hogy képes legyen kilépni a szimbiózisból a mahleri szeparáció- individuáció fázisában és ezáltal letéve az alapot a szeparáció képességére.

Az evészavaros egyéneknél a szelf tárgyfunkciók (önmegnyugtató képessége, feszültség szabályozás képessége stb.) zavart szenvednek, hiszen az anya-gyermek kapcsolat is zavart szenved, épp ezért szeparációs helyzetben képtelen felidézni a biztonságot nyújtó anya reprezentációját, így önmagát is képtelen megnyugtató. Az anorexiások ételutasítása a differenciálódás folyamán bekövetkező sérülésre utal, míg a bulimiásoknál az evés-hányás, az introjekció-projekció mechanizmusait, vagyis az újraközeledést képezi le.

A szelfpszichológiai megközelítés szerint szintén az anya-gyermek kapcsolat zavaráról vagyis a tükrözés zavaráról beszélünk. Itt az anya a beteg saját belső állapotára fókuszál (depresszió, trauma stb.), és ezért nem tudja megfelelően a gyermek vágyait, érzelmeit megfelelően tükrözni, így képtelen ráhangolódni, összehangolódni a gyerekével. Ennek a kohuti értelemben empátia-hiány következményeként a gyerek szelf sérülést szenved, épp ezért a gyerek nem képes önmagát koherens, egységes szelfként értelmezni, sőt saját mentális állapotát sem képes érzékelni, és értelmezni sem (Ábrahám, Árkovits és Gáti, 2008).

### 3.1.2.2. Viselkedéslélektani és kognitív modellek

A kognitív viselkedéslélektani megközelítés alapján az evészavarokra a diszfunkcionális, torzult kogníciók, gondolatok jellemzőek.

Egyik elképzelés szerint az AN-t tanult viselkedésként fogják fel, amelyet valójában a pozitív megerősítők tartanak fenn, például a fogyás. Más elképzelések szerint elkerülő viselkedés, ami az evéssel és hízással kapcsolatos szorongás csökkentését hivatott megoldani.

Slade (1982) szerint az AN kialakulásának oka a serdülőkori családból eredő konfliktusokban rejlik, amik gyakran interperszonális problémákkal szövődnek. Ez a betegben egy általános elégedetlenség érzéséhez vezet, ami kihat az élettel, valamint saját magával kapcsolatos elégedetlenségre is. Ez az elégedetlenség, ha társul a perfekcionizmussal, akkor következményeképpen az élete valamilyen területén teljes kontrollt fog kialakítani, ami leggyakrabban az evés területére korlátozódik. Ennek legtökéletesebb kiteljesedése az önkontrollban és a test kontrolljában nyilvánul meg.

Míg a korábbi, 1980-as években kognitív viselkedésemlékek elsősorban az evészavarok viselkedési jegyeire koncentrált, addig a napjainkban inkább a maladaptív hiedelmekre tevődik a hangsúly.

Garner és Bemis (1982) ( idézi: Waller és Kennerley, 2005) az AN háttérében számos kognitív disztorziót (túláltalánosítás, nagyítás, szelektív absztrakció, dichotomia, babonás gondolkodás, perszonalizáció) észlelt.

Fairburn (1999) modelljében bizonyos mechanizmusokat emel ki, amelyek valójában az AN önnfenntartását eredményezik. Az evéskontroll, amelyik az önkontroll érzését növelve az egyén önértékelésének mércéjévé válik. A koplalás és az elhízástól való félelem erősíti az egyén táplálkozáskorlátozó viselkedését. Ezeket a hibás hiedelmeket olyan tényezők tartják fent, mint az állandó súlyellenőrzés, evésre való fokozott odafigyelés stb.. Új kutatási eredmények birtokában egyre megalapozottabb az a feltételezés, hogy a testtel és evéssel kapcsolatos torzult gondolatok nem magyarázzák az AN vagy BN tüneteit.

Rosen és Leitenberg (1982) a BN-nak központi jellegzetességét, a purgálást, szorongáscsökkentő viselkedésnek tekintik.

A BN-sok kognitív stílusára vonatkozó vizsgálatok arról számolnak be, hogy hajlamosabbak a frusztrációs helyzetben a dichotom gondolkodásra, valamint a negatív önértékelésre.

Fairburn (1981) szerint a folyamatos diétázás, táplálkozással való foglalatosság, falásrohamok, valamint az ezt követő kompenzáló viselkedések egy ördögi kört alkotnak, amiből a BN-s személy nem látja a kiutat.

Fairburn (1997) szerint a hangulatnak is központi szerep jut a BN-s falásrohamok előfordulásában.

Pitts és Waller (1993) (idézi:Lukács,2008) a bulimiásoknál a túlevés szorongás-csökkentésként szolgál, az önhánytatás pedig segít kizárni a tudatból az elviselhetetlen gondolatokat. Ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy az evészavarok kialakulására vonatkozó magyarázatokat inkább az általánosabb diszfunkcionális gondolatok szintjéről kell megközelíteni. Ezek alapján az mondható el, hogy az AN-t a egyénre, jövőre vonatkozó depresszív hiedelem és gondolatrendszer jellemzi. A BN-t pedig negatív emocionális állapotok jellemzik, amik irracionális hiedelmekkel társulnak.

Az evészavarok “második generációs” elméletei abban különböznek az előbbi feltárt elméletektől, hogy megpróbálnak újabb folyamatösszetevőket azonosítani.

Cooper, Wells és Todd (2004) elméletében a szelffel kapcsolatos negatív hiedelmekre helyezve a hangsúlyt négyféle automatikus gondolatot azonosít, ami az evészavarok kialakulását és fennmaradását befolyásolja: engedélyező gondolatok, kontrollhiány, negatív és pozitív gondolatok.

Waller, Kennerley és Ohanian (2007) elméletében a sémák között különbséget véltek feltételezni az AN és a BN szintjén. Az AN esetében az evés elutasítása valójában egy elsődleges elkerülési stratégia a szorongást okozó gondolatok csökkentésére, ebben az esetben preventív viselkedésről van szó. A BN-nál a másodlagos elkerülés a falásroham alkalmával jelenik meg, amelyiknek szintén distresszt csökkentő hatása van, és itt interventív maladaptív viselkedésről beszélünk.

### 3.1.2.3. Családi tényezők

Az evészavarok kialakulásának hátterében bizonyos családi tényezők gyakran vannak jelen. A család dinamikája lehet hajlamosító, kiváltó, de betegségfenntartó tényező is egyben.

Az 1970-es években Minuchin családterápiás iskoláiban felhívta a figyelmet az evészavaros családok strukturális jellegzetességeire. Ezen sajátos jellegzetességek alatt értjük a családi összemosottságot, ami a családtagok közötti diffúz határokat jelenti, a túlvédelmező szülői magatartást, ahol a szülők által felállított szabályok, törvények túl rigidek, valamint a családtagok közötti jellegzetes kommunikációs sajátosságok közül a gyenge konfliktusmegoldási képességet és a triangulációt említhetjük, ahol a szülők a kettejük konfliktusába bevonják a gyerekeket (Onnis, 1993).

Bruch 1966-ban (idézi: Túry és Szabó, 2000) leírta az AN-s családok párkapcsolati jellegzetességeit: a harmónikus párkapcsolat álcája alatt valójában a házastársak kölcsönös csalódása rejtőzik meg. Folyton azon rivalizálnak egymás között, hogy ki hozza a több áldozatot, és ki a jobb szülő. Nem törődnek a gyermekük érzelmeivel, inkább a saját maguk védelmére igyekeznek felhasználni a gyereket.

Dévald (1993) összefoglalja az evészavaros családok főbb jellegzetességeit, ami inkább a személyiségben rejlő kettősségben mutatkozik meg: az anyák személyisége önfeláldozó, de valójában sebezhető, érzékeny, számukra a negatív érzelem elfogadhatatlan. Az apák személyisége is egyrészt sikeres, erős, másrészt dependens, alacsony önértékelésű és nőgyűlölő, szintén tiltott a negatív érzések kifejezése. A gyermekben is ez a kettősség jelenik meg a személyiségfejlődésében, ami a felszínen levő gyors intellektuális fejlődés alatt erős függőséget takar.

Az AN-sok szülei gyakran túlkontrolláltak, kényszeres, depresszív vagy fóbiás panaszokkal, a BN-s egyének szülei gyakran túlevők, alkohol- vagy drogfüggők. Humphrey (1987) szerint az AN-s személyek szülei gyakrabban használták a double bind féle kommunikációs módot, mint a kontroll csoportban levő társaik.

Johnson, Cohen, Kasen és Brook (2002) vizsgálatában a szülői alacsony iskolázottságot az elhízás kockázati tényezőjeként említi.

Kluck (2008, 2010) a táplálkozással kapcsolatos negatív családi attitűd összefüggését vizsgálta az evészavarokkal és testképzavarokkal. Azt találta, hogy azokban az esetekben, ahol az egyének táplálkozással kapcsolatos negatív családi attitűdöt tapasztaltak, azoknál az evészavar- gyakoriság is magasabb volt. Továbbá azt tapasztalta, hogy a megjelenésre hangsúlyt fektető családok gyermekeinél gyakoribb a testtel való kóros elégedetlenség.

#### 3.1.2.4. Transzgenerációs átörökítődés

Pike és Rodin (1991) vizsgálatában evészavaros és egészséges gyermekek szüleit vizsgálta, az evészavaros gyermekeknél nagyobb arányban talált az anyáknál is táplálkozási rendellenességeket.

Az anya életében tapasztalt evéssel kapcsolatos konfliktusok befolyásolhatják az anya-gyermek kapcsolatot, és nagymértékben befolyásolhatják az evészavarok kialakulását is.

Patel és mtsai (2002), Stein, Woolley, Cooper és Fairburn (1994) vizsgálataikban megfigyelték azt a tényt, hogy az evészavaros nők kevésbé voltak hajlandóak szoptatni a gyermekeiket és hajlamosabbak voltak gyakrabban jutalmi célzattal adni a táplálékot, valamint amikor gyermeküket etették, több negatív megjegyzést tettek, mint a nem evészavaros társaik.

Foster, Slade és Wilson (1996) szerint azok az anyák, akik elégedettek voltak a testükkel, nagyobb mértékben mutattak hajlandóságot, hogy gyermekeiket szoptassák, mint a testükkel elégedetlen, tápszeres táplálást preferáló társaik.

Lacey és Smith (1987) bulimiás anyákkal végzett vizsgálataik során azt tapasztalták, hogy az anyák az esetek 70%-ban számoltak be a gyermekeik evési problémáiról. Az eredmények elemzésénél azonban ez esetben szem előtt kell tartani az anyák táplálkozással kapcsolatos kognitív torzításait is.

Birch és Fisher (2000) eredményei azt mutatták, hogy a visszafogott evési szokásokkal rendelkező anyák hajlamosabbak nagyobb kontrollt gyakorolni lányuk evési szokásai felett.

Amusquibar és Simone (2003) evészavaros és evészavarban nem szenvedő nők gyermekeit vizsgálva azt találták, hogy az evészavaros anyák esetében a lányaik magasabb pontszámot értek el az EAT kérdőív- bulimia alskála esetében. Sokkal több evészavaros tünetről, falásrohamról és depresszív periódusról számoltak be, mint a nem evészavaros anyák lányai. Szintén ebben a vizsgálatban azt találták, hogy az evészavaros anyák kevesebbet szoptatták gyermekeiket, valamint az anyjukkal való rossz kapcsolatról is nagyobb arányban számoltak be, mint a nem evészavaros társaik.

További vizsgálatokban megfigyelték, hogy a túlsúlyos anyák gyermekei aggódnak attól, hogy ők maguk is elhízhatnak, ezért gyakran túlkorlátozó viselkedéseket figyelhetünk meg náluk az

evés tekintetében. Hill, Weaver és Blundell (1990) rámutattak az egészséges anyák diétázása és a lányaik diétázása közötti hasonlóságra.

Stein és mtsai (2006) szerint az anya evési szokásai befolyásolták a lányaik elhízástól való félelmüket, valamint a súlycsökkentési manővereit.

Smolak, Levine és Schermer (1999) az evésre vonatkozó anyai és apai megjegyzések hatását tanulmányozták, és azt találták, hogy lányok kövérséggel kapcsolatos aggodalma összefüggésben állt az anyák saját, valamint lányaik súlyával kapcsolatos elégedetlenségeivel. Továbbá azt figyelték meg, hogy az anyák modelláló viselkedése nagyobb hatással volt a gyermekek viselkedésére. Ugyanakkor a lányok testükkel való aggodalma összefüggést mutatott az apák saját testsúlyukkal szembeni aggodalmával is.

Field és mtsai (2001) egy 9-14 éves gyermekeket vizsgáló hosszmetzeti vizsgálatban azt találták, hogy nemtől függetlenül állandó súlykontrollálókka váltak azok a gyerekek, akiknek az apjuknak is fontos volt, hogy vékonyak legyenek.

Az evészavarok vizsgálatánál bizonyos személyiségvonásokat lehet megkülönböztetni, azonban ezek kialakulásában a családdal való kölcsönhatás döntő befolyást kap.

Fassino és mtsai (2002) AN-s lányok és szüleik személyiségjegyeit vizsgálva azt találta, hogy a gyermekekre magas újdonságkeresés, ártalomkerülés, kitartás jellemző, ami a kényszeres személyiség típusra vall. Az apáknál magas az ártalomkerülés és a jutalomfüggés, de alacsonyabb szintű kitartás és önirányítás volt jellemző. Az anyáknál alacsony önirányítási képesség, fokozott kontroll, valamint céltalanság volt jellemző. Az anya instabil karakterjegye következtében nem sikerül megfelelő mintát közvetíteni lányának.

Fassino és mtsai (2003) vizsgálatai kiterjedtek a BN-s családok személyiségjegyeire is. A BN-s egyénekre magas ártalomkerülés és alacsony önirányítási képessége, az anyák alacsony önirányítási képessége és az apák alacsony mértékű kitartása volt jelen. Azt találták, hogy a bulimiás lányok ártalomkerülése pozitív kapcsolatban volt az anyjuk alacsony ártalomkerülésével és negatív kapcsolatban az anya önirányítási képességével.

Reba-Harrelson és mtsai (2010) norvégiai mintában (n = 13 006) végzett kutatásukban azt találták, hogy az evészavaros anyák inkább hajlamosak a korlátozó etetésre, mint a nem evészavaros társaik. Az anyai korlátozó magatartás és a gyermek evészavarai között (nem eszik jól, hasfájdalmai vannak, orvosilag indokolatlan hányás, nem szeret enni) pozitív korrelációt találtak.

Kröller, Jahnke és Warschburger (2013) szerint az anya korlátozó magatartása a gyermeknél megnöveli az érzelmi evés gyakoriságát.

Brown és Lee (2011) szerint a korlátozó anyai magatartás pozitívan korrelál a gyerek táplálékfogyasztásával és súlyával.

Easter, Naumann és mtsai (2013) vizsgálatukban evészavaros anyák (n = 9423 anya) és azok gyermekeit vizsgálták, összehasonlítva ezeket egy kontroll csoporttal. Az AN-s, valamint a BN-s anyák gyermekeinél magasabb szintű egészségtudatosságot és vegetáriánizmus gyakoriságot találtak, mint a nem evészavaros anyák gyermekeinél. Továbbá az AN-s és BN-s anyák gyermekeinél magasabb energiabevitelt, a BN-s anyák gyermekeinél pedig magasabb keményítőbevitelt találtak, mint a kontroll csoport gyerekeinél.

Ez az anyai magatartás viszont „ördögi körként működik”, hiszen az anya, olyan irányú félelmében, hogy elhízott gyereke lesz, a korlátozó attitűdhez folyamodik, viszont ez a korlátozó attitűd megnöveli a túlevést és ezáltal a túlsúlyosság gyakoriságát.

Következésképpen elmondható, hogy a szülők evészavarra utaló karakterjegyei a gyermekben is megtalálhatók.

#### 3.1.2.5. Kedvezőtlen életesemények

Az evészavarosok élettörténetében gyakran központi helyet foglal el a szexuális vagy a fizikai abúzus.

Pope és Hudson (1992) vizsgálatukban a szexuális bántalmazás prevalenciáját vizsgálták BN-s, valamint kontroll személyeknél, nem találtak különbséget a két csoport között a szexuális abúzus prevalenciáját illetően.

Brown, Russel, Thornton és Dunn (1997) vizsgálta a fizikai, valamint a szexuális abúzus előfordulását az evészavaros betegeknél, és azt találta, hogy a páciensek egynegyede fizikai abúzus, míg fele szexuális abúzus elszenvedője volt.

Dansky, Brewerton, Kilpatrick és O'Neil(1997) vizsgálatában a BN-s betegek előéletében gyakoribb szexuális, fizikai bántalmazást, valamint poszttraumás stressz-zavar gyakoriságot talált, mint a kontroll csoport tagjainál.

Johnson, Cohen, Kasen és Brook (2002) longitudinális vizsgálatában azt találta, hogy a szexuális bántalmazás rizikó faktorként jelenik meg az evészavarok kialakulása szempontjából. Ugyancsak ebben a vizsgálatban összefüggést kaptak a bántalmazás és a testsúlycsökkentő viselkedések (önhánytatás, hashajtó használat) gyakorisága között.

Szumska és mtsai (2005) 3615, 15-24 év közötti nővel végzett reprezentatív vizsgálatában az evészavaros nőknél az esetek 10,9%-ban szexuális bántalmazásról és 27,5%-ban fizikai bántalmazásról tesz említést.

### 3.1.2.6. Az evészavaros egyén személyiségjegyei

Az elmúlt évtizedek kutatásai számos olyan személyiségjegyet azonosítottak, amelyek az evészavar kialakulása szempontjából kockázati tényezőként jelennek meg. Ilyen személyiségjegyekhez sorolják az alacsony önértékelést és a személyes hatékonyság hiányát.

Tölgyes (2007) szerint az alábbi személyiségjegyek bírhatnak betegségkiváltó jelleggel: gyenge énhatékonyság, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság hiánya, a pontosság, ellenőrzés, kényszeres szükséglet a kételkedésre, impulzivitás, ingerkereső magatartás, nárcizmus.

A legújabb vizsgálatok a DSM-IV második tengelye és az evészavarok közötti összefüggéseket keresve azt találták, hogy az A csoport (szokatlan-furcsa) diagnózisai viszonylag ritkák evészavarosoknál. A C csoport (szorongó, pánikos) zavarai AN-sokra, míg a B csoport (dramatikus-kiszámíthatatlan) zavarai a BN esetében gyakoriak. Ezek alapján három működési stílust különítettek el:

1. Magas szinten funkcionáló stílus, ami perfekcionizmussal és negatív affektivitással társul, BN-soknál a leggyakoribb.
2. Megszorítással élő, érzelmileg beszűkült stílus, AN-sok esetében gyakori (itt is megtalálható a negatív affektivitás és a perfekcionizmus).
3. Impulzív és érzelmileg szabályozatlan stílus, BN-sokra jellemző (Jó és Kövesdi, 2008).

### 3.1.3. Szociokulturális tényezők

Az evészavarok leginkább a nőket, lányokat érintő betegség. Az általános népességben végzett epidemiológiai adatok arra engednek következtetni, hogy az evészavarok tekintetében a nő-férfi arány 10:1 (American Psychiatric Association, 1994).

Bruch (1973) elsőként hangsúlyozta a kulturális tényezők szerepét mint az evészavarok kockázati tényezőjét, ugyanakkor a női soványságideállal, valamint a szerepkonfliktusokkal is összefüggésbe hozta.

A társadalmi és kulturális szintek a testsúlyváltozásokra különböző befolyást gyakorolnak, és megnyilvánulásuk különböző szinteken valósul meg. Egyik szint a család, ami a társadalmi értékek közvetítésének színtere, a másik szint a társadalmi szervezetek (munka, iskola, óvoda) szintje. A harmadik szint a kultúra, amelynek erős testűlmeghatározó szerepe van, de ugyanakkor erkölcsi, valamint társadalmi jelentéseket is rendel a testűlhoz. Túry és Szabó (2000) szerint manapság a társadalmi sikeresség egyik döntő feltétele a ápolat, vonzó, karcsú

test, azonban ennek elérése pedig sok munkával és áldozattal jár. Túry és Szabó (2000) szerint a nyugati kultúrákban a karcsúság az akaraterő, a sikeresség, a szexuális vonzerő szimbóluma, míg a kövérség akarathiányt, lustaságot szimbolizál.

Stice, Neuberg, Shaw és Stein (1994) szerint a karcsúságideálnak való túlzott megfelelési igény szorongással, depresszióval, alacsony önértékeléssel és testtel való elégedetlenséggel járhat.

Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh és Rothblum (1996) a jóléti államokban negatív korrelációt találtak a testsúly és a szocioökonómiai helyzet között.

Kultúrközi vizsgálatok azt mutatják, hogy a bevándorlók között gyakoribb az anorexia, mint az eredeti hazájukban, ezt a szakirodalom a kulturális asszimilációval magyarázza (Gowen, Hayward, Killen, Robinson és Taylor, 1999).

Az életkor is kockázati tényezőként jelenik meg az evészavarok kialakulása szempontjából, főleg a serdülőkor, valamint a fiatal felnőttkor elejére tevődik a betegségkezdet, hiszen serdülőkorban jelenik meg az első nagy alakváltozás, amit nem könnyű elfogadni. A női szerepeknek való megfelelés sem a legegyszerűbb. Mindezeket még befolyásolja a média által közvetített soványságideál, amik nehezíthetik a kialakult kedvezőtlen helyzeteket (Becker és mtsai, 2002; Hesse-Biber, Leavy, Quinn, és Zoino, 2006)

A posztkommunista országokban a gyors társadalmi változásoknak való megfelelésképpen tulajdonítják az evészavarok gyakoriságát.

Bizonyos szubkultúrák, foglalkozások is együttjárnak az evészavarok kialakulásával (Abraham, 1996; Krentz és Warschburger, 2011; Lukács-Márton, Vásárhelyi és Szabó, 2008; Monsma és Malina, 2004; Sundgot-Borgen és mtsai, 2002; Wong, 2003).

#### 4. Az evészavarok pszichiátriai komorbiditása

A komorbiditás a társuló betegségek és rendellenességek együttes előfordulását jelenti. Először az 1970-es években Feinstein vezette be a fogalmat az orvosi szakirodalomba, csupán az azonos időben együttjáró zavarok megnevezésére. A komorbid zavaroknak fontos szerepe van mind a kutatásban, mind a klinikumban. A klinikumban azért döntő fontosságú, mert a komorbid zavar jelenléte befolyásolhatja az elsődleges zavar lefolyását. A kutatás területén meg azért elengedhetetlen a komorbiditásról beszélni, mert azokra a kérdésekre segít megkeresni a választ, hogy az elsődleges zavar inkább a különböző változók közötti oki kapcsolat eredménye, vagy a komorbid zavarral való együttjárás, korreláció eredménye.

Az evészavarok más pszichiátriai zavarokkal való együttjárására épülnek az evészavarok betegségmodelljei. A spektrum elméletek nem élesen elhatárolódott

diszkontinuus diagnosztikai egységek meglétét tételezik fel, hanem a betegséget a már ismert pszichiátriai zavar családjába tartozóként próbálják magyarázni, a tüneti hasonlóságok mentén közös kóreredetet, patomechanizmust és kezelési lehetőségeket ajánlva.

A spektrumba való tartozás vizsgálatának lehetőségei a következők: komorbiditási vizsgálatok, családi halmozódás vizsgálata, a tünetek átfedésének azonosítása, gyógyszeres kezelésre adott válasz vizsgálata, valamint a kórlefolyás összehasonlítása.

#### 4.1. Hangulatzavarok

Az evészavaroknak gyakran komorbid betegsége a depresszió. Halmi és mtsai (1991) adatai alapján a kezelést igénylő evészavarosok 24-88%-a depresszióról számol be. A major depresszió pontprevalenciája az AN-ban 54-55%, a bulimarexiában vagy purgatív AN-ban 40-89%, a BN-ban 24-78%, a restriktív AN-ban az élettartam prevalencia 10-54%.

Az evészavarok depresszióelmélete szerint az AN, de különösen a BN a depresszió spektrumba tartozik. A depresszió és az evészavarok kapcsolatára utaló adatok szerint az evészavaros betegekre a következők jellemzőek:

- az öngyilkossági szándék, öngyilkossági kísérletek gyakori előfordulása (Beumont és Abraham, 1983)
- a depressziós tünetek előfordulási aránya magas, a depressziót mérő skálákon az evészavaros egyének szignifikánsan magasabb értékeket érnek el (Beck-féle depresszió-kérdőív, Hamilton-kérdőív) (Herzog, 1984)
- az evészavaros tünetekben akárcsak a depresszió esetében is szezonális ingadozás észlelhető
- az evészavarosok elsőfokú rokonainál, gyakoribb a depresszió előfordulása
- az evészavarosok egyes biokémiai eredményei megfelelnek a depressziósokéval (neuroendokrin leletek, neurotranszmitterek, endorfinok),
- evészavarok kezelésében is kimutatott az antidepresszívumok hatékonysága (Túry és Szabó, 2000 nyomán).

Az, hogy melyik zavar kialakulása befolyásolja a másik kialakulását, még nem teljesen tisztázott. Bizonyos retrospektív vizsgálat eredményeképpen az evészavaros betegek depresszióról számolnak be az evészavaros tünetek megjelenése előtt (Hudson, Pope, Jonas és Yurgelun-Todd, 1983; Walsh, Roose, Glassman, Gladis, és Sadik, 1985).

## 4.2. Szorongásos zavarok

Brewerton, Lydiard, Herzog, Brotman és mtsai (1995), Bulik, Sullivan, Fear és Joyce, (1997) szerint a szorongásos zavarok meglehetősen gyakran megelőzi az evészavarok kialakulását, épp ezért a szorongásos zavarok kockázati tényezőként jelennek meg az evészavarok kialakulása szempontjából.

Godart, Flament, Lecrubier és Jeammet (2000), Pallister és Waller (2008) szerint az evészavarok esetében nagyon gyakran komorbid betegség a szorongászavar.

A szakirodalmi adatok alapján a szorongásos zavarok élettartam prevalenciája 23-66% között van az AN-s egyéneknél és 25-75% között a BN-s egyéneknél (Fornari és mtsai, 1992; Halmi és mtsai, 1991; Herzog, Keller, Sacks, Yeh és Lavori, 1992; Keck és mtsai, 1990). Laessle, Wittchen, Fichter és Pirke (1989) szerint a BN-nál magasabb élettartam-prevalenciát talált, mint a restriktív anorexiásoknál. Ugyanezen kutatócsoport állapította meg, hogy a BN esetében gyakoribb a szorongásos zavarok előfordulása, mint a restriktív AN-nál.

Godart, Flament, Lecrubier, és Jeammet (2000) 69 franciaországi evészavarost vizsgálva azt találta, hogy a szorongásos zavarok gyakorisága az AN esetében 75%, míg a BN esetében 88%.

## 4.3. Kényszerbetegség

Az AN-sok szociális fóbia élettartam prevalenciája 24% és 55% között, a kényszerbetegségé pedig 10% és 66% között van. A BN esetében a kényszerbetegség élettartam-prevalenciája 3% és 43% között, a szociális fóbiáé pedig 17% és 59% között van (Brewerton és mtsai, 1995; Fornari és mtsai, 1992; Godart, Flament, Lecrubier és Jeammet, 2000; Laessle és mtsai, 1989; Lilenfeld, 1998; Thornton és Russell, 1997; Thornton, Dellava, Root, Lichtenstein és Bulik, 2011).

A szociális fóbia mint komorbid zavar csak akkor diagnosztizálható evészavarosoknál, ha a szociális fóbia tünetei az evészavar tüneteinek kívül is kiterjednek. A kényszerbetegség is csak akkor diagnosztizálható, ha az étellel, táplálkozással kapcsolatos speciális kényszerszerű tünetek (ételek apró darabokra vágása, számszerű rágása) ezen kívül, vagyis az élet más területén is megjelennek.

Holden (1990) szerint az evészavarok a kényszerspektrum területébe tartoznak, hiszen rengeteg olyan evészavar tünet van, ahol a kényszerbetegség nyilvánvaló. Az AN-sok, valamint a

BN-sok étellel való kényszeres, rítusos bánásmódjuk, valamint a perfekcionista teljesítményorientált személyiségvonásaik is a kényszeres jelleghez tartoznak.

A túlzott testsúllyal való foglalkozást is tekinthetjük obszessziónak.

A komorbiditási adatok azt mutatják, hogy a kényszerbetegség az esetek 10-30%-ában társul AN-hoz, de fordítva is igaz, hogy a kényszerbetegek közül 15%-uk evészavar tüneteket is produkálnak (Németh, 1994).

Anderluh és mtsai (2003) retrospektív vizsgálatában a gyermekkori kényszeres vonások előrejelző jellegét hangsúlyozza az evészavarok kialakulása szempontjából.

A poszttraumás stressz-zavar (PTSD) leggyakrabban a falászavarnál fordul elő, és az élettartam prevalenciája 11% és 52% között mozog (Dansky és mtsai 1997; Lilienfeld, 1998; Turnbull és mtsai, 1996).

#### 4.4. Személyiségzavarok

Rosenvinge, Martinussen és Ostensen (2000) vizsgálatukban (1983 és 1998 között végzett, 28 vizsgálat) az evészavar és személyiségzavar kapcsolatát elemezve, azt találta, hogy az evészavarosoknál gyakoribbak (58%) a személyiségzavarok a kontroll csoporthoz viszonyítva (28%). A kényszerzavarok közül főleg az obszesszív-kompulzív személyiségzavar előfordulási gyakorisága nagyobb az AN-s csoportban (35%) a kontroll csoporthoz (4%) képest.

Jonhson és Wonderlich (idézi: Brewerton, 2004) összegzi az evészavaros betegek körében leggyakoribb személyiségzavarokat, és azt találja, hogy a leggyakoribbak a C csoporthoz tartozók (kényszeres, elkerülő, dependens), majd ezt követi a B csoport zavarai (borderline, nárcisztikus, hisztrionikus, antiszociális), a legritkábban előforduló zavarok az A csoporthoz tartozó betegségek (paranoid, szkizoid) tartoznak.

#### 4.5. Addikciók

A BN tünetei nagyon hasonlóak az addikciók tüneteinek: a falásroham során kialakult kontrollvesztés, valamint a súlycsökkentő viselkedésformák visszaélészerű használata az addikciókra is jellemző.

A falásrohamok közötti feszültségemelkedés, valamint a sóvárgás „craving” megjelenése és az „anyaggal” való fokozott foglalkozás, titkolózás, valamint a betegség fennmaradása a kellemetlen következmények ellenére is tipikus addiktív jellegre vall. Az AN esetében is tetten érhető egy szenvedély, mégpedig a karcsúság iránti szenvedély.

Az AN esetében az „anyag” a soványságra vonatkozik ( Túry és Szabó, 2000).

Fichter, Quadflieg és Rief (1994), Lacey és Evans (1986) multiimpulzív bulimiának nevezték el amire multiimpulzív viselkedés jellemző: falásrohamok, hashajtók, fogyasztótabletták használata, drog-, valamint alkoholabzus, bolti lopás, promiszkuitás, agresszivitás és meggondolatlan járművezetés jellemez.

Strober, Freeman, Bower és Kigali (1996) kutatásukban azt találták, hogy a purgáló típusú AN-s betegeknel hétszer gyakoribb az addiktív viselkedések kialakulása, mint a restriktív AN-nál.

Braun, Sunday és Halmi (1994), Bulik és mtsai (2002), Herzog és mtsai (1992) szerint a BN, valamint purgáló AN esetében gyakoriak az addiktív viselkedések. Bushnell és mtsai (1994) szignifikánsan magasabb (44%) élettartam prevalencia értéket kaptak a BN-sok körében a drog-, valamint az alkohol-dependencia esetében, mint az általános népességben.

Kendler és mtsai (1991) szerint a droggal és az alkohollal való visszaélés előfordulása gyakoribb a BN-ban szenvedő betegek családtagjai között. Ikervizsgálataikban genetikai tényezők szerepére hívták fel a figyelmet BN és az alkoholfüggőség esetében.

Az addikciók és evészavarok magyarázatára több magyarázó elmélet is született.

A reciprok megerősítés hipotézise szerint az evészavaros betegek gyakrabban fogyasztanak alkoholt ételmegvonás esetén. Azonban a diétázás még nem magyarázat az alkoholizmusra, és ezen elmélet szerint a túlsúlyos személyeknek kevésbé kellene pszichoaktív szereket használniuk, azonban ez a gyakorlatban nem így van. Az elvégzett vizsgálatok megerősítették azt a tényt, hogy BN-soknál a falásrohamok és a diétázás csökkentése, kiiktatása csökkentette az alkoholfogyasztást is.

Egy másik magyarázó elmélet szerint impulzuskontroll zavarról beszélünk az evészavarok és a pszichoaktív szerek közötti kapcsolat vizsgálata esetében, azonban ez a hipotézis nem igazolódott be, mert az elhízott egyéneknél ugyanolyan magas kellene legyen az alkoholizmus aránya, mint a BN-soknál.

A következő hipotézis az addiktív személyiség feltételezésével próbál magyarázatot adni. Azt feltételezik, hogy a drog és az étel funkcionálisan egyenértékű viselkedéslélektani és pszichodinamikai szempontból, és ez alapján az addiktív személyiség olyan viselkedésmintákat generál, amik más addikciók szempontjából is esékenyebbé teszik.

Az öngyógyítás hipotézise szerint az egyének öngyógyító jelleggel kezdik el a szerhasználatot ( Túry és Szabó, 2000).

#### 4.6. Disszociációs zavar

Számos olyan vizsgálat született, ami a disszociatív mechanizmusok szerepére utalhat az evészavarok kialakulásában. A hipnabilitás összekapcsolható a disszociációval, a hipnózis valójában a disszociáció speciális formája. A disszociáció énvédő mechanizmusként működik a traumát átélt egyéneknél.

Nagyon sok esetben a fizikai, szexuális abusushoz, a PTSD-hez, a borderline személyiségzavarhoz, valamint az evészavar kialakulásához disszociatív mechanizmusok társulnak (Everill és Waller, 1995). Patológias evési szokásokat mutató egyének körében magasabb a disszociatív kapacitás (Túry és Szabó, 2000).

Farrington, Waller Glenn, Sutton, Chopping és Lask (2002) szerint az AN-sok az interperszonális kapcsolataikban a negatív érzelmek szabályozási képtelenségében, valamint a kényszeres tulajdonságok esetében is disszociációs tendenciát figyelhetünk meg.

Azon evészavarosok körében, ahol gyakoribb az impulzív, öndestruktív viselkedés, magasabb a disszociáció is. Ezeknek az öndestruktív viselkedéseknek az a célja, hogy az elviselhetetlen érzelmi állapot elkerülését elősegítse (Suyemoto, 1998; Waller, Ohanian, Meyer, Everill és Rouse, 2001).

## 5. Várandósság

### 5.1. A várandósság pszichológiai háttere

Stern (1995) szerint a gyermekvállalás biológiailag is kritikus időszak, de lelkiileg sem egy egyszerű folyamat. A nőből anyává válás megkívánja a szerepek, pozíciók, tevékenységi területek átrendeződését, ami nem ritkán intrapszichés és interperszonális konfliktusokat is gerjeszt. Ugyanekkor felszínre kerülhetnek a női szerepekkel kapcsolatos konfliktusok, az „elég jó anya” képeinek a megvalósításában való elbizonytalanodás, az elég jó „nő” szerepnek való megfelelésben is instabillá válhat, hiszen egy olyan nőben, akinek az önértékelését nagymértékben befolyásolja a test alakja és súlya, a terhességi súlygyarapodás az önértékelésén is csorbát ejthet.

Winnicott szerint (idézi: Antoinne, 2010) a nő a terhesség alatt intenzív lelki válságokat él meg, és azt a folyamatot, amikor az anya teljes mértékben a magzatára hangolódik, „fokozatosan kialakuló” állapotként jellemzi. Ebben az állapotban az anya „elsődleges anyai elmerülést” mutat a magzatával szemben, igyekszik minél tökéletesebben ráhangolódni, ami később az anya-gyermek kapcsolat erősségét, valamint a kötődés milyenségét is befolyásolja.

Stern (1995) az anyasági trilógiát határozza meg, ami elsősorban az anya gondolatait tartalmazza saját magáról, másodsorban a gyermekéről vallott, míg végül harmadsorban az anya saját anyjáról való gondolatait tartalmazza.

Bydlowski (2001) szerint a várandós nő „lelkileg áttetsző” és e különös állapota segíti hozzá, hogy hozzáférhessen a gyermekkori emlékeihez, ezáltal a saját anyjával való kora gyermekkori kapcsolata is leképeződik. A terhes nő anyjával való konfliktusos kapcsolata a saját gyermekével való kötődést is megnehezíti.

Antoinne (2010) szerint a terhes nőben végbemenő testi, lelki változások a serdülőkor életsiklusához hasonlíthatóak, hiszen a kismamáknak is, akárcsak a serdülőknek, meg kell barátkozniuk az újonnan kialakult testükkel, valamint az újdonság erejével ható érzések is gyakran zavarba ejthetik őket. A várandósság során fontos, hogy alkalmat kerítsenek arra, hogy átgondolják a kapcsolattrendszereiket, valamint betöltött szerepeik sokféleségét is átgondolják, esetleg átstrukturálják. A terhesség alatt a terhesség előtt meglévő szerepzavarok csak elmélyülnek, amik nagyon gyakran erős pszichés konfliktusokat gerjeszthetnek.

A társadalmi elvárások ellenére a várandósok különösen az első szakaszban sok negatív érzésről számolnak be az állapotukat illetően, még abban az esetben is, ha várták a gyermeket, ez az állapot pedig a nem tervezett terhességek esetében csak rosszabbodik.

A várandósság, valamint az anyai szerepre való ráhangolódásban is egyfajta szakaszosságot tapasztalunk, ezek alapján különíti el Leff (2010) a várandósság 3 szakaszát:

1. szakasz: a megváltozott állapothoz való alkalmazkodás
2. szakasz: a magzatmozgások megjelenésével a magzatra terelődik a hangsúly. Egy belső elkülönülés tapasztalható ebben a szakaszban, valamint elkezdődnek a gyermekkel kapcsolatos álmodozások.
3. szakasz: valójában a jövőbeli újszülöttre tevődik a hangsúly, aki hogyha megszületne, akkor képes volna az életbenmaradásra.

Az anya képzeteket alakít ki a gyermekéről, bizonyos tulajdonságokkal felruházza, azonban ezek a képzetek csak a terhesség 7. hónapjáig maradnak meg, az ezt követő szakaszban ezeket a képzeteket az anya leállítja abból a tudattalan meggondolásból, hogy megvédje magát az esetleges csalódásoktól.

Molnár (1994) szerint az anya-gyermek kapcsolat viszonyában egy tökéletes egységről, vagyis duálunióról beszél, amire az egyén egész élete során visszavágyik.

Hidas, Raffai és Vollner (2011) azonban cáfolja a tökéletes anya-gyermek duáluniót, hiszen szerinte az anya és gyermeke egy bonyolult interperszonális hálózatban van, amiben az apa jelenléte is döntő szerepet játszik. Az apának fontos szerepet tulajdonít abban, hogy az anya el tudja látni az elsődleges szerepét. A terhesség hónapjait megnehezítheti az apával való konfliktusos kapcsolat, de ugyanilyen nehézségeket okozhat a nem résztvevő apa is. A szubjektíven észlelt támogatáshiány szintén nagy lelki terheket jelenthet a kismamának. Leff (2010), Stern (1995) azt mondja, hogy apa szerepe az úgynevezett „támogató mátrix” biztosítása, amely védelmező, szükségletkielégítő, pszichés támogatás, irányítás, külső követelményektől való mentesítő funkciókat lát el. A nőből anyává válás egy új életszakaszt jelent, és meg kell tanulni kezelni ezt az életciklus adta krízist. Valójában az „anyám lánya vagyok” állapotból a „lányom anyja vagyok” állapotba való áttérést jelenti, ami nem minden esetben gördülékeny. Ilyenkor le kell mondjon a kismama abbéli törekvéséről, hogy a saját gyermekkori anya-gyermek konfliktusait kijavítsa, épp ezzel a folyamattal magyarázzák a szülés utáni depresszió megjelenését, hiszen azáltal, hogy a kismama megtapasztalja, hogy a saját gyermekkori konfliktusai nem kijavíthatók, gyászfolyamatot él át.

## 5.2. A várandósság alatt a magzat testi fejlődése

Az egyénnek növekedése, valamint fejlődése szempontjából egyik legeseménydúsabb időszaka, amit az anyaméhben tölt.

A fejlődő szervezet anyaméhben belüli fejlődése Carnerige (1835-1919) szerint a következő szakaszokon keresztül figyelhető meg (Papp, 2009):

1. Csíraszakasz vagy preembrionális szakasz: amikor az anya és az apa ivarsejtjei egyesülnek, és addig tart, amíg kb. 8-10 nappal később a fejlődő szervezet a méh falához nem tapad.
2. Embrionális szakasz: a méhfalba való beágyazódástól a 8. hét végéig tart, amikor már a létfontosságú szervek primitív alakot öltenek
3. Magzati szakasz: a fogamzás utáni 9. héten kezdődik, és a születésig tart, általában 30 héten keresztül.

A csíraszakaszban: az első néhány sejtosztódás következtében a peteburokban egy sejtömb jön létre, amit szedercsíranak nevezünk. A szedercsíra sejtjei a fogamzás után 4-5 nappal egyre kisebbek lesznek, amíg eléri az átlagos testi sejt méretét. A szedercsíra hólyagcsírává való alakulása az első szembetűnő alakváltozás. A hólyagcsíra sejtjei létrehozzák a belülső sejtömeget vagy a trofoblasztot, ami később olyan hátyává fejlődik, amelyiknek védelmező és tápláló szerepe van. A hólyagcsíra továbbhalad a méh fele és a trofoblasztsejtek ágakat nyújtanak ki, amelyek segítségével megvalósul a beágyazódás, és kezdetét veszi az embrionális időszak (Cole és Cole, 2004).

A hólyagcsíra beágyazódásától beszélünk az embrionális szakasról, ami körülbelül 6 hétig tart. A trofoblasztból kialakuló hátyák biztosítják a fejlődő szervezet életbenmaradásához szükséges részeit. A belső magzatburok (amnion) vékony, erős, átlátszó hátya, amely tartalmazza a magzatvizet, és az embriót védelmező szerepet lát el. A belső magzatburok körül helyezkedik el a külső magzatburok (chorion), ami tulajdonképpen a méhlepény (placenta) magzati alkotórészét képezi. A méhlepényt és embriót a köldökszínör köti össze. A belső sejtömeg sejtjei különböző sejtfeleségekké kezdenek differenciálódni. Első lépésként a belső sejtömeg két rétegre oszlik, az ektodermára (bőr, körmök, fogak egy része, szemlencse, belső fül, idegrendszer fejlődéséért felelős) és az endodermára (emésztőrendszer, tüdő fejlődéséért felelős), majd a későbbiekben kialakul a mezoderna (bőr belső rétegei, csontok, izmok, keringés fejlődéséért felelős sejtek).

A terhesség 3 szakaszra osztható:

1. harmad: a fogamzástól a 16. hétig tart.
2. harmad: 17-28. hétig tart
3. harmad: 29. héttől a születésig (40-42 hétig tart)

### 5.2.1. A fejlődő magzat jellemzői morfológiai szempontból

A fejlődő magzat morfológiai szempontból a fogantatás után lényeges változásokon megy keresztül. Ezek az 5. táblázatban láthatók.

#### 5. táblázat. A magzat fejlődése havi leosztásban

(Collins (2008); Decherney, Nathan, Goodwin és Laufer (1991); Nagy (2000); Papp (2009) nyomán)

| Hónap | Morfológiai jellemzők                                                                                                                                                                                                                                    | Súly<br>(gramm) | Hossz<br>(cm) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| 1.    | - hajlított alakú és négy végtaglebennnyel rendelkezik                                                                                                                                                                                                   | 1 g             | 0,5-1 cm      |
| 2.    | - a fej és a törzs elkülönül<br>- az arcon az orr, fül, szem megkülönböztethető<br>- végtagokon az ujjak elkezdenek fejlődni<br>- a nemi szervek differenciálódása jól látható                                                                           | 11 g            | 4 cm          |
| 3.    | - lepény morfológiailag és funkcionálisan is kifejlődött, emberi formát ölt<br>- nagy fej, kifejlődött szemhéjak csukott állapotban<br>- kialakulnak a körmök<br>- külső nemi szervek differenciálódnak<br>- a végbélnyílás láthatóvá válik              | 55 g            | 9 cm          |
| 4.    | - a törzs fejlődése meggyorsul<br>- arc felismerhető<br>- végtagmozgásokat végez, amit az anya már érez<br>- magzatmáz (vernix caseosa) borítja                                                                                                          | 250-300 g       | 16-19 cm      |
| 5.    | - aktív mozgásokat végez<br>- a kötőszövetekben zsír rakódik le<br>- magzatpehely (lanugo) borítja                                                                                                                                                       | 650 g           | 25 cm         |
| 6.    | - szemhéjak szétválnak<br>- haj felismerhető<br>- a bőr ráncos, magzatmáz és lanugo fedi<br>- a herék leszállnak a lágyékgyűrűkig<br>- kinézete öreges<br>- ha most jön világra, koraszülésről beszélünk, azonban megfelelő gondozással életben tartható | 1000 g          | 35 cm         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|
| 7. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- általában elfoglalja végleges helyét a méhüregben (far a méhfenék fele, fej medencebemenet fele)</li> <li>- a bőr alatti zsírszövet megszaporodik</li> <li>- leereszkednek a herék</li> <li>- lányoknál a clitoris és a kisajkak kiemelkednek a nagyajkak közül</li> <li>- az arcot is lanugo borítja</li> </ul>                              | 1750 g | 40 cm       |
| 8. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- a haj dúsabb, a bőr piros, erezett</li> <li>- a bőr alatti zsírszövet miatt, a bőr már nem ráncos</li> <li>- jól fejlett izmok, erőteljes magzatmozgások</li> <li>- a köldök kerül a symphysis és szegycsontnyúlvány középpontjába</li> </ul>                                                                                                 | 45 cm  | 2500 g      |
| 9. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- élénken mozog</li> <li>- szemeit mozgatja</li> <li>- hangosan sír, tüszőket, vizeletet és magzatszurkot ürít</li> <li>- a lanugo eltűnik, a magzatmáz mennyisége csökken</li> <li>- fiúknál tapinthatók a herék a herezacskóban</li> <li>- lányoknál a nagyajkak fedik a kisajkakot</li> <li>- a körmök meghaladják az ujjbegyeket</li> </ul> | 50 cm  | 3000-3500 g |

### 5.3. Az anyát és magzatot érő teratogén hatások

Az érett magzat súlya átlagosan: fiúknál 3000-3500 g, lánymagzatoknál 3000-3250 g, de ha a magzat időre születik és alacsonyabb súllyal (2500-3000 g) érett, de kissúlyú magzatról beszélünk.

A magzat súlya függ a terhesség időtartamától, anyai tényezőktől, örökletes tényezőktől, valamint a méhlepény működésétől is (Nagy, 2000). Az anya életvitelében nagyon sok minden befolyásolhatja a magzat súlyát. Az anyára, valamint a magzatra ható teratogén tényezők közül a cigaretta, drog-, valamint az alkoholfogyasztás is befolyással van a magzati súlyra.

Secker-Walker, Vacek, Flynn és Mead (1997) vizsgálatukban azt találták, hogy az alacsony születési súlyt befolyásolja az anya dohányzása, valamint napi 9 cigarettára csökkentve az adagot, ez már 100 g pluszt jelent a születési súlynál.

Agrawal és mtsai (2010) az Egyesült Államokban 2001 és 2004 között végzett kutatásában azt találta, hogy az anyai dohányzás összefüggésben van egy sor olyan tényezővel, ami a magzatot érinti: az alacsony születési súllyal (Low Birth Weight, LBW), koraszüléssel, tanulászavarokkal, figyelemzavaros hiperaktivitással (ADHD), impulzivitással, viselkedészavarral.

Knopik, MaCcani, Francazio és McGeary (2012) szintén az anyai dohányzást mint rizikó faktort említi az alacsony születési súlyra, tanulás, valamint viselkedészavarok kialakulására.

McCowan és mtsai (2009) vizsgálatukban 3 csoportra osztotta a kismamákat, az egyik csoportot alkották azok a kismamák, akik abbahagyták a dohányzást a 14. terhességi hét előtt, a másik csoportot azok, akik nem hagyták abba a dohányzást a terhesség végéig, valamint a harmadik a nemdohányzó csoport. A kapott eredmények azt mutatják, hogy azok a nők, akik a terhesség 14. hetéig abbahagyják a dohányzást, ugyanolyan arányban hoznak világra egészséges, normális súlyú gyereket, mint a nemdohányzó társaik. A terhesség végéig dohányzó nők esetében szignifikánsan magasabb volt az alacsony születési súly, a terhesség és szülés alatti komplikációk gyakorisága, mint a másik két csoportban.

Makin, Fried és Watkinson (1991) a passzív dohányzás hosszútávú következményeit vizsgálták, és azt találták, hogy a passzívan dohányzó nők gyermekeinek a mentális, beszéd és vizuális képességei alulmaradnak a nem dohányzó nők gyerekeihez képest.

Lazzaroni és mtsai (1993) szerint azok a várandósok, akik a terhesség alatt fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan kisebb gyermekeket szültek, mint az alkoholt nem fogyasztó társaik, ez különösen a fiú magzatokat érintette. Mariscal és mtsai (2006) spanyolországi vizsgálatukban kimutatták, hogy az anya napi 12 g alkoholfogyasztása jelentősen megnöveli az alacsony születési súly valószínűségét.

Passaro, Little, Savitz és Noss (1996) angliai vizsgálatukban azt találták, hogy a napi 1-2 vagy annál több alkoholos ital elfogyasztásával szignifikánsan nőtt az esély az alacsony születési súly előfordulására. Nem találtak összefüggést a heti egyszeri mérsékelt alkoholfogyasztás és az alacsony születési súly között.

Whitehead és Lipscomb (2003) szerint az anya terhesség előtti alkoholfogyasztása nem befolyásolja az alacsony születési súlyt, azonban a terhesség alatti fokozott alkoholfogyasztás igen.

Khalil és O'Brien (2010) szerint a terhesség alatt rendszeresen fogyasztott alkohol növeli a halvaszülés, spontán vetélések számát, és csökkenti a születési súlyt. Azt állítják a kutatók, hogy az első, valamint a harmadik trimeszterben különösen veszélyes az alkoholfogyasztás a gyerek egészsége szempontjából.

Az anya alkoholfogyasztása következményeként a következő szindrómákat különítik el:

- magzati alkohol szindróma (Foetal Alcohol Syndrome): születés előtti és utáni fejlődési visszamaradás, jellegzetes arcdeformáció (rövid, kis szemrés, felső ajkak közötti bemélyedés hiánya, keskeny felső ajkak, lelapult arcközép, ajakhasadék, szájpadhasadék, széles orrhát, felfele irányuló orrcsúcs, koponya- és agyvelő-rendellenességek), szem- és hallási

rendellenességek, központi idegrendszeri problémák, szív, genitális szervek, csont és ízületi bántalmak.

- parciális magzati alkohol szindróma (Partial Foetal Alcohol Syndrome): a magzati alkohol szindróma néhány diagnosztikai kritériumait teljesíti: fejlődési visszamaradás és a jellegzetes arcdeformáció néhány eleme.

- alkoholhoz kapcsolódó születési rendellenességek (Alcohol Related Birth Defects): fejlődési visszamaradás, rendellenességek a szív, a genitális szervek, a csontok és ízületek részéről.

- alkoholhoz kapcsolódó idegrendszeri fejlődési rendellenességek (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders): központi idegrendszeri problémák, kognitív és viselkedészavarok, memória- és figyelemzavarok.

Aliyu és mtsai (2008) amerikai vizsgálatukban kimutatták, hogy a heti ötnél több alkoholos ital elfogyasztása 70%-kal megnöveli a halvaszülés lehetőségét.

Wong, Ordean és Kahan (2011) szerint kanadai nők 5%-a drogozott, 17%-a dohányzott, valamint 14%-a fogyasztott alkoholt a terhessége alatt.

Tombor és Urbán (2012) magyarországi terhes nők körében végzett vizsgálatában a dohányzás 29,3%-os gyakoriságértékét találta.

Agopian és mtsai (2012) elkülönítettek olyan anyai foglalkozásokat (manager, üzletasszonyok, kutató, művész), amelyek kockázati tényezőként szolgálhatnak a terhesgondozásban való részvétel elmulasztására, a folsavfogyasztás elhanyagolására, a cigaretta- vagy/és alkoholfogyasztás megnövekedett szintjére.

A terhes anyák koffeinfogyasztását vizsgálva két nézetet különböztetünk meg. Az egyik a terhességi koffeinfogyasztás mellett szól. Clausson és mtsai (2002), Jarosz, Wierzejska és Siuba (2012), Maslova, Bhattacharya, Lin és Michels (2010) és Mills (1993) azt állítják közleményeikben, hogy a terhes anya mérsékelt koffeinfogyasztása nincs különösebb veszéllyel a magzatra, Higdon és Frei (2006) szerint napi 300 g koffein fogyasztása nincs különösebb veszéllyel a magzatra. Míg mások (Bakker és mtsai, 2010; Bracken, Triche, Belanger, Hellenbrand és Leaderer, 2003) hollandiai, illetve connecticut-i és massachusetts-i vizsgálataikban alacsonyabb születési súlyt tulajdonítottak az anyai koffein fogyasztásnak.

#### 5.4. Várandósság alatti testmozgás

A testmozgás pozitív következményei a terhesség folyamán is igazolódtak. A testmozgás következő jótékony hatásai sorolhatók fel: az izomzatot erősítő hatása, csökkenti a vérnyomást és az összkoleszterin-szintet, valamint ennek következtében csökkenti a szívroham, a szélütés és a koszorúerek megbetegedésének esélyét, a vastagbélrák és a cukorbetegség kialakulásának a valószínűsége is mérséklődik, ugyanakkor a testtel való elégedettségre és az önbizalomra is pozitív hatással van.

Számos tanulmány (Artal és O'Toole, 2003; Brenner, Wolfe, Monga és McGrath, 1999; Arizabaleta, Orozco Buitrago, Aguilar de Plata, Mosquera Escudero és Ramírez-Vélez, 2010; Prather, Spitznagle és Hunt, 2012; Stafne és mtsai, 2012) a terhesség alatti testmozgás fontosságára és jótékony hatására hívja fel a figyelmet mind az anya, mind a születendő gyermek szempontjából. Stafne és mtsai (2012), Robledo, Mosquera, Hurtado és Vélez (2012) megerősítette azt a tényt, hogy a terhesség alatti testmozgás preventíven hat a terhesség alatti cukorbetegség kialakulására is.

Kasawara, Nascimento, Costa, Surita és Silva (2012), Yeo (2010) vizsgálataikban pedig a terhességi preeclampsia kialakulásának csökkenésével magyarázza a rendszeres testmozgás fontosságát. Ugyanakkor elengedhetetlen szerepet tölt be a terhesség alatti súlynövekedés szabályozásában is, kizárva a fogyókúra lehetőségét.

## 5.5. Az anya táplálkozásának következményei a magzatra

A várandós kismama táplálkozására is igen nagy hangsúlyt helyeződik, és számos előírás van arra vonatkozóan, hogy a kismama hogyan és mennyit táplálkozzon.

Lechtig 1969-ben (idézi: Sen és mtsai, 2012) a guatemalai szegény közösségeket vizsgálva azt találta, hogy az anyai alultápláltságnak gyakori következménye a kissúlyú magzat.

Ward (2008) szerint a 13. héttől kezdődően napi 300 kcal plusz energia szükséges a várandós kismama anyagcsere-működéséhez, régóta nem érvényesek az „egyél kettő helyett” jelmondatok.

A szakemberek által előírt terhességi súlynövekedésnek a terhesség előtti BMI viszonylatában a következő előírt értékeken belül kell lennie (Collins, 2008; Decherney és mtsai, 1991; Papp, 2009): a kissúlyúaknak 11,5-18 kg között, közepes súlyúaknak 11,5-16 kg, elhízottaknak 7-11,5 kg. Az előírt átlag terhességi súlynövekedés pedig 10-12 kg között van, ami az első trimeszterben 1-2 kg-os, majd heti 0,5 kg-os súlynövekedés ajánlott (Papp, 2009). Rasmussen, Yaktine (2009), Mumford, Siega-Riz, Herring és Evenson (2008) szerint a terhesség előtti BMI alapján meghatározott, hogy a második, valamint harmadik trimeszterben mennyi súlygyarapodás az elvárt:

alultáplált ( $\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ): átlagosan elvárt 0,51 kg/hét,

normális súlyú ( $\text{BMI} 18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ ): átlagosan elvárt 0,42 kg/hét

túlsúlyos ( $\text{BMI} 25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ ): átlagosan elvárt 0,28 kg/hét

elhízott ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ): átlagosan elvárt 0,22 kg/hét.

Az első trimeszterben minimálisan 0,5-2 kg súlygyarapodás elvárt.

Laraia, Epel és Siega-Riz (2013) szerint a terhességi súlygyarapodás hangsúlyosabb abban az esetben, ha a szervezet megtapasztalta a nem biztonságos táplálékelérést, valamint a táplálékmegvonást.

A nem megfelelő anyai súlynövekedés egyik jele a terhességi evészavaroknak. Ugyanakkor a nem megfelelő súlynövekedés mellett a túlzott anyai súlynövekedéssel is számolnunk kell, aminek szintén káros következményei vannak mind az anyára, mind a magzatra nézve.

Thangaratnam és mtsai (2012) szerint az angliai nők 20-40%-a az előírtnál többet hízik a terhessége folyamán, éppen ezért napjainkban az elérendő cél a terhességi súly normális szinten való tartása és az elhízás megelőzése. Az anyai túlsúly is kockázati

tényezőként jelenik meg a terhesség kimenetelére, illetve a születendő magzat egészségi állapotára.

De Paiva, Nomura, Dias és Zugaib (2012) szerint az anyai elhízás megnöveli az esélyét a szülés utáni komplikációknak (műtéti hegek, húgyutak gyulladása, szülés utáni vérzések, vénás trombóembólia).

Collins (2008) és Papp (2009) szerint az anyai túlsúly esetén nő a gestatio diabetes, a hypertonia, a szív- és érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága. Collins (2008) szerint a CEMACH (Confidential Enquiry Into Maternal Deaths) 2007-es beszámolója alapján szintén az anyai elhalálozás egyik rizikófaktoraként jelölték meg az anyai túlsúlyt, valamint számos egyéb egészségügyi probléma okaként is, mint a terhességi magasvérnyomás, preeclampsia, terhességi cukorbetegség, vetélés, valamint az velőcső záródási rendellenességei is gyakoribbak a magasabb BMI-vel rendelkező anyáknál. A szerző azt találta, hogy a kórosan elhízott nőknél háromszor gyakoribb a halvaszülés.

Nomura, Paiva, Costa, Liao és Zugaib (2012) braziliai vizsgálatukban azt találták, hogy azok a nők, akiknek a terhesség előtt alacsonyabb volt a BMI-jük, nagyobb eséllyel szültek kis születési súlyú (small for gestational age, SGA) gyermeket, mint a magasabb BMI-jű, obese társaik, akik nagyobb gyakorisággal szülnek túlsúlyos gyermeket.

Vikanes és mtsai (2010) norvégiai vizsgálatukban az anyai súly és a terhességi hányás (hyperemesis gravidarum) közötti kapcsolatot vizsgálták, és azt találták, hogy az alacsony, illetve a magas anyai súly hajlamosíthat a hyperemesis gravidarumra, túlzott terhességi hányásra. Továbbá vizsgálták a hyperemesis gravidarum és a terhesség előtti és alatti dohányzás összefüggését, és azt találták, hogy a terhességük előtt és alatt dohányzó nők kevésbé hajlamosak a túlzott terhességi hányásra, mivel a dohányzás csökkenti az ösztrogén és a gonadotrop hormon szintjét, a hyperemesis gravidarum pedig emelkedett ösztrogén- és gonadotrop hormon szinttel jár.

Micali, Northstone, Emmett, Naumann és Treasure (2012) vizsgálatában az általános népesség várandós kismamáit hasonlították össze evészavaros előéletű várandósokkal, és azt találták, hogy azok a nők, akiknek volt diagnosztizált evészavaruk, kevesebb húst, valamint több koffeintartalmú italt fogyasztottak, mint a nem evészavaros társaik. Számos kutató (Howie, Sloboda, Kamal és Vickers, 2009; Mesman és mtsai, 2009; Oken, Taveras, Kleinman, Rich-Edwards és Gillman, 2007 ; Whitaker, 2004) szerint a gyermekkori elhízásért is a terhesség alatti anyai túlsúlyt okolják.

Az anyai vitaminfogyasztás is befolyásolja a születendő gyermek egészségi állapotát. Hovdenak és Haram (2012) szerint a terhes nők 20-30%-a szenved valamilyen vitaminhiányban. Berti és mtsai (2011), Hovdenak és Haram (2012) különböző

vitaminhiányokat okolnak bizonyos congenitális malformációk kialakulásáért: folsav elégtelen bevitele (nyitott gerinc, spontán abortusz, preeclampsia, szív-anomáliák), vashiány (a fertőzésekkel szembeni esékenység, vérszegénység, alacsony születési súly), kalcium-hiány (preeclampsia esélyét növeli, alacsony születési súly), C- és E-vitamin hiánya (preeclampsia).

## 5.6. Várandósság és evészavarok

A várandósság alatti evészavarokat a terhesség és szülés alatti és utáni komplikációk tekintetében nagyon fontos volna idejében felismerni, azonban általában ez nem történik meg. Sem a nőgyógyászati anamnézis nem tartalmaz ilyen típusú kérdéseket, valamint a várandósok sem tesznek említést erről a problémájukról, hiszen úgy gondolják, hogy ezáltal megbélyegzik őket, vagy negatívan reagálnak a kitárulkozásukra (Mason, Cooper és Turner, 2012).

A terhesség alatti evészavarral kapcsolatos kutatások többnyire kvantitatív jellegűek, a kvalitatív jellegű kutatások hiányos mivolta miatt kevés a meglévő vizsgálat, aminek eredményei értékelhetőek.

Az egyik ilyen kvalitatív jellegű kutatást Shaffer, Hunter és Anderson (2008) (idézi: Mason, Cooper és Turner, 2012) végezte, ahol az evészavaros nők tapasztalatait gyűjtötte össze a terhességi, valamint a szülés utáni időszakban, 5 témát azonosítva: állandó mentális küzdelem a kontroll elvesztése ellen, torzult testkép, elrejtteni a megélt tapasztalatokat, mérleg által kiváltott trauma, szülés utáni félelem és pánik.

A másik vizsgálat Tierney, Fox, Butterfield, Stringer és Furber (2011) (idézi: Mason, Cooper és Turner, 2012) nevéhez fűződik, ahol szintén az evészavaros nők tapasztalatait gyűjtötte össze a terhesség alatt, valamint a szülés utáni időszakban, 4 témát határozott meg, ami a nőket állandó jelleggel foglalkoztatja: sikertelenségtől való félelem, bizonytalanság a gyermek alakjával kapcsolatosan, megváltoztatni a testi és evési szokásokat, érzelemszabályozás.

Micali, Treasure és Simonoff (2007) egy átfogó angliai tanulmányában (12 254 terhes nő) azt találta, hogy a populáció 4%-ának volt előzőleg evészavara. Lacey és Smith (1987b) kutatásai azt bizonyítják, hogy a terhesség során az AN rosszabbodik, a BN viszont javulást mutat, és a betegek mintegy egynegyede meggyógyul a terhesség alatt. Továbbá azt tapasztalták, hogy a bulimiás viselkedések csökkennek a terhesség első 6 hónapjában a várandós nők 2/3-ánál, azonban a szülést követően csak 1/3-uknál maradt hosszú távú ez a

tendencia. Ez a gyakoriságcsökkenés az anya olyan irányú félelmeinek következtében javult, hogy árthat a magzatának.

Morrill és Richardson (2001) szintén a bulimiás viselkedések gyakoriságának csökkenését találta a terhesség alatt.

Conrad, Schablewski, Schilling és Liedtke (2003) bulimiás nőknél terhesség idején a bulimiás tünetek felerősödését találta.

Mazzag, Túry és Pászthy (2006), Micali, Treasure és Simonoff (2007) azt hangsúlyozzák, hogy a betegek várandósságuk alatt odafigyelnek a megfelelő súlygyarapodásra, a tünetek javuló tendenciát mutatnak, sőt a nők a patológiás evési szokásaikon is hajlandóak változtatni, a magzat megfelelő fejlődése érdekében.

Mazzag és mtsai (2006) a várandósság és az evészavarok viszonyában minden esetben felhívják a figyelmet a változás időleges jellegére, ha javulás is következik be a terhesség alatt, a post partum periódusban fokozott intenzitással térhetnek vissza.

Crow, Keel, Thuras és Mitchell (2004) a terhesség alatti bulimiás viselkedések gyakoriságát vizsgálva azt találta, hogy a résztvevőknél ( $n = 129$ ) a falásrohamok gyakorisága 13%-kal csökkent, az önhánytatás pedig 12%-kal, továbbá a testalakkal kapcsolatos elégedetlenség javult a nők 21,4%-nál, rosszabbodott 43,8%-nál, 34,8%-nál pedig nem változott. Az aktív bulimiában szenvedők több negatív érzésről számoltak be a testükkel kapcsolatban, mint a remisszióban lévő betegek.

Larsson és Ellström (2003) 560 nőnél a terhesség alatti testi változásokra adott érzelmeket vizsgálva azt találta, hogy az evészavaros nőknek nem módosult negatívan a terhesség alatt a testképe, és az esetek többségében pozitívan észlelték a terhesség alatti testséma változásokat.

Rocco és mtsai (2005) 160 várandós korábban vagy aktuálisan evészavarral küszködő nőt vizsgálva azt találta, hogy az evészavar-tünetek a terhesség közepe felé javulást mutattak, majd a terhesség után ismét remissziós fázis következett.

Blais és mtsai (2000) 246 evészavaros terhes nőt vizsgálva azt találta, hogy a BN tünetei lényegesen csökkentek a terhesség alatt, és a szülés után 9 hónappal tértek vissza, míg az AN esetében is a tünetek jelentős csökkenését észlelték, és a szülés után 6 hónappal jegyezték a remissziós fázist. Soares és mtsai (2009) braziliai általános várandós populációban magas (17,3%) falásroham-gyakoriságot és 0,6% evészavar-prevalenciát talált.

Rocco és mtsai (2005) azt találta, hogy az EDI-2 tesztben a bulimia, testi elégedetlenség, soványságra való törekvés alszkáláiban szignifikáns különbség volt az aktív evészavaros, valamint a nem evészavaros terhes nők között.

Crow, Agras, Crosby, Halmi és Mitchell (2008) a terhesség alatt és posztpartum időszakban vizsgálta az evészavarokat (385 nő longitudinális vizsgálata, ebből 42 a vizsgálat alatt lett állapotos), és azt találta, hogy a vizsgált minta 50%-a szüneteltette a falásrohamait a terhesség időszakára, azonban ennek fele maradt tünetmentes a szülést követő időszakban is. A purgáló viselkedés és a testedzés gyakorisága csökkent (41,2%) a terhesség időtartamára, azonban csupán egy esetben maradt meg a tünetmentesség a post partum periódusban is.

Micali és mtsai (2007) egy átfogó tanulmányban 12 254 nőt vizsgált, összehasonlítva a terhesség alatti evészavarosokat, túlsúlyosakat az általános várandós populációval. Azt az eredményt kapták, hogy az evészavaros várandósoknál nagyobb arányban volt jelen a diétázás, hashajtó-használat, önhánytatás, valamint a testalak miatt folytatott testedzés, mint a kontroll mintában. Szintén azt találták, hogy az esetek 30%-ában minimum egy evészavar-tünet megmaradt a terhesség első és második harmadában, és bár az evészavar-tünetek csökkennek, a testtel és alakkal való foglalatosság és a testtel való elégedetlenség megmarad, vagy még jobban felerősödik.

Watson és mtsai (2012) a 2001 és 2009 közötti intervallumban norvégiai várandósokat (n = 77 267) vizsgáltak a terhességi evészavarokat illetően, és a terhesség korai szakaszában a következő gyakoriságokat kapták: BN 0,2%, BED 4,8%, EDNOS-P ( EDNOS-purging) 0,01%.

Broussard (2012) szerint a nők 27%-a számol be a terhesség időszakában evészavarokról. Easter, Bye és mtsai (2013) 739 angliai várandós nőt vizsgáltak a terhesség első 3 hónapjában, illetve a terhesség előtt 6 és 12 hónappal. A következő terhesség alatt evészavar prevalencia-értékeket találták: 0,5% AN, 0,1% BN, 1,3% BED, 0,1% PD, 5% EDNOS. A terhesség előtti periódusban pedig 0,4% AN, 0,1% BN, 1,2% BED, 1,4% PD, 6,1% EDNOS. A terhesség alatti súlycsökkentő viselkedések közül a diétázás gyakorisága 0,9%, testedzése 0,7%, önhánytatása 1,1%, hashajtó- és vízhajtóhasználaté 0,3% volt, összehasonlítva a terhesség előtti értékekkel, amik magasabbak voltak (2,7% diétázás, 2,7% testedzés testsúly vagy alak miatt, 0,4% önhánytatás, 0,9% vízhajtó- vagy hashajtóhasználat).

#### 5.6.1. Az anyai evészavarok negatív következményei a születendő gyermekre nézve

Az evészavaroknak nagyon súlyos következményei lehetnek mind nőgyógyászatilag, mind a megszületendő gyermek egészségére vonatkozóan.

Koubaa, Hällström, Lindholm és Hirschberg (2005) vizsgálatában evészavaros és máshová nem osztályozott (EDNOS) evészavarosok csoportját a kontroll csoporthoz hasonlítva azt találta, hogy az evészavaros nőknél (főleg a 20 alatti BMI-vel rendelkező

nőknél) gyakoribb a vetélés, az alacsony születési súly, a gesztációs időhöz képest kisebb születési súly, csökkent az intrauterin fejlődés, emellett gyakoribb a mikrocephalia és a koraszülés.

Micali (2010), Micali és mtsai (2007), Sollid, Wisborg, Hjort és Secher (2004) szerint az evészavaros nők nagyobb arányban szülnek a gesztációs időnek megfelelően alacsony súlyú (small for date) gyermekeket.

Sollid és mtsai (2004) dániai utánkövetéses vizsgálatában (1973 és 1993 között) az evészavaros (n = 300) és nem evészavaros (n = 900) nőket és azok gyermekeit hasonlították össze, azt találva, hogy az evészavaros nők átlagosan 134 grammal kisebb súlyú gyermeket hoztak a világra. Favaro (2006) padovai (n = 113 AN, n = 73 BN) vizsgálatában az AN, valamint a BN következményeit vizsgálta a nőgyógyászati komplikációkra, valamint a születendő gyermek egészségére nézve. Azt találta, hogy a BN következményei a születendő gyermekre nézve általában a következők: alacsonyabb születési súly, kisebb testhossz, kisebb fejkörfogat. Az AN terhességre, valamint a gyermekre való következményei: terhességi vérzés, anyai vérszegénység, anyai cukorbetegség, preeclampsia, köldökzsinór nyak köré tekeredése, alacsonyabb születési súly, koraszülés, újszülöttkori szívproblémák, hipotónia, oxigénhiány, tremor.

Micali (2010) szerint a falászavarban szenvedő nők nagyobb gyakorisággal szülnek alacsonyabb súlyú gyermeket. Wehkalampi és mtsai (2010) finnországi longitudinális vizsgálatában 163 nagyon alacsony születési súlyú koraszülött, 189 időre született kontroll gyermeket vizsgált, és azt találta, hogy a koraszülött és alacsony születési súlyú gyermekeknél kisebb testméreteik vannak, valamint az evészavarok kialakulására is kisebb esély mutatnak, mint a normális időre született társaik.

6. táblázat. Az evészavaros nőknél a nőgyógyászati komplikációk gyakoriságát mutató vizsgálatok  
(Krug, Taborelli, Sallis, Treasure és Micali (2013) nyomán)

| Szerző és vizsgálat éve                         | Minta                                                  | Ország                    | Információ nőgyógyászati komplikációkról | Nőgyógyászati komplikációk                                                                | Kapott adatok                                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Kay, Schapira és Brandon (1967)                 | 18 AN<br>8 más pszichés beteg<br>8 egészséges kontroll | Nagy Britannia            | Félstrukturált interjúk                  | Farfekvéses fogós szülés, előreesett méhlepény (placenta previa)                          | NK: AN < kontroll                                                |
| Hamsher, Halmi és Benton (1981)                 | 20 AN                                                  | Amerikai Egyesült Államok | Anamnézis a szülőktől                    | Szülés előtti és utáni komplikációk                                                       | 16 AN esetében előfordult egy vagy több NK                       |
| Råstam és Gillberg, (1992)                      | 51 AN<br>51 kontroll személy                           | Svédország                | Orvosi esetregiszter                     | Szülés előtti és utáni komplikációk                                                       | NK: AN = kontroll csoport                                        |
| Cnattingius, Hultman (1999)                     | 781 AN                                                 | Svédország                | Orvosi esetregiszter                     | Terhességi diabétesz, magasvérnyomás, császármetszés, alacsony születési súly, koraszülés | AN: rizikó tényező a koraszülésre                                |
| Foley, Thacker, Aggen, Neale és Kendler, (2001) | Ikervizsgálatok :<br>71 AN<br>42 BN                    | Amerikai Egyesült Államok | Retrospektív becslés a szülők által      | Születési súly, terhesség hossza                                                          | -AN esetében rövidebb terhesség<br>-NK gyakoribbak AN, BN esetén |
| Nicholls és Viner (2009)                        | 101 AN<br>10 906 kontroll                              | Nagy Britannia            | Orvosi esetregiszter                     | Születési súly, anyai vérszegénység, terhességi cukorbetegség, szülés alatti lélegeztetés | NK: AN = kontroll csoport                                        |

Megjegyzés: NK - nőgyógyászati komplikáció

## 5.7. Testtel való elégedetlenség a várandósság alatt és a szülés utáni periódusban

A terhesség az az időszak amikor a nők a testükön viszonylag rövid időn (40 hét) belül óriási változásokat tapasztalnak. A nők életében a serdülőkor után a terhesség alatt tapasztalhatók olyan kontrollálhatatlan testi változások, amelyeket az amúgy is testükkel elégedetlenkedő nők nehezen viselnek el, hiszen nehezen alkalmazkodnak ahhoz, hogy az addig viszonylag keveset változó testük most drasztikus változásokon megy át. Éppen ezért a testtel való elégedetlenségnek fontos figyelmet szentelnünk, mert kóros táplálkozási szokásokhoz vezethet, aminek káros következményeit az előbbieken említettem.

A terhesség remek lehetőséget ad arra, hogy a nők újraértékeljék a testüket, ami nemcsak a nyilvánosság egyik eszközeként, hanem funkcionalitás szempontjából is megnyílvánul (Rubin és Steinberg, 2011).

Gow, Lydecker, Lamanna és Mazzeo (2012) szerint a terhesség az egyedüli állapot a nő életében, amikor társadalmilag elfogadott, hogy meghízzon. Ugyanakkor a magazinokban megjelenő hírességek egy téves képet adnak magáról a terhességről és a terhesség utáni testképről, mintegy testtel való elégedetlenséget váltva ki a nőkből.

Roth, Homer és Fenwick (2012) az ausztrál magazinok terhességi és szülés utáni testképpel kapcsolatos írásait vizsgálva azt találta, hogy az idealizált hírességek azt az értéket képviselik, hogy ahhoz, hogy egy nő sikeres legyen, valamint jó anyának legyen elkönyvelve, fontos, hogy szülés után nagyon rövid időn belül visszanyerje a terhesség előtti alakját. Ez az elvárás valójában egy megvalósíthatatlan terhesség utáni testideált tűz ki célul a kismamáknak. Ezek az üzenetek azt sugallják, hogy az anyaság nevelő, gondozó, értékátadó célja kevésbé fontos, mint a jó megjelenés. Továbbá ezekben a magazinokban a szoptatásnak nem mint tápláló, immunrendszert erősítő, valamint anya és gyermek közötti kötődést elősegítő hatása hangsúlyozott, hanem egy ideális lehetőséget a terhesség alatt felszedett pluszkilóktól való megszabadulásra. Éppen erre a jelenségre találta ki a média a pregorexia kifejezést, mondja Baumann (2009), ami valójában nem egy orvosi meghatározás, hanem a média szüleménye. Szerinte pregorexiásnak tekinthető az a nő, aki a terhessége alatt az evészavar diagnosztikai kritériumainak megfelelő viselkedéseket mutat. Kialakulására több tényező hatással lehet: genetikai hajlam, trauma, túlzásba vitt diétázás, illetve néhány specifikus közvetítő tényező, mint például az előzőleg fennálló evészavar, fokozott aggodalmaskodás a terhességgel járó súlygyarapodás miatt, a partnerrel való kapcsolati nehézségek, szociális elvárások, miszerint terhesként is csinosnak, karcsúnak kell lenni, és a szülés után pedig heteken, hónapokon belül vissza kell nyerni szülés előtti alakjukat. Mindezt a médiában közvetített sikeres nők (színészek, énekesek, modellek, stb.) is megerősítik,

akiknek csak gömbölyödő pocakjuk („baby bump”) árulkodik áldott állapotukról, azonban ez az átlagos nő számára nyomást gyakorolva, a soványságot mint elérendő célt hangsúlyozza.

Fairburn és Welch (1990) vizsgálatában (50 várandós) a vizsgálati személyek 40%-a félt a terhesség alatti súlygyarapodástól, és 70%-a tartott attól, hogy nem képes visszanyerni a terhesség előtti alakját. Fairburn, Stein és Jones (1992), Lacey és Smith (1987) szerint a terhesség időszakában és a post partum periódusban a testtel való elégedetlenség romlott az evészavaros várandósok mintájában.

Az 1970 és 1980 közötti időintervallumban végzett kutatások (Moore, 1977; Strang és Sullivan, 1985) megerősítették, azonban Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton és Kelly (2008), Boscaglia, Skouteris és Wertheim (2003), Goodwin, Astbury és McMeeken (2000) cáfolják a nők terhesség alatti súlygyarapodástól való félelmét.

Helen Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton és Duncombe (2005) 125 ausztrál egészséges terhes nőt vizsgálva azt találta, hogy a testtel való elégedetlenség a korai terhességi (1. trimeszter - 2. trimeszter eleje) szakaszra jellemző, és ezt azzal magyarázzák, hogy az első trimeszter végére a nők inkább érzik kövérnek magukat, hiszen még a pocakjuk nem igazán látható, azonban az addig hordott ruháik már nem jók rájuk, amikor a későbbi terhességi időszakban a pocak már nyilvánvalóvá válik, akkor már “várandósnak” és nem “kövérnek” érzik magukat. Ugyanők elmondják, hogy azoknál a kismamáknál, akik a terhességük előtt is elégedetlenek voltak az alakjukkal, nagyobb mértékben jelenik meg a terhesség alatt is a súlynövekedéstől való félelem, valamint a testi elégedetlenség is.

Skouteris (2012) szerint a terhességi hetek előrehaladtával a kismamák kevésbé érzik vonzónak magukat, amit a terhesség által átélt kellemetlen fizikai tüneteknek is tulajdonítanak.

Loth, Bauer, Wall, Berge és Neumark-Sztainer (2011) vizsgálatában (68 várandós, 927 nem várandós nő) azt találta, hogy a terhesség protektív tényezőként jelenik meg a testtel való elégedetlenség vizsgálatában, hiszen eredményeik azt mutatták, hogy a terhes nők elégedettebbek voltak a testükkel a terhességi súlygyarapodás ellenére, mint a nem várandós társaik.

Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton és Milgrom (2008) 215 terhes nő testi elégedettségét, önértékelését vizsgálva megerősítette a tényt, hogy a pozitív testkép velejárója az egészséges önértékelés.

Foster és mtsai (1996) összefüggést talált a testi elégedetlenség és a szoptatásra való hajlandóság között. Azok a nők, akik elégedettek voltak a testükkel, inkább szoptatták gyerekeiket, mint a testükkel elégedetlen társaik.

Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton és Milgrom (2009) vizsgálatukban a testtel való elégedetlenség, valamint a depresszió-szint között pozitív korreláció találtak.

## 5.8. Az anyai evészavar és pszichiátriai zavarok összefüggése

A két leggyakoribb pszichiátriai betegség a várandósság alatt a szorongás, valamint az antenatális depresszió.

A terhesség alatti depresszió a várandósok kb. 2,8-17%-át érinti (Andersson és mtsai, 2003; Gavin és mtsai, 2011; Gavin és mtsai, 2005; Gaynes és mtsai, 2005).

Coelho, Soares és Ribeiro (2010), Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser és Buitelaar (2004), Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco és Costa (2009) szerint a terhesség alatti szorongás aránya 13% körül van.

Szádóczky, Rihmer és Papp (1997) a szorongás 22%-os élettartam-prevalenciáját és 8%-os pontprevalenciáját találta.

A magyarországi vizsgálatok a depresszió esetében 17,9%-os, a szorongás esetében pedig 14,6%-os gyakoriságot találtak (Bödecs, 2010; Bödecs, Horváth, Kovács, Diffellné Németh és Sándor, 2009).

A terhes populációt illetően nincs adat a romániai gyakoriságértékekre vonatkozóan, azonban az általános népesség a nemzetközihez hasonló adatokat (a szorongás prevalenciája 4,9%, a major depresszió prevalenciája 2,9%) mutat (Florescu, Moldovan, Mihăescu-Pintia, Ciutan és Sorel, 2010).

Kent (2011) szerint a terhesség folyamán minden 10. nőt érinti a depresszió és a szorongás valamilyen formája.

Woods, Melville, Guo, Fan és Gavin (2010) washingtoni vizsgálatában (n = 1522 várandós) 9,5-17% prevalencia-értéket kapott a terhesség alatti depresszióra.

Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom és Paxton (2009) nem evészavaros mintán (n = 207) postpartum és terhesség alatti depressziót, valamint terhesség alatti szorongást vizsgálva azt találta, hogy a depresszió mértéke magasabb a terhesség első felében, az emelkedettebb szorongásszint pedig a terhesség utolsó harmadára volt jellemző.

Morgan, Lacey és Chung (2006) angliai vizsgálatában (n = 122) a terhesség alatt aktív BN-s kismamáknál a szülés utáni depresszió tekintetében 36%-os prevalenciát talált.

Carter, McIntosh, Joyce, Frampton és Bulik (2003), Franko és mtsai (2001), Morgan, Lacey és Chung, (2006), Micali, Simonoff és Treasure (2011) vizsgálataik alapján az kapták, hogy az aktív vagy terhesség előtti evészavar kockázati tényezőként jelenik meg a terhesség alatti és utáni depresszió kialakulásában.

Nadia Micali, Simonoff és Treasure (2011) átfogó (n = 10 887 nő) angliai vizsgálatában azt találták, hogy az aktív, valamint a terhesség előtti evészavar kockázati tényezőként jelenik meg a terhesség alatti és utáni depresszió, valamint a terhesség utáni szorongásos zavarok megjelenéséhez.

Maina és mtsai (2008) vizsgálatában az anya depressziója, valamint szorongásszintje kedvezőtlenül befolyásolja a születendő gyermek súlyát, a depressziós és magasabb szorongásszintet mutató anyák a gesztációs kornak megfelelőnél 10 centilissel kisebb súlyú gyermekeket hoznak a világra, mint a pszichiátriai zavarokat nem mutató társaik.

Halbreich (2005), Martini, Knappe, Beesdo-Baum, Lieb és Wittchen (2010), Monk (2001), Talge és mtsai (2007) szerint a terhesség alatti magas szorongásszint okozhat koraszülést, valamint alacsonyabb születési súlyt.

Talge és mtsai (2007) felhívják a figyelmet, hogy a terhesség alatti fokozott anyai stressz-, szorongás-, valamint depressziószint negatívan befolyásolja a gyermek hosszú távú fejlődését is, ezekben az esetekben gyakoribb a megkésett beszédfejlődés, a figyelemhiányos hiperaktivitás és szorongás előfordulása.

## 6. Az evészavarok előfordulásának vizsgálata a szépségiparban dolgozóknál és a várandós kismamáknál

Az evészavarok prevalencia értékeinek a meghatározására elengedhetetlen fontosságúak az epidemiológiai vizsgálatok, hiszen a prevalencia és incidencia arányok fontosak a kórkép kezelésének megtervezésekor. Az epidemiológiai vizsgálatok első lépéseként meghatározzuk az evészavarok előfordulási gyakoriságát, azonban ezáltal csupán a problémás esetek számarányáról kapunk információkat, ami korántsem elegendő ahhoz, hogy a hajlamosító, kiváltó, valamint betegségfenntartó pszichológiai, biológiai és szociokulturális tényezőket hatékonyan megértsük.

Az általam végzett vizsgálatokban a szépségiparban dolgozók, valamint a várandós kismamáknál kaptunk információkat az evészavarok tüneteinek és szindrómáinak prevalenciájának magyarországi és erdélyi értékeit illetően. A várandós mintában egy longitudinális vizsgálatban is felmértük, hogy bizonyos pszichológiai változók, hogyan módosulnak a terhesség folyamán, valamint ezek hogyan alakítják a kismamák terhességhez, testképhez, evészavarhoz való viszonyulásukat.

Az irodalmi áttekintésben részletesen olvashatunk arról, hogy az evészavarok a nyugat-európai, valamint a közép- és kelet-európai országokban is igen gyakoriak.

Romániában eddig nagyon kevés epidemiológiai vizsgálat született az evészavarok területén, ezért különösen fontosnak tartottam, hogy felmérjem ezen zavarok előfordulását. Románia az 1989-es évek után számos politikai, társadalmi és gazdasági változáson ment át, amik szintén befolyással lehetnek az evészavarok kialakulására, amik magyarázattal szolgálhatnak az evészavarok nagyobb elterjedtségére az adott régióban.

A vizsgálataink hiánypótlásként szolgálnak, hiszen a szépségipari mintán világviszonylatban eddig egyetlen kutatás született Wong (2003) adataiból, míg a várandós mintában, Romániában egyetlen kutatás sem született az evészavarok vizsgálatára vonatkozóan.

A szépségiparban végzett keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkat 2006 nyarán készült Magyarországon, valamint Erdélyben élő (magyar anyanyelvű) szépségiparban dolgozó (fodrászok, kozmetikusok, manikűrösök, pedikűrösök, fitnessz oktatók és szoláriumban dolgozók), valamint nem a szépségipar területén tevékenykedő felnőttek vettek részt. A kérdőívet összesen 543 személy (498 nő és 45 férfi) töltötte ki: Erdélyben 276 fő (246 nő, 30 férfi), Magyarországon pedig 267 személy (252 nő és 15 férfi). Az alacsony elemszámba való tekintettel a férfiakat kizártuk a vizsgálatból. A végső mintát 498 nő alkotta.

Azért esett a választás a szépségiparban végzett dolgozókra, mert úgy gondoltuk, hogy a szépségiparban végzett munka hajlamosíthat az evészavarok és evészavarok kialakulására, hiszen társadalmilag tőlük elvárt, hogy mindig jólápoltak, vonzóak és karcsúak legyenek.

Sajnos a pénz és emberi erőforrás hiányában nem volt lehetőségünk arra, hogy kiterjedtebb mintán is megvizsgáljuk az evészavarok jelenségét.

A várandós keresztmetszeti vizsgálatban összesen 240 erdélyi és magyarországi kismamát mértünk fel a terhességi evészavarokat, testképet, depressziót, szorongást és terhességi élményeket illetően. Az adatgyűjtés 2010. december és 2012. július között történt.

A longitudinális vizsgálatban 50 kismama (56,8% erdélyi, 43,2% magyarországi) vett részt a terhesség mindhárom periódusában, ugyancsak informált beleegyezéssel, önkéntes és anonim módon. Az adatgyűjtés 2011. február és 2012. szeptember között történt. A résztvevőket az erdélyi mintában a családorvosi rendszerből, a magyarországi mintában pedig a védőnői rendszerből értem el.

A vizsgálatok a Magyar Tudományos Akadémia, valamint a Domus Hungarica pályázatainak az elnyerésével valósultak meg.

Az epidemiológiai vizsgálatok fontos hozadéka lehet, hogy ezen speciális területeken az evészavarok prevalencia-értékeit ismerve felfigyelhetünk arra a tényre, hogy bizonyos szakma hajlamosíthat evészavarokra, illetve magas testtel való elégedetlenségre, illetve a várandós kismamák mintáján végzett kutatásomnak abban lehet intervenciós hozadéka, hogy a testtel való elégedetlenség és negatív terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök prediktorait azonosítva segíthetünk a kismamáknak, hogy ezt az időszakot könnyebben átvészelje, preventív hatást gyakorolva, az anya és a születendő gyerek fizikai, valamint lelki állapotára.

Kutatásommal egy lépést megethetünk annak irányába, hogy a nőgyógyászati anamnézisben az evészavarra vonatkozó kérdések is benne legyenek.

## 6.1. Evészavarok előfordulásának vizsgálata szépségiparban dolgozóknál Erdélyben és Magyarországon

### 6.1. 1. A kutatás céljai

1. Felmérni az evési attitűdöket, illetve testi attitűdöket szépségiparban dolgozók körében, illetve kontroll csoportban
2. Az evészavarok tüneteinek és szindrómáinak prevalenciájának azonosítása és a kapott eredmények összehasonlítása a nemzetközi szinten kapott prevalencia-értékekkel.
3. Azonosítani a testtel való elégedetlenség, evészavar, súlycsökkentő viselkedések prediktorait

### 6.1. 2. A kutatás hipotézisei

1. A szépségiparban dolgozók kedvezőtlenebb evési és testi attitűdökkel rendelkeznek a nem szépségiparban dolgozókhöz képest.
2. A szépségiparban való munka a testképzavar és evészavar kialakulására hajlamosít.

### 6.1.3. Módszerek

#### 6.1.3.1 Vizsgálati személyek

Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkban Magyarországon, valamint Erdélyben élő (magyar anyanyelvű) szépségiparban dolgozó (fodrászok, kozmetikusok, manikűrösök, pedikűrösök, fitnessz oktatók és szoláriumban dolgozók), valamint nem a szépségipar területén tevékenykedő felnőttek vettek részt.

A kérdőívet összesen 543 személy (498 nő és 45 férfi) töltötte ki: Erdélyben 276 fő (246 nő, 30 férfi), Magyarországon pedig 267 személy (252 nő és 15 férfi). Az alacsony elemszámra való tekintettel a férfiakat kizártuk a vizsgálatból. A végső mintát 498 nő alkotta, akiknek 56,2%-a ( $n = 280$ ) dolgozik a szépségiparban. 49,4%-uk ( $n = 246$ ) Erdélyben él. A minta átlagéletkora 34,6 év ( $SD = 10,2$  év; terjedelem 18–64 év). A magyarországi almintá átlagéletkora (35,5 év;  $SD = 11,2$  év) tendenciaszinten magasabb, mint az erdélyi almintáé (átlag: 33,7;  $SD = 9,1$ ;  $t_{(474)} = 1,879$ ;  $p = 0,061$ ; Cohen  $d = 0,17$ ).

A válaszadók 19,2%-a ( $n = 95$ ) alapfokú, 66,9%-a ( $n = 332$ ) középfokú, 13,9%-a ( $n = 69$ ) pedig felsőfokú iskolai végzettséggel bír. Az erdélyi almintában a magyarországi

almintához képest nagyobb arányban fordulnak elő a magasabban kvalifikált válaszadók ( $\chi^2_{(2)} = 23,184$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 6.1.3.2 Eljárás

A vizsgálat az Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) jóváhagyásával készült (835/PI/2012).

A vizsgálat során nem valószínűségi mintavételt alkalmaztunk, nevezetesen hozzáférhetőségi és hólabda mintavételt (Babbie, 2004). Az erdélyi mintában a kérdőívek terjesztését személyesen végeztem, az alábbi városokban: Marosvásárhely, Gyergyószentmiklós, Székelyudvarhely, Csíkszereda, Kolozsvár, Nagyvárad. Mivel Erdélyben a szépségipari mintában minden kitöltőt személyesen kerestünk meg, ezért a válaszadási arány 100% volt.

Magyarországon a következő városokban történt az adatgyűjtés: Budapest, Debrecen, Nyíregyháza, Szolnok, Hajdúböszörmény, Kisvárd. A magyarországi mintában a válaszadási arány 85%-os volt. A vizsgálatban való részvétel informált beleegyezéssel, önkéntesen és névtelenül történt, a kérdőívcsomag kitöltése 20-25 percet vett igénybe.

#### 6.1.3.3. Mérőeszközök

*Alapadatok:* Adatokat gyűjtöttünk a válaszadók nemére, életkorára, iskolai végzettségére, lakóhelyére és foglalkozására.

*Antropometriai adatok és tápláltsági állapot:* Rákérdeztünk a résztvevők testmagasságára (cm) és jelenlegi testsúlyára (kg), illetve kívánatosnak tartott testsúlyára. Ez alapján kiszámítottuk a testtömegindexet (body mass index, BMI), amely a testsúlynak és a testmagasság négyzetének hányadosa ( $\text{kg/m}^2$ ). A tápláltsági állapot meghatározása a BMI kategorizációja (WHO, 1998) alapján történt: alultáplált ( $\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), normális súlyú ( $\text{BMI} = 18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$ ), túlsúlyos ( $\text{BMI} = 25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ ) és elhízott/obez ( $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). A tápláltsági állapot megítélésére az alábbi válaszlehetőségek álltak a résztvevők rendelkezésére: 1) nagyon alacsony súlyú, 2) alacsony súlyú, 3) átlagos, 4) túlsúlyos és 5) erősen túlsúlyos. Megtudakoltuk azt is, hogy mit tartana kívánatos testsúlynak önmaga számára a válaszadó. Az aktuális és kívánatos testsúly különbségét képezve egy testsúllyal kapcsolatos én-énideál diszkrepancia mutatót kaptunk, amely a testtel való elégedetlenség szintjének egyik, a szakirodalomban széles körben elterjedt mérőeszköze (Thompson, 1996). Ha a két szám különbsége nulla, az azt jelzi, hogy a személy ideálisnak tartja a jelenlegi

testsúlyát önmaga számára. Ez a testtel való elégedettségként értelmezhető. Ha a két szám különbsége negatív, az azt jelzi, hogy a személy soványabbnak érzi magát, mint amilyen a véleménye szerint ideális esetben lenne, tehát a hízásra irányuló vágyat tükrözi. Végül, amennyiben a tényleges és az ideálisnak tartott testsúly különbségéből képzett mutató pozitív előjelű, ez arra utal, hogy a személy testesebb annál, mint amit ideálisnak vél önmaga számára, így a karcsúság iránti vágyat tükrözi. Minél nagyobb ez az érték, annál nagyobb távolságot lát a válaszadó az aktuális és a vágyott testsúlya között, azaz annál nagyobb az én-énideál diszkrepancia. A kíváncsi testsúly segítségével a válaszadó által az önmaga számára kíváncsinak tartott BMI is kiszámításra került.

*Múltbéli evészavar:* Eldöntendő kérdéssel (válaszlehetőségek: igen, nem) tudakoltuk meg, hogy kezelték-e már a válaszadókat étvágy- vagy testsúlyzavar miatt. A kezelési mód megadására az alábbi lehetőségek közül választhattak: 1) gyógyszerrel, 2) pszichológiai segítségnyújtással, 3) kórházban.

Menzesszel kapcsolatos kérdések esetében is önbeszámolós módszert alkalmaztunk, arra vonatkozóan voltak kérdéseink: Hány éves korában volt az első havi vérzése?; Hány éves korában vált rendszeressé?; Volt-e olyan, hogy a vérzése 2 hónapnál tovább kimaradt és nem volt terhes?

Az alkohol, kávé és cigaretta fogyasztása esetében is az önbeszámolós módszert alkalmaztuk. (Milyen gyakran fogyaszt? (bort, sört, pezsgőt) 1- naponta, 7 - soha végpontokkal. Naponta hány kávét iszik? / Dohányzik-e és amennyiben igen, naponta átlagban hány cigarettát szív el?)

A szépségápolással kapcsolatos kérdések a gyakoriságra: Milyen gyakran jár fodrászhoz, kozmetikushoz, szoláriumba, szaunába? A válaszlehetőségek 1 - hetente, 8 - soha végpontok között voltak. Ugyanakkor átlagban a szépségápolásra költött pénz mennyiségére is vonatkozott kérdésünk.

A válaszadók az SF-36 Egészségprofil Kérdőívéből (Czimbalmos, Nagy, Varga és Husztik, 1999; Ware és Sherbourne, 1992) származó tételen a kiváló (1) és a rossz (5) végpontok között ítélték meg az egészségi állapotukat.

*Testedzés:* Rákérdeztünk a folytatott sportolás gyakoriságára (válaszlehetőségek: hetente hány alkalommal), típusára (válaszlehetőségek: gyaloglás, torna, jóga, futás, kocogás, úszás, aerobics, fitness, pilates, munkával kapcsolatos, tánc, csapatsport) és céljára.

Az *Evészavartünetek Súlyossági Skálája* (Eating Behaviour Severity Scale; Yager és mtsai, 1987) az AN és BN tüneteinek értékelésére szolgáló önpontozó kérdőív, amely a falásrohamok, valamint a súlycsökkentő viselkedések (falásrohamok, hashajtó, vízhajtó, étvágycsökkentő használat, testedzés, diétázás, hányás) gyakoriságát méri az elmúlt három

hónapra és az elmúlt 4 hétre vonatkozóan. A válaszlehetőségek: 1 - soha, 7 - naponta többször végpontok között voltak.

*Az Evési Attitűdök Tesztje* (Eating Attitudes Test; Garner és Garfinkel, 1979; Túry és mtsai, 1990) azon evési attitűdök kimutatására alkalmas, amelyek az anorexia nervosa, valamint a bulimia nervosa veszélyét hordozzák magukban. A kérdőív rövidített, 26 tételes (egyeses és fordított tételek egyaránt) változatát használtuk. Likert-típusú kérdőív, soha (1) és mindig (6) végpontok közötti válaszlehetőségekkel. A maximálisan elérhető pontszám 78. A kérdőívnek 3 alskálája van: 1) diétázás alskála: a súlykontrolláló viselkedéseket, valamint az elhízástól való félelmet vizsgálja (kóros ponthatár 20 pont), 2) orális kontroll alskála: az egyén súlykontrollálással kapcsolatos kontrollját méri (kóros ponthatár 10 pont), 3) bulimia alskála: a táplálkozással való fokozott foglalkozást, valamint a bulimiára való hajlamot méri (kóros ponthatár 10 pont). A magasabb érték patológiás evési attitűdre utal. A jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach- $\alpha$  = 0,778).

*Testi Attitűdök Tesztje* (Body Attitude Test; BAT; Probst és mtsai, 1995; Túry és Szabó, 2000): önbeszámoló kérdőív, amely a szubjektív testélményt és a saját testtel kapcsolatos attitűdöket méri. 20 tételből (18 egyeses és 2 fordított) áll, amelyeket 6-fokozatú, Likert-típusú skálán kell értékelni a soha (0) és a mindig (5) végpontok között. A maximálisan elérhető pontszám 100. Minél magasabb az elért pontszám, annál kedvezőtlenebb a testélmény. A kérdőív kritikus pontértéke 36 pont, amely felett kórosnak tekinthetők a testi attitűdök. Három alskálából áll. 1. A testméret negatív értékelése alskála az arra való hajlamot méri, hogy a személy túlzottan nagynak találja egyes testrészeit, illetve kövérnek érzi magát. 2. A saját test ismeretének hiányos volta alskála tételei a testtel kapcsolatos szorongás és distressz élményét képezik le. 3. Végül a testtel való általános elégedetlenség alskála a külső megjelenéssel való általános elégedetlenség mértékét jelzi. A mérőeszköz konstruktum validitása és megbízhatósága megfelelő (Probst és mtsai, 2008; Czeglédi, Urbán és Csizmadia, 2010). A jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach- $\alpha$  = 0,891).

*Az Evészavar Kérdőív* (Eating Disorders Inventory, Garner és mtsai, 1983; Túry, Sáfrán, Wildmann és László, 1997) Testtel való elégedetlenség alskálája, a testtel való elégedetlenség fokát, valamint azon meggyőződést tükrözi, hogy valamelyik testrésznek változnia kell. Kilenc egyeses és fordított tételt tartalmaz, a tételek Likert-típusú skálán értékelendők, a soha (1) és mindig (6) végpontok között. A mérőeszköz magyar nyelvű változatának pszichológiai elemzése jó eredménnyel zárult (Túry és mtsai, 1997).

A jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach-  $\alpha = 0,787$ ).

Az *Emberalakrajzok Tesztje* (Fallon és Rozin, 1985; Túry és Szabó, 2000) 9 férfi és 9 női alakot ábrázol, fekete-fehér sematikus rajzformában. Különböző tápláltsági állapotú alakokat jelenítenek meg balról jobbra haladva a nagyon soványtól az extrém kövérig. A képek alatt hét kérdés áll, és a test alakjára vonatkozó kérdéseket tartalmaz. A különböző tápláltsági állapotú emberi testalakok közül az egyénnek ki kell választania a számára aktuális, ideális, legvisszataszítóbb, illetve szerinte az ellenkező nemnek leginkább tetsző testalakot. A tesztet Magyarországon Szabó Pál 1990-ben használta elsőként, egyetemisták és felnőttek evészavar epidemiológiai felmérésében alkalmazta (Szabó, 1994).

A *Testtel Kapcsolatos Befektetések Skálája* (Body Investment Scale; Orbach és Mikulincer, 1998) 24 tételes (egyeses és fordított tételek egyaránt), Likert-típusú skála, egyáltalán nem értek egyet (1), teljes mértékben egyetértek (5) végpontok között. A testképet és a testtel kapcsolatos attitűdöket vizsgálja. 4 alskálája van: 1) testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök, 2) testi kontaktus, 3) testápolás, 4) testvédelem. A magasabb pontszám pozitívabb testtel kapcsolatos (testvédelmem, testápolás, érintés) gondolatokat jelent. A kérdőívet Orbach szíves engedélyével a disszertáció szerzője adaptálta magyar nyelvre, az előírásoknak megfelelően több lépésben (fordítás, egy független személy általi visszafordítás, majd az eredeti és a visszafordított változatok összevetése a magyar változat korrekciója céljából).

A jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach-  $\alpha = 0,729$ ).

## 6.2. Diagnosztikai kritériumok

A kérdőívek alapján a DSM-IV (2000) diagnosztikai rendszerét figyelembe véve az evészavarok diagnózisait a következő kritériumok alapján határoztuk meg:

7.táblázat. Az evészavarok (klinikai és szubklinikai) diagnózisai a DSM-IV alapján

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anorexia nervosa:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- BMI &lt; 17,5 kg/m<sup>2</sup></li><li>- Rendszertelen menstruáció EAT összpontszám &gt; 19</li></ul>                  | <b>Bulimia nervosa:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Minimum heti két falásroham az EBSS alapján</li><li>- Minimum heti két súlycsökkentő viselkedés</li><li>- EAT összpontszám &gt; 19</li></ul>                      |
| <b>Szubklinikai anorexia nervosa:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- BMI = 17,5–19,0 kg / m<sup>2</sup></li><li>- Rendszertelen menstruáció EAT összpontszám &gt; 19</li></ul> | <b>Szubklinikai bulimia nervosa:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Falásroham legalább hetente egyszer az EBSS alapján</li><li>- Minimum heti két súlycsökkentő viselkedés</li><li>- EAT összpontszám &gt; 19</li></ul> |

### EDNOS (másképpen nem osztályozott evészavar)

#### Falászavar

Minimum heti két falásroham az EBSS alapján, egyéb súlycsökkentő viselkedés jelenléte nélkül

#### Kompenzáló viselkedések

Hetente minimum három előforduló súlycsökkentő viselkedés egyidejű jelenléte az EBSS alapján

#### Normális súlyú AN

Az AN minden kritériumrendszerét teljesíti, de normális testsúlyú

### 6.3. Statisztikai módszerek

A kérdőívek belső megbízhatóságának ellenőrzésére Cronbach- $\alpha$  mutatót számítottunk.

A normális eloszlású folytonos változók esetében kétszemponos (a szóráshomogenitás sérülése esetében robusztus kétszemponos) varianciaanalízist, a nem normális eloszlású folytonos változók esetében pedig kétszemponos rang-varianciaanalízist alkalmaztunk a szépségiparban dolgozók a kontroll csoport összehasonlítására, a származási ország (magyarországi vs. erdélyi) kontrollálásával.

Diszkrét változók esetében khi-négyzet próbát alkalmaztunk a szépészek és a kontroll csoport összehasonlítására.

A foglalkozás és a testképzavar, illetve evészavar kapcsolatára vonatkozó hipotéziseinket bináris lineáris regresszió elemzéssel teszteltük a származási ország, az életkor, a BMI és az iskolai végzettség kontrollja mellett.

## 7. Eredmények

### 7.1. A vizsgálat alapstatisztikája

A származási ország kontrollja mellett a foglalkozás egyedül a testsúlyra vonatkozó én-énideál diszkrepanciával mutat szignifikáns kapcsolatot: a szépségiparban dolgozók nagyobb mértékű súlyfelesleget észlelnek, mint a kontrollcsoport tagjai ( $F_{(1)} = 5,021$ ,  $p = 0,026$ ). A származási ország azonban több esetben szignifikáns főhatással bír.

Az erdélyi válaszadók fiatalabbak ( $F_{(1)} = 4,683$ ,  $p = 0,031$ ), karcsúbbak (testsúly:  $F_{(1)} = 27,490$ ,  $p < 0,001$ ; BMI:  $F_{(1)} = 26,569$ ,  $p < 0,001$ ), kisebb mértékű súlyfelesleget észlelnek ( $F_{(1)} = 11,369$ ,  $p < 0,001$ ), és alacsonyabb testsúlyra vágnak (kívánt testsúly:  $F_{(1)} = 26,671$ ,  $p < 0,001$ ; kívánt BMI:  $F_{(1)} = 25,663$ ,  $p < 0,001$ ), mint a vizsgálat magyarországi résztvevői. Szignifikáns foglalkozás x ország interakció egyedül az életkor esetében jelentkezett ( $\chi^2_{(1)} = 5,599$ ,  $p = 0,018$ ), nevezetesen a magyarországi almintában a kontrollcsoport idősebb, az erdélyi almintában pedig fiatalabb, mint a szépségiparban dolgozók csoportja. Az eredmények a 8. táblázatban láthatók.

8.táblázat. Demográfiai és antropometriai adatok

| Változó                                           | Szépségiparban dolgozók átlag (SD) |                | Kontroll csoport átlag (SD) |                | F-érték (foglalkozás) | F-érték (ország)        | F-érték/<br>$\chi^2$ -érték (foglalkozás xx ország) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                   | Magyarország (n=157)               | Erdély (n=123) | Magyarország (n=95)         | Erdély (n=123) |                       |                         |                                                     |
| Életkor (év)                                      | 34,6 (11,69)                       | 34,6 (9,75)    | 36,9 (10,33)                | 32,7 (8,00)    | $F_{(1)} = 0,003$     | $F_{(1)} = 4,683^*$     | $\chi^2_{(1)} = 5,599^*$                            |
| Testmagasság (cm)                                 | 165,2 (6,23)                       | 163,9 (6,28)   | 164,4 (6,19)                | 164,5 (6,40)   | $F_{(1)} = 0,065$     | $F_{(1)} = 1,072$       | $F_{(1)} = 1,424$                                   |
| Jelenlegi testsúly (kg)                           | 64,2 (11,92)                       | 60,0 (9,95)    | 64,2 (12,55)                | 57,7 (9,99)    | $F_{(1)} = 1,149$     | $F_{(1)} = 27,490^{**}$ | $\chi^2_{(1)} = 1,337$                              |
| Kívánt testsúly (kg)                              | 58,7 (6,92)                        | 55,8 (7,03)    | 59,1 (7,42)                 | 55,4 (6,44)    | $F_{(1)} = 0,000$     | $F_{(1)} = 26,671^{**}$ | $F_{(1)} = 0,403$                                   |
| Testsúlyra vonatkozó énépideál diszkrepancia (kg) | 5,8 (7,46)                         | 4,2 (4,85)     | 4,9 (7,46)                  | 2,4 (5,57)     | $F_{(1)} = 5,021^*$   | $F_{(1)} = 11,369^{**}$ | $\chi^2_{(1)} = 0,755$                              |
| Jelenlegi BMI (kg/m <sup>2</sup> )                | 23,5 (4,30)                        | 22,3 (3,33)    | 23,8 (4,66)                 | 21,3 (3,41)    | $F_{(1)} = 0,866$     | $F_{(1)} = 26,569^{**}$ | $\chi^2_{(1)} = 2,953^+$                            |
| Kívánt BMI (kg/m <sup>2</sup> )                   | 21,5 (2,36)                        | 20,8 (2,18)    | 21,8 (2,45)                 | 20,4 (1,87)    | $F_{(1)} = 0,025$     | $F_{(1)} = 25,663^{**}$ | $\chi^2_{(1)} = 2,961^+$                            |

Megjegyzés: <sup>+</sup>  $p < 0,10$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## 7.2. Egészségi állapot

A vizsgálatban résztvevők egy ötfokú skálán értékelték egészségi állapotukat (1 - kiváló, 2 - nagyon jó, 3 - jó, 4 - tűrhető, 5 - rossz). Az egészségi állapot szubjektív megítélése tekintetében különböztek a csoportok egymástól ( $\chi^2 = 11,325$ ;  $p = 0,023$ ), a szépségiparban dolgozók jobb egészségi állapotnak (10,4% kiváló, 15,1% nagyon jó, 50,7% jó) örvendenek, mint a kontroll csoporthoz tartozó társaik (5% kiváló, 15,1% nagyon jó, 54,6% jó).

## 7.3. Egészségkárosító magatartások

Az egészségkárosító magatartások: az alkoholfogyasztás ( $\chi^2_{(1)} = 15,182$ ,  $p = 0,019$ ), kávéfogyasztás ( $t_{(484)} = 5,059$ ,  $p = 0,0006$ ), dohányzás ( $\chi^2_{(1)} = 10,619$ ,  $p = 0,001$ ) tekintetében is a szépségiparban mutatnak magasabb, valamint gyakoribb értékeket. Az eredményeket a 9. táblázatban láthatjuk.

9.táblázat. Az egészségkárosító magatartások gyakorisága a vizsgált mintákban

| Változó             |         | Szépségiparban dolgozók<br>átlag (SD) | Kontroll csoport<br>Átlag (SD) |                               |
|---------------------|---------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Alkoholfogyasztás   | hetente | 27<br>(12,9%)                         | 8<br>(4,5%)                    | $\chi^2_{(1)} = 15,182^*$     |
|                     | havonta | 24<br>(11,4%)                         | 37<br>(21,5%)                  |                               |
|                     | ritkán  | 88<br>(41,9%)                         | 64<br>(36,2%)                  |                               |
|                     | soha    | 71<br>(33,8%)                         | 67<br>(37,9%)                  |                               |
| Napi kávéfogyasztás |         | 1,7<br>(1,44)                         | 1,1<br>(1,14)                  | $t_{(484)} = 5,059^{***}$     |
| Cigarettazik :      | igen    | 108<br>(39,3%)                        | 55<br>(25,3%)                  | $\chi^2_{(1)} = 10,619^{***}$ |
|                     | nem     | 167<br>(60,7%)                        | 162<br>(74,7%)                 |                               |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

#### 7.4 . Egészségmagatartás

A heti mozgásos aktivitás gyakorisága tekintetben nem találtunk különbséget a csoportok között. A sportolás célja esetében a szépségiparban dolgozók gyakrabban jelezték azt, hogy fogyás miatt (16,7%), illetve a testtel való elégedetlenség (12,3%) miatt sportolnak, azonban ez a kapott különbség nem szignifikáns ( $\chi^2 = 2,246$ ,  $p = 0,523$ ).

#### 7.5. Testápolás

A testápolást tekintve jelentős különbség van a két csoport között, a szépségiparban dolgozók gyakrabban járnak kozmetikushoz, fodrászhoz, manikűröshöz, pedikűröshöz, szoláriumba, valamint szaunába, mint a kontroll csoporthoz tartozó társaik. Annak ellenére, hogy a szakmabeliek ismerik egymást, és általában nem szoktak pénz ellenében dolgozni egymásnak, a szépségiparban dolgozók mégis jelentősen ( $z_{(487)} = 0,138$ ,  $p = 0,021$ ) több pénzt költenek havonta szépségápolásra, mint a kontroll csoport tagjai.

## 7.6. Testi attitűdök és evészavartünetek

A válaszadók 7,3%-át ( $n = 36$ ) kezelték már élete során étvágy- vagy testsúlyzavar miatt. E tekintetben nem mutatkozott szignifikáns különbség a szépségiparban dolgozók és a kontrollcsoport között (6,5% vs. 8,3%;  $\chi^2_{(1)} = 0,581$ ;  $p = 0,446$ ). A kezeléstípusok közül a gyógyszeres kezelés dominált (87,9%,  $n = 29$ ). Kórházi kezelésben 3 személy (9,1%), pszichológiai segítségnyújtásban pedig 1 válaszadó (3,0%) részesült.

A testtel kapcsolatos érzések és attitűdök a szépségiparban dolgozók körében szignifikánsan kedvezőbbek, mint a kontrollcsoport tagjainál ( $F_{(1)} = 264,30$ ;  $p < 0,001$ ). A származási ország főhatása is megjelent, ugyanis az erdélyi válaszadók szignifikánsan kedvezőbb testi érzésekkel és attitűdökkel jellemezhetők, mint a magyarországiak ( $F_{(1)} = 6,934$ ;  $p = 0,009$ ).

A fentiekén túl a foglalkozás x származási ország interakciója is szignifikánsnak bizonyult ( $\chi^2_{(1)} = 10,879$ ;  $p = 0,001$ ). A szépségiparban dolgozók emellett szignifikánsan jobban óvják, védik a testüket, mint a kontrollcsoport válaszadói ( $F_{(1)} = 222,143$ ;  $p < 0,001$ ). E tekintetben ugyancsak megmutatkozott a foglalkozás  $\times$  származási ország szignifikáns interakciója ( $\chi^2_{(1)} = 30,118$ ;  $p < 0,001$ ). Mindkét esetben a magyarországi válaszadók körében volt nagyobb a különbség a szépségiparban dolgozók csoportja és a kontrollcsoport között. A fentiekén túl a testi kontaktust a magyarországi válaszadók szignifikánsan kellemesebbnek élik meg ( $F_{(1)} = 39,707$ ;  $p < 0,001$ ), emellett szignifikánsan jobban ápolják a testüket ( $F_{(1)} = 10,504$ ;  $p = 0,001$ ), mint a vizsgálat erdélyi résztvevői.

Az evési attitűdök esetében megmutatkozik a foglalkozás főhatása, nevezetesen a szépségiparban dolgozók körében a kontroll csoport tagjaihoz képest szignifikánsan kedvezőtlenebbek az evési attitűdök ( $F_{(1)} = 7,010$ ;  $p = 0,008$ ). Ezen belül a diétázásra való hajlam ( $F_{(1)} = 3,905$ ;  $p = 0,049$ ) és a bulimiára való hajlam ( $F_{(1)} = 14,770$ ;  $p < 0,001$ ) jelenik meg nagyobb mértékben a szépsézeseknél. Ez utóbbi esetében a származási ország is szignifikáns főhatással bír, ugyanis az erdélyi válaszadókra szignifikánsan jobban jellemzők a bulimiás tendenciák, mint a magyarországi résztvevőkre ( $F_{(1)} = 3,887$ ;  $p = 0,049$ ).

Az orális kontroll esetében ugyanakkor a származási ország kapcsán tendencia szintű főhatás mutatkozott, nevezetesen az erdélyi válaszadókra jobban jellemző ez a fajta evési attitűd ( $F_{(1)} = 3,483$ ;  $p = 0,063$ ), emellett a foglalkozás x ország tendencia szintű interakciója is megjelent ( $F_{(1)} = 2,735$ ;  $p = 0,099$ ). Az eredményeket a 10. táblázatban mutatjuk be részletesen.

10.táblázat. A foglalkozás és egyéb pszichológiai változók közötti összefüggések

| Változó                                                        | Szépségiparban dolgozók<br>Átlag (SD) |                   | Kontroll csoport<br>átlag (SD) |                   | F-érték<br>(foglalkozás) | F-érték<br>(ország)    | F-érték/<br>$\chi^2$ -érték<br>(foglalkozásx<br>ország) |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                | Magyar-<br>ország<br>(n = 157)        | Erdély<br>(n=123) | Magyar-<br>ország<br>(n = 95)  | Erdély<br>(n=123) |                          |                        |                                                         |
| Testi Attitűdök<br>Tesztje (BAT)<br>összpont                   | 30,3<br>(16,67)                       | 28,0<br>(14,77)   | 29,8<br>(16,03)                | 28,9<br>(14,99)   | $F_{(1)} = 0,014$        | $F_{(1)} = 1,181$      | $F_{(1)} = 0,245$                                       |
| Testi<br>elégedetlenség<br>(EDI)                               | 9,6<br>(7,01)                         | 9,0<br>(6,62)     | 8,7<br>(7,56)                  | 9,1<br>(5,98)     | $F_{(1)} = 0,423$        | $F_{(1)} = 0,040$      | $F_{(1)} = 0,652$                                       |
| Testtel<br>kapcsolatos<br>érzések és<br>attitűdök (BIS)        | 22,6<br>(4,91)                        | 22,3<br>(3,92)    | 15,9<br>(2,14)                 | 17,9<br>(4,13)    | $F_{(1)}=264,300^{***}$  | $F_{(1)} = 6,934^{**}$ | $\chi^2_{(1)}=10,879^{***}$                             |
| A másokkal<br>való testi<br>kontaktus<br>kellemessége<br>(BIS) | 21,0<br>(4,12)                        | 18,8<br>(3,44)    | 21,1<br>(2,82)                 | 19,5<br>(2,78)    | $F_{(1)} = 2,275$        | $F_{(1)}=39,707^{***}$ | $\chi^2_{(1)} = 1,227$                                  |
| A test<br>ápolásával való<br>törődés (BIS)                     | 26,6<br>(3,08)                        | 25,6<br>(3,08)    | 26,1<br>(2,77)                 | 25,3<br>(2,76)    | $F_{(1)} = 1,838$        | $F_{(1)}=10,504^{**}$  | $F_{(1)} = 0,106$                                       |
| A test<br>védelmébe való<br>befektetés<br>(BIS)                | 24,8<br>(3,08)                        | 23,6<br>(3,22)    | 18,8<br>(2,68)                 | 20,9<br>(3,76)    | $F_{(1)}=222,143^{***}$  | $F_{(1)} = 2,120$      | $\chi^2_{(1)}=30,118^{***}$                             |
| Evési Attitűdök<br>Tesztje (EAT-<br>26) összpont               | 8,1<br>(7,59)                         | 9,3<br>(8,62)     | 6,8<br>(5,70)                  | 7,2<br>(5,92)     | $F_{(1)}=7,010^{**}$     | $F_{(1)} = 1,496$      | $\chi^2_{(1)} = 0,449$                                  |
| Diétázás (EAT-<br>26)                                          | 5,5<br>(5,81)                         | 6,3<br>(6,50)     | 5,1<br>(5,09)                  | 4,4<br>(4,77)     | $F_{(1)} = 3,905^*$      | $F_{(1)} = 0,017$      | $F_{(1)} = 1,641$                                       |
| Orális kontroll<br>(EAT-26)                                    | 2,1<br>(2,50)                         | 2,2<br>(2,59)     | 1,8<br>(2,05)                  | 2,4<br>(2,17)     | $F_{(1)} = 0,188$        | $F_{(1)} = 3,483^+$    | $F_{(1)} = 2,735^+$                                     |
| Bulimia (EAT-<br>26)                                           | 0,5<br>(1,41)                         | 0,8<br>(1,68)     | 0,2<br>(0,90)                  | 0,4<br>(1,10)     | $F_{(1)}=14,770^{***}$   | $F_{(1)} = 3,887^*$    | $F_{(1)} = 0,000$                                       |

Megjegyzés:  $^+ p < 0,10$ ;  $^* p < 0,05$ ;  $^{**} p < 0,01$ ;  $^{***} p < 0,001$

Tekintettel arra, hogy a Testi Attitűdök Tesztje, a Testi elégedetlenség alskála és az Evési Attitűdök Tesztje esetében is rendelkezésre állnak a kóros tartomány kijelölésére szolgáló kritikus pontértékek, összehasonlítottuk a patológiás tartományba tartozók

előfordulási gyakoriságát a szépségiparban dolgozók és a kontrollszemélyek között (11. táblázat).

11.táblázat. A testi, evési attitűdök és testtel való elégedetlenség tekintetében normális és patológiás eloszlása a vizsgált mintákban

| Változók                         | Csoport   | Normális<br>tartomány<br>n<br>(%) | Patológiás<br>tartomány<br>n<br>(%) | $\chi^2_{(1)}$ |
|----------------------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Testi Attitűdök Tesztje (BAT)    | Szépészek | 213                               | 67                                  | 1,570          |
|                                  |           | (76,1%)                           | (23,9%)                             |                |
|                                  | Kontroll  | 155                               | 63                                  |                |
|                                  |           | (71,1%)                           | (28,9%)                             |                |
| Testi elégedetlenség (EDI)       | Szépészek | 256                               | 23                                  | 0,000          |
|                                  |           | (91,8%)                           | (8,2%)                              |                |
|                                  | Kontroll  | 199                               | 18                                  |                |
|                                  |           | (91,7%)                           | (8,3%)                              |                |
| Evési Attitűdök tesztje (EAT-26) | Szépészek | 249                               | 28                                  | 2,662          |
|                                  |           | (89,9%)                           | (10,1%)                             |                |
|                                  | Kontroll  | 203                               | 13                                  |                |
|                                  |           | (94,0%)                           | (6,0%)                              |                |
| Diétázás (EAT-26)                | Szépészek | 264                               | 14                                  | 8,729***       |
|                                  |           | (95,0%)                           | (5,0%)                              |                |
|                                  | Kontroll  | 217                               | 1                                   |                |
|                                  |           | (99,5%)                           | (0,5%)                              |                |
| Orális kontroll (EAT-26)         | Szépészek | 272                               | 7                                   | 1,726          |
|                                  |           | (97,5%)                           | (2,5%)                              |                |
|                                  | Kontroll  | 215                               | 2                                   |                |
|                                  |           | (99,1%)                           | (0,9%)                              |                |
| Bulimia (EAT-26)                 | Szépészek | 279                               | 0                                   | NA             |
|                                  |           | (100,0%)                          | (0,0%)                              |                |
|                                  | Kontroll  | 216                               | 0                                   |                |
|                                  |           | (100,0%)                          | (0,0%)                              |                |

Megjegyzés: \*\*\*  $p < 0,001$ . NA: nem alkalmazható.

A khi-négyzet-próba eredményei szerint egyedül a diétázásra való hajlamban mutatkozik szignifikáns különbség, nevezetesen a szépészek körében gyakoribb a kóros mértékű diétázás ( $\chi^2_{(1)} = 8,729$ ;  $p = 0,003$ ). A többszörös bináris logisztikus regresszió elemzés eredménye szerint a foglalkozás a származási ország, életkor, BMI és iskolai végzettség kontrollja mellett is szignifikáns prediktora a patológiás diétázásnak (OR = 10,56;  $p = 0,024$ ). A modellben, amelynek magyarázó ereje (Nagelkerke  $R^2$  13,3%) az iskolai végzettség tendencia szintű kapcsolatot mutat a diétázással, nevezetesen a középfokú iskolai

végzettségűek körében a kóros diétázás tendenciaszinten ritkábban fordul elő, mint a legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel bíró válaszadóknál (OR = 0,34; p = 0,083). Az eredményeket a 12. táblázatban láthatjuk.

12.táblázat. A patológiás diétázás prediktorai

| Prediktor változók                    |           | OR                | OR CI <sub>95</sub> |
|---------------------------------------|-----------|-------------------|---------------------|
| Foglalkozás (0: kontroll, 1: szépész) |           | 10,56*            | 1,36–82,18          |
| Ország (0: Magyarország, 1: Erdély)   |           | 1,85              | 0,58–5,85           |
| Életkor                               |           | 1,01              | 0,95–1,07           |
| BMI                                   |           | 1,05              | 0,91–1,22           |
| Iskolai végzettség                    | Középfokú | 0,34 <sup>+</sup> | 0,10–1,15           |
|                                       | Felsőfokú | 0,76              | 0,16–3,67           |

Megjegyzés: <sup>+</sup> p < 0,10; \* p < 0,05. OR: esélyhányados (odds ratio). CI<sub>95</sub>: 95%-os megbízhatósági intervallum.

A testsúlykontrolláló magatartások és a falásroham előfordulási gyakoriságát khi-négyzet-próbával hasonlítottuk össze a szépségiparban dolgozók és a kontrollcsoport között.

Az eredmények szerint a szépségiparban dolgozók körében szignifikánsan gyakrabban fordul elő diétázás ( $\chi^2_{(3)} = 13,711$ ; p = 0,003) és vízhajtó-használat ( $\chi^2_{(3)} = 15,095$ ; p = 0,002), emellett tendenciaszinten gyakoribb az étvágycsökkentők használata ( $\chi^2_{(3)} = 5,630$ ; p = 0,050) és a falásrohamok megjelenése ( $\chi^2_{(3)} = 6,500$ ; p = 0,090), mint a kontrollcsoport tagjainál. Az eredményeket a 13. táblázatban mutatjuk be részletesen.

13.táblázat. Testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága a vizsgált mintákban

| Magatartás                            | Csoport   | A viselkedés megjelenésének gyakorisága n(%) |                       |                       |                       | $\chi^2_{(3)}$     |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                                       |           | soha                                         | legalább havi egyszer | legalább heti egyszer | legalább napi egyszer |                    |
| Diétázás                              | Szépészek | 100                                          | 103                   | 29                    | 20                    | 13,711**           |
|                                       |           | (39,7%)                                      | (40,9%)               | (11,5%)               | (7,9%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 119                                          | 63                    | 14                    | 15                    |                    |
|                                       |           | (56,4%)                                      | (29,9%)               | (6,6%)                | (7,1%)                |                    |
| Testedzés a testsúly és az alak miatt | Szépészek | 100                                          | 63                    | 54                    | 19                    | 1,463              |
|                                       |           | (42,4%)                                      | (26,7%)               | (22,9%)               | (8,1%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 86                                           | 49                    | 57                    | 15                    |                    |
|                                       |           | (41,5%)                                      | (23,7%)               | (27,5%)               | (7,2%)                |                    |
| Étvágycsökkentők használata           | Szépészek | 199                                          | 13                    | 7                     | 3                     | 5,630 <sup>+</sup> |
|                                       |           | (89,6%)                                      | (5,9%)                | (3,2%)                | (1,4%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 192                                          | 5                     | 2                     | 2                     |                    |
|                                       |           | (95,5%)                                      | (2,5%)                | (1,0%)                | (1,0%)                |                    |
| Hányás                                | Szépészek | 208                                          | 14                    | 0                     | 0                     | 2,370              |
|                                       |           | (93,7%)                                      | (6,3%)                | (0%)                  | (0%)                  |                    |
|                                       | Kontroll  | 182                                          | 14                    | 2                     | 0                     |                    |
|                                       |           | (91,9%)                                      | (7,1%)                | (1,0%)                | (0%)                  |                    |
| Hashajtóhasználat                     | Szépészek | 207                                          | 12                    | 5                     | 1                     | 1,333              |
|                                       |           | (92,0%)                                      | (5,3%)                | (2,2%)                | (0,4%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 186                                          | 8                     | 5                     | 0                     |                    |
|                                       |           | (93,5%)                                      | (4,0%)                | (2,5%)                | (0%)                  |                    |
| Vízajtóhasználat                      | Szépészek | 201                                          | 18                    | 5                     | 5                     | 15,095**           |
|                                       |           | (87,8%)                                      | (7,9%)                | (2,2%)                | (2,2%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 194                                          | 3                     | 2                     | 0                     |                    |
|                                       |           | (97,5%)                                      | (1,5%)                | (1,0%)                | (0%)                  |                    |
| Falásrohamok                          | Szépészek | 164                                          | 53                    | 13                    | 2                     | 6,500 <sup>+</sup> |
|                                       |           | (70,7%)                                      | (22,8%)               | (5,6%)                | (0,9%)                |                    |
|                                       | Kontroll  | 163                                          | 33                    | 5                     | 1                     |                    |
|                                       |           | (80,7%)                                      | (16,3%)               | (2,5%)                | (0,5%)                |                    |

Megjegyzés: <sup>+</sup> p < 0,10; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

A kétváltozós elemzés eredményeképpen a foglalkozással szignifikáns kapcsolatot mutató diétázás és vízajtóhasználat kapcsán többszörös bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük, hogy a szépségiparban való munka előrejelzi-e a legalább havi egy testsúlykontrolláló magatartást a származási ország, az életkor, a BMI és az iskolai végzettség kontrollja mellett.

Az eredmények szerint a foglalkozás a potenciális háttérváltozók kontrollja mellett is szignifikáns prediktorának bizonyult e testsúlycsökkentő stratégiáknak (diétázás: OR = 1,79; p = 0,005; vízajtóhasználat: OR = 4,38; p = 0,005). A nagyobb testtömegindex ugyancsak

szignifikánsan előre jelezte e magatartások legalább havi egyszeri előfordulásának nagyobb esélyét (diétázás: OR = 1,19;  $p < 0,001$ ; vízhajtó-használat: OR = 1,18;  $p = 0,001$ ). Az életkor ugyancsak mindkét magatartással szignifikáns kapcsolatot mutatott, azonban a diétázás a fiatalabbak (OR = 0,96;  $p = 0,001$ ), a vízhajtó-használat pedig az idősebbek körében (OR = 1,06;  $p = 0,004$ ) jelent meg nagyobb eséllyel. Az eredményeket a 14. táblázatban részletezzük.

14.táblázat. A testsúlycsökkentő viselkedések prediktorai

| Prediktor változók                      |           | Legalább havi egy diétázás |                     | legalább havi egy vízhajtó-használat |                     |
|-----------------------------------------|-----------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------|
|                                         |           | OR                         | OR CI <sub>95</sub> | OR                                   | OR CI <sub>95</sub> |
| Foglalkozás (0: kontroll, 1: szépcsész) |           | 1,79**                     | 1,19–2,71           | 4,38**                               | 1,57–12,25          |
| Ország (0: Magyarország, 1: Erdély)     |           | 1,34                       | 0,88–2,04           | 1,06                                 | 0,43–2,60           |
| Életkor                                 |           | 0,96**                     | 0,94–0,99           | 1,06**                               | 1,02–1,10           |
| BMI                                     |           | 1,19***                    | 1,12–1,27           | 1,18**                               | 1,07–1,30           |
| Iskolai végzettség                      | Középfokú | 0,83                       | 0,47–1,45           | 0,67                                 | 0,25–1,81           |
|                                         | Felsőfokú | 0,94                       | 0,46–1,90           | 1,95                                 | 0,51–7,42           |
| Nagelkerke R <sup>2</sup>               |           | 13,8%                      |                     | 25,3%                                |                     |

Megjegyzés: \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

#### 7.7. Evészavar prevalencia a szépségiparban dolgozóknál, illetve a kontroll csoportban

Klinikai súlyosságú evészavart 2 esetben találtunk: AN (0,8%), BN (0,8%) mindkettő az erdélyi szépségipari mintában. A szubklinikai zavarok, valamint a máshová nem osztályozott evészavarok közül a SAN (0,6%), SBN (0,6%), falászavar 1,3%, kompenzáló viselkedés 2,5%, normál súlyú AN 0,6%-os gyakoriságban fordult elő a magyarországi szépségipari mintában. Az erdélyi szépségipari mintában, a szubklinikai zavarok a következő gyakoriság értékeket mutatták: SBN 1,6%, kompenzáló viselkedés 2,4%.

A magyarországi és erdélyi kontroll csoportban nem fordult elő klinikai és szubklinikai súlyosságú evészavar, és a máshová nem osztályozott evészavarok közül a következő gyakoriságértékeket kaptuk: falászavar 1,1% Magyarországon, 2,4% Erdélyben, kompenzáló viselkedések 2,1% Magyarországon, 1,6% Erdélyben.

Az evészavarok tekintetében nem volt különbség a vizsgált minták tekintetében ( $\chi^2_{(3)} = 13,103$ ;  $p = 0,549$ ). Az eredmények a 15. táblázatban láthatók.

15. táblázat. A klinikai és szubklinikai AN és BN, valamint az evészavarok diagnosztikai kritériumainak gyakorisága a vizsgált csoportokban

| Változó                           | Szépségiparban dolgozók  |                    | Kontroll csoport         |                    |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
|                                   | Magyarország<br>n<br>(%) | Erdély<br>n<br>(%) | Magyarország<br>n<br>(%) | Erdély<br>n<br>(%) |
| EAT > 19 pont                     | 10<br>(6,5%)             | 18<br>(14,8%)      | 6<br>(6,5%)              | 7<br>(5,7%)        |
| Rendszertelen menstruáció         | 35<br>(22,4%)            | 30<br>(24,6%)      | 16<br>(17,0%)            | 25<br>(20,7%)      |
| BMI < 17,5 kg/m <sup>2</sup>      | 2<br>(1,3%)              | 3<br>(2,5%)        | 2<br>(2,1%)              | 5<br>(4,1%)        |
| BMI = 17,5–19,0 kg/m <sup>2</sup> | 12<br>(7,6%)             | 16<br>(13,4%)      | 9<br>(9,6%)              | 27<br>(22,0%)      |
| Szubklinikai anorexia nervosa     | 1<br>(0,6%)              | 0<br>(0,0%)        | 0<br>(0,0%)              | 0<br>(0,0%)        |
| Szubklinikai bulimia nervosa      | 1<br>(0,6%)              | 2<br>(1,6%)        | 0<br>(0,0%)              | 0<br>(0,0%)        |
| Anorexia nervosa                  | 0<br>(0%)                | 1<br>(0,8%)        | 0<br>(0,0%)              | 0<br>(0,0%)        |
| Bulimia nervosa                   | 0<br>(0%)                | 1<br>(0,8%)        | 0<br>(0,0%)              | 0<br>(0,0%)        |
| Falászavar                        | 2<br>(1,3%)              | 0<br>(0%)          | 1<br>(1,1%)              | 3<br>(2,4%)        |
| Kompenzáló viselkedés             | 4<br>(2,5%)              | 3<br>(2,4%)        | 2<br>(2,1%)              | 2<br>(1,6%)        |
| Normál súlyú AN                   | 1<br>(0,6%)              | 0<br>(0,0%)        | 0<br>(0,0%)              | 0<br>(0,0%)        |
| Evészavar összesen                | 9<br>(5,6%)              | 7<br>(5,6%)        | 3<br>(3,2%)              | 5<br>(4%)          |

A foglalkozásnak az evészavar megjelenésére vonatkozó előrejelző értékét többváltozós bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük a származási ország és az életkor kontrollja mellett. Sem a foglalkozás (OR = 1,60; OR CI<sub>95</sub>: 0,66–3,88; p = 0,296), sem pedig a származási ország (OR = 0,94; OR CI<sub>95</sub>: 0,41–2,18; p = 0,888) nem bizonyult az evészavar szignifikáns prediktorának. A fiatalabb életkor azonban az evészavar megjelenésének nagyobb esélyével járt együtt (OR = 0,95; OR CI<sub>95</sub>: 0,90–0,99; p = 0,027). A modell által megmagyarázott variancia 4,3%.

## 7.8. A szépségiparban és a kontroll csoportban végzett vizsgálat során kapott eredmények részösszefoglalója

A szépségiparban, valamint a kontroll csoport körében kapott eredményeket a következő szempontok szerint tárgyalom: az országok, foglalkozás tekintetében.

Először a szépségiparban dolgozók, valamint a kontroll csoport demográfiai, majd antropometriai eredményeit mutattam be, ezt követte a táplálkozási szokások, egészségkárosító viselkedésformák, testedzés céljának bemutatása. Ezt követően a testkép és testtel való elégedetlenség dimenzióit vizsgáltam, majd az evészavartünetek és a súlycsökkentő viselkedések és falásrohamok gyakoriságát elemeztem. Harmadszor az Evési Attitűdök Tesztjében, a Testi Attitűdök Tesztjében és a Testi Befektetések teszten elért eredményeket és a patológiás tartományba tartozók gyakoriságát határoztam meg. Utolsósorban a klinikai, szubklinikai és máshova nem sorolható evészavarok előfordulását tárgyaltam.

A szépségipari, valamint kontroll csoportban az antropometriai adatokat összehasonlítva azt találtuk, hogy a szépségiparban nagyobb súlyfelesleget észlelnek, valamint a származási ország tekintetében az erdélyi mintában alacsonyabb testsúlyra vágnak, és kisebb súlyfelesleget észlelnek, mint a magyarországi társaik.

Az egészségi állapot tekintetében a szépségipari mintában jobb egészségi állapotnak örvendenek, mint a kontroll csoporthoz tartozó társaik, és úgy tűnik, hogy a foglalkozás is hajlamosíthat egészségkárosító magatartásra, hiszen a szépségiparban gyakrabban élnek ezen élvezeti szerekkel (kávé, alkohol, cigaretta), mint a kontroll csoporthoz tartozó társaik. A sportolás tekintetében a szépségiparban dolgozók gyakrabban jelezték, hogy fogyás miatt, illetve testtel való elégedetlenség miatt sportolnak, azonban ez a különbség statisztikailag nem szignifikáns.

A testápolás tekintetében a szépségiparban dolgozók ápoltabbak, és több pénzt költenek a testápolás javára, mint a szakmában nem dolgozó társaik.

A szépségiparban dolgozók kedvezőbb testi érzésekkel és attitűdökkel rendelkeznek, mint a kontroll csoportban levő társaik, ezen belül is az erdélyi mintában mutatkozott kedvezőbb attitűd. A testvédelem tekintetében a szépségipari mintában kedvezőbb gyakoriságértékeket kaptunk. Az országok tekintetében is megnyilvánult különbség: a magyarországi mintában a válaszolók jobban ápolják a testüket, és a fizikai kontaktust is kedvezőbben élik meg.

Az evési attitűdök esetében megmutatkozik a foglalkozás főhatása, nevezetesen a szépségiparban dolgozók körében a kontroll csoport tagjaihoz képest szignifikánsan kedvezőtlenebbek az evési attitűdök. Ezen belül a diétázásra való hajlam és a bulimiára való hajlam jelenik meg nagyobb mértékben a szépségeszkeknél. A kétváltozós elemzés eredményeképpen a foglalkozással szignifikáns kapcsolatot mutató diétázás és vízajtó-használat kapcsán többszörös bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük, hogy a szépségiparban való munka előrejelzi-e a legalább havi egy testsúlykontrolláló magatartást a származási ország, az életkor, a BMI és az iskolai végzettség kontrollja mellett. Az eredmények szerint a foglalkozás a potenciális háttérváltozók kontrollja mellett is szignifikáns prediktorának bizonyult e testsúlycsökkentő stratégiáknak (diétázás, vízajtó-használat). Eszerint a szépségiparban dolgozó személyeknél nagyobb eséllyel fordul elő havi egy testsúlycsökkentő viselkedés, mint a kontroll csoport tagjainál.

A foglalkozásnak az evészavar megjelenésére vonatkozó előrejelző értékét többváltozós bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük a származási ország és az életkor kontrollja mellett. A fiatalabb életkor az evészavar megjelenésének nagyobb eséllyel járt együtt. Sem a származási ország, sem pedig a foglalkozás nem bizonyult az evészavar szignifikáns prediktorának, noha a szépségiparban dolgozóknál nagyobb arányban fordult elő az evészavar, ezek szerint a szépségiparban végzett munka nagyobb esélyhányadossal jelzheti előre az evészavarok előfordulását.

## 8. A várandósokkal végzett kutatás bemutatása

### 8.1. A vizsgálat célkitűzései

Online keresztmetszeti kutatásunk célkitűzései a következők voltak:

1. Két várandósággal kapcsolatos kérdőív: a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála (Pregnancy and Weight Gain Attitudes Scale; PWGAS; Palmer, Jennings és Massey, 1985) és a Terhességi Élmények Skála rövidített változata (Brief version of Pregnancy Experience; PES-Brief; DiPietro, Christensen és Costigan, 2008) magyar nyelvre adaptálása.
2. A várandós nők egészségmagatartásának és egészségkárosító magatartásának felmérése
3. A várandós nők mentális egészségének (depresszió, szorongás) felmérése
4. A testkép egyes aspektusainak felmérése, valamint a testtel való elégedetlenség korrelátumainak vizsgálata várandósok körében
5. Az evészavaros kismamák azonosítása és az evészavar prevalenciájának összevetése a hazai és nemzetközi adatokkal; valamint az evészavar korrelátumainak vizsgálata.

Longitudinális vizsgálatunk céljaiként az alábbiakat tűztük ki:

1. Annak felmérése, hogy hogyan alakul a várandósság időtartama alatt a testkép, az evészavar és a súlynövekedés.
2. A súlynövekedés, a mentális egészség (szorongás, depresszió, testkép) és az evészavar a súlykontrolláló viselkedések és a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűd kapcsolatának alakulása és feltárása.

### 8.2. Hipotézisek

A keresztmetszeti vizsgálat hipotézisei

1. Azok a várandósok, akik negatívabb attitűdöt mutatnak a terhességi súlygyarapodást illetően, több súlycsökkentő viselkedéshez folyamodnak, magasabb depresszió, szorongás szint jellemzi őket, mint pozitív attitűdöt mutató társaikat.
2. Az evészavar szempontjából veszélyeztetett várandósok negatívabb terhességi élménnyel rendelkeznek, valamint magasabb depresszió szintet mutatnak, mint az evészavar szempontjából nem veszélyeztetett társaik.

A longitudinális vizsgálat hipotézisei:

1. A terhesség előrehaladtával a testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága, valamint a testtel való elégedetlenség csökken.
2. A terhességi súlynövekedés a testtel való elégedetlenség, a karcsúság iránti készletesség, a szorongás, valamint a depresszió magasabb szintjét eredményezi.

### 7.3. Módszerek

#### 7.3.1. Vizsgálati személyek és eljárás

A vizsgálat az Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) jóváhagyásával készült (836/PI/2012).

Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkban magyar ( $n = 106$ ) és Erdélyben élő, magyar anyanyelvű ( $n = 134$ ) várandós nők vettek részt, informált beleegyezéssel, önkéntes és anonim módon. Az adatgyűjtés hozzáférhetőségi mintavétellel, illetve hólabda-módszer (Babbie, 2004) alkalmazásával történt, több csatornán. A papír-ceruza formátumú kérdőívcsomagot Erdélyben<sup>1</sup> a családorvosi hálózatokban és nőgyógyászati szakambulanciákon megjelenő, Magyarországon<sup>2</sup> pedig a védőnői ellátó rendszerben részt vevő kismamák töltötték ki (100 személy). A kérdőív online formátuma közösségi oldalak (facebook, iwiw) és szakmai körlevelek útján, valamint a 2012 májusában megszervezett Születés hete programsorozat résztvevői és kismama tornára járó várandósok között került terjesztésre. A keresztmetszeti vizsgálatban összesen 240 személy töltötte ki a kérdőívet. A válaszadási arány 90%-os volt. Az adatgyűjtés 2010. december és 2012. július között történt. A kérdőívcsomag kitöltése 35-40 percet vett igénybe. A 16. táblázatban részletesen bemutatjuk a vizsgált mintát.

A prospektív kérdőíves vizsgálatban 50 kismama (56,8% erdélyi, 43,2% magyarországi) vett részt ugyancsak informált beleegyezéssel, önkéntes és anonim módon. Az adatgyűjtés 2011. február és 2012. szeptember között történt. A résztvevőket az erdélyi mintában<sup>3</sup> a családorvosi rendszerből, a magyarországi mintában<sup>4</sup> pedig a védőnői rendszerből értem el. Az adatgyűjtés 2011. július és 2012. augusztus között zajlott. A kérdőívcsomag kitöltése 35-40 percet vett igénybe.

Az erdélyi és a magyarországi minta nem különbözik egymástól az iskolázottság, az

---

<sup>1</sup> Marosvásárhely, Gyergyószentmiklós és környéke, Csíkszereda, Szatmárnémeti.

<sup>2</sup> Budapest (XIX. kerület), Debrecen.

<sup>3</sup> Marosvásárhely, Gyergyószentmiklós és környéke, Csíkszereda, Szatmárnémeti.

<sup>4</sup> Budapest (XIX. kerület), Debrecen.

anyagi helyzet, a terhességi hét, a társas támogatottság és a szubjektív egészségi állapot tekintetében. Az erdélyi válaszadók azonban idősebbek, átlagosan több gyermekük van, és a terhességeik számának átlaga is szignifikánsan magasabb, mint a magyarországi válaszadók esetében. Az adatokat a 16. táblázatban részletezzük.

16.táblázat. A vizsgálati minta bemutatása

| Változó                              |                           | Magyarországi minta (n=106) | Erdélyi minta (n=134) | A csoportok összehasonlítása |
|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Életkor<br>átlag (szórás)            |                           | 28,8<br>(4,26)              | 30,2<br>(4,02)        | $t_{(216)} = 2,477^*$        |
| Iskolai végzettség<br>n (%)          | Alapfokú                  | 4<br>(3,8%)                 | 3<br>(2,2%)           | $\chi^2_{(2)} = 1,413$       |
|                                      | Középfokú                 | 15<br>(14,3%)               | 14<br>(10,4%)         |                              |
|                                      | Felsőfokú                 | 86<br>(81,9%)               | 117<br>(87,3%)        |                              |
| Családi állapot<br>n (%)             | Hajadon                   | 0<br>(0%)                   | 4<br>(3%)             | $\chi^2_{(3)} = 4,809$       |
|                                      | Házass                    | 84<br>(80%)                 | 112<br>(83,6%)        |                              |
|                                      | Élettársi kapcsolatban él | 19<br>(18,1%)               | 16<br>(11,9%)         |                              |
|                                      | Elvált                    | 2<br>(1,9%)                 | 2<br>(1,5%)           |                              |
| Anyagi helyzet<br>n (%)              | Nagyon jó                 | 1<br>(1%)                   | 2<br>(1,5%)           | $\chi^2_{(3)} = 2,017$       |
|                                      | Jó körülmények            | 27<br>(25,7%)               | 33<br>(24,6%)         |                              |
|                                      | Közepes                   | 76<br>(72,4%)               | 94<br>70,1%           |                              |
|                                      | Rossz                     | 1<br>(1%)                   | 5<br>(3,7%)           |                              |
| Gyermekek száma<br>átlag (szórás)    |                           | 0,4<br>(0,65)               | 0,7<br>(0,74)         | $t_{(237)} = 3,013^{**}$     |
| Terhességi hét<br>átlag (szórás)     |                           | 22,2<br>(9,92)              | 23,1<br>(10,62)       | $t_{(220)} = 0,648$          |
| Hányadik terhesség<br>átlag (szórás) |                           | 1,6<br>(0,74)               | 1,8<br>(0,93)         | $t_{(195)} = 2,070^*$        |
| Társas támogatottság                 | Elegendő                  | 85<br>(83,3%)               | 105<br>(80,8%)        | $\chi^2_{(1)} = 0,253$       |
|                                      | Nem elegendő              | 17<br>(16,7%)               | 25<br>(19,2%)         |                              |
| Egészségi állapot                    | Kiváló                    | 13<br>(12,4%)               | 17<br>(12,7%)         | $\chi^2_{(4)} = 3,407$       |
|                                      | Nagyon jó                 | 30<br>(28,6%)               | 46<br>(34,3%)         |                              |
|                                      | Jó                        | 55<br>(52,4%)               | 68<br>(50,7%)         |                              |
|                                      | Tűrhető                   | 7<br>(6,7%)                 | 3<br>(2,2%)           |                              |

Megjegyzés:  $^+ p < 0,1$ ;  $^* p < 0,05$ ;  $^{**} p < 0,01$ ;  $^{***} p < 0,001$ .

### 7.3.2. MÉRŐESZKÖZÖK

*Alapadatok:* Rákérdeztünk a résztvevők életkorára, lakóhelyére, családi állapotára, iskolai végzettségére, gyermekeik számára és anyagi helyzetére.

Az *antropometriai adatokat* (testsúly [kg], testmagasság [cm]) önbeszámoló útján nyertük. Ez utóbbiakból kiszámítottuk a testtömegindexet (BMI,  $\text{kg/m}^2$ ). Rákérdeztünk a terhesség alatt kívánatos testsúlyra, valamint a terhesség előtti súlyra is. A válaszadók megítélték a saját tápláltsági állapotukat is, a nagyon alacsony súlyú (1) és az erősen túlsúlyos (5) végpontok között. A súlymérés gyakoriságát firtató kérdésünkre a naponta többször (1) és a csak orvosi ellenőrzésen mérnek (7) végpontok között nyílt lehetőség választ adni. Az orvosi ellenőrzésen a súlyméréshez való viszonyulást a mindig feszélyezve érzem magam (1) és a közömbösen érzem magam (5) végpontok között mértük.

*Várandósság:* Megkérdeztük, hogy a terhesség hányadik hetében van? A terhességi súlygyarapodással kapcsolatos kérdésekben felmértük a súlygyarapodással kapcsolatos aggodalmakat, az előző terhesség/terhességek alatt felszedett súlytöbblet (kg-ban kifejezve) és annak leadási módjának lehetőségeit.

*Egészségi állapot:* A válaszadók az SF-36 Egészségprofil Kérdőív-ből (Czimbalmos, Nagy, Varga és Husztik, 1999; Ware és Sherbourne, 1992) származó tételen a kiváló (1) és a rossz (5) végpontok között ítélték meg az egészségi állapotukat.

*Dohányzás:* Nyitott kérdéssel tudakoltuk meg, hogy naponta átlagban hány cigarettát szív el a válaszadó.

*Alkoholfogyasztás:* A résztvevők hétfokú skálán, a naponta (1) és soha (7) végpontok között válaszolhattak az alkoholfogyasztás (bor, sör, pezsgő) gyakoriságát firtató kérdésünkre.

*Kávéfogyasztás:* Nyitott kérdéssel tudakoltuk meg, hogy hány kávé-t iszik naponta a válaszadó.

*Táplálkozás:* A különböző táplálékok fogyasztási gyakoriságának felmérése oly módon történt, hogy rákérdeztünk arra, hogy a vizsgált személy hetente hány alkalommal fogyasztja az illető ételcsoportokat (pl. tej, kenyér, gyümölcs, zöldség, felvágottak, édességek). A válaszadási lehetőségek végpontjai: egyszer sem (1), naponta (5). A főétkezések (reggeli, tízórai, ebéd, uzsonna, vacsora) gyakoriságára is vonatkoztak kérdések, elkülönítve a hétköznapi és a hétvégi napokat. A válaszlehetőségek végpontjai a hétköznapi esetekben egyszer sem (1), illetve hetente három-négy alkalommal (3) naponta (4); a hétvége esetében egyszer sem (1), illetve szombaton és vasárnap (3). Eldöntendő kérdésekkel (válaszlehetőségek: igen, nem) tudakoltuk meg, hogy a válaszadók kíváncsiabbak-e, amióta

várandóság; fogyasztottak-e a várandósságuk ideje alatt emészthetetlennek tűnő dolgot; illetve éreznek-e éjszaka kontrollálhatatlan éhséget?

A táplálkozási szokások megtudakolása oly módon történt, hogy a kismamáktól megkérdeztük, hogy terhességük előtt milyen mértékben figyeltek oda a táplálkozásukra, illetve ez hogyan módosult a várandósság periódusában. A válaszlehetőségek végpontjai egyáltalán nem (1) és mindig (5) végpontok között.

*Testedzés:* Rákérdeztünk a várandósság alatt folytatott sportolás gyakoriságára (válaszlehetőségek: hetente hány alkalommal), típusára (válaszlehetőségek: gyaloglás, kismama torna, kismama jóga, futás, kocogás, úszás, aerobics, fitness, pilates, munkával kapcsolatos, tánc, csapatsport) és céljára, valamint eldöntendő kérdéssel (válaszlehetőségek: igen, nem) tudakoltuk meg, hogy a terhessége előtt sportolt-e a válaszadó.

*Szexualitás:* rákérdeztünk arra, hogy befolyásolja-e a várandósság a szexuális életét (válaszlehetőségek: igen, nem; és ha igen, akkor hogyan; valamint arra, hogy a másállapottal járó megváltozott alakját milyen mértékben fogadja el a partnere; a válaszlehetőségek végpontjai: teljes mértékben elfogadja [1], teljesen elutasítja [5]).

*Társas támogatottság:* eldöntendő kérdéssel (válaszlehetőségek: igen, nem) tudakoltuk meg, hogy az önmegítélése alapján elegendő társas támogatottsággal rendelkezik-e.

*Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív* (State-Trait Anxiety Inventory; STAI; Sipos, Sipos, és Spielberger, 1988): A kutatásban és a klinikai gyakorlatban széles körben alkalmazott mérőeszköz két különálló, 20 tételes, egyenes és fordított irányú tételeket egyaránt tartalmazó skálával méri fel az állapot- és a vonás jellegű szorongást. Az állításokkal való egyetértés mértékét négyfokú, Likert-típusú skálán, az „egyáltalán nem” (1) és a „nagyon/teljesen” (4) végpontok között kell értékelni. Minél magasabb pontszámot ér el az egyén, annál nagyobb fokú a szorongása.

*A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata* (RBDI; Kopp, Skrabski és Czakó, 1990): A 9 egyenes irányú tételből álló skála a depresszió tünetegyüttes felmérésére szolgál. A tételeket négyfokú, Likert-típusú skálán kell értékelni az „egyáltalán nem jellemző” (1) és a „teljesen jellemző” (4) végpontok között. A magasabb pontszám nagyobb mértékű depressziót jelez. A depresszió súlyossági szintjeit elkülönítő kritikus pontértékek a következők. 0–9 pont: nincs depressziós tünetegyüttes; 10–18 pont: enyhe depressziós tünetegyüttes; 19–25 pont: közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes; valamint 25 pont felett súlyos depressziós tünetegyüttes (Kopp, Szedmak, Löke és Skrabski, 1997).

*A Terhességi Élmények Skála rövidített változata* (Brief version of Pregnancy Experience Scale; PES; (DiPietro, Christensen és Costigan, 2008): A 10 pozitív és 10 negatív tételt tartalmazó önjellemző skála a terhességgel együtt járó pozitív és negatív érzéseket, illetve

gondolatokat és élményeket méri. A tételeket négyfokú, Likert-típusú skálán kell értékelni az „egyáltalán nem” (0) és a „teljes mértékben” (3) végpontok között. A mérőeszköz alkalmazása több szkór számítását is lehetővé teszi. A *bosszúságok, illetve lelkesítők gyakorisága szkór* azt mutatja meg, hogy hány olyan tétel van skálánként, amely esetében a válasz értéke meghaladja a nullát, tehát az adott érzés, élmény vagy gondolat legalább részben jelen van a válaszadó mindennapi életében. A *bosszúságok, illetve lelkesítők intenzitása szkór* számítása oly módon történik, hogy elosztjuk az 1–3 pont közötti értéket felvevő (azaz a személy életében legalább részben jelen lévő tapasztalatokat tükröző) tételek összegét a bosszúságok, illetve a lelkesítők gyakorisága szkórral. A Bosszúság/Lelkesítés gyakorisága aránya szkór számítása a bosszúság gyakoriság szkór és a lelkesítés gyakoriság szkórral hányadosának képzésével történik. Ha az érték kisebb egynél, akkor az azt jelenti, hogy a lelkesítő érzések, gondolatok és élmények gyakorisága nagyobb, mint a bosszantó tapasztalatoké. Végül a Bosszúság/Lelkesítés intenzitása aránya szkórt a bosszúság intenzitás szkór és a lelkesítés intenzitás szkór hányadosával képezzük. Ha az érték kisebb egynél, akkor az azt jelenti, hogy a lelkesítő érzések, gondolatok és élmények intenzitása nagyobb, mint a bosszantó tapasztalatoké. Ez utóbbi arányok révén megragadhatóvá válik a várandóssággal kapcsolatos érzelmi bevonódás (affective valence). DiPietro és munkatársai (2008) vizsgálatában a kérdőív belső konzisztenciája jónak bizonyult: lelkesítők skála Cronbach- $\alpha$  = 0,82, bosszúságok skála Cronbach- $\alpha$  = 0,83. DiPietro, Ghera, Costigan és Hawkins (2004) vizsgálatában ugyancsak alátámasztást nyert a kérdőív belső megbízhatósága (Cronbach- $\alpha$  = 0,91-0,95). A kérdőívet Janet DiPietro szíves engedélyével a disszertáció szerzője adaptálta magyar nyelvre, az előírásoknak megfelelően több lépésben (fordítás, egy független személy általi visszafordítás, majd az eredeti és a visszafordított változatok összevetése a magyar változat korrekciója céljából).

*Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála* (Pregnancy and Weight Gain Attitudes Scale; PWGAS; Palmer, Jennings és Massey, 1985): A 18 (fordított és egyenes) tételt tartalmazó, 4-fokozatú Likert-típusú skálát (végpontok: egyáltalán nem érzem így [1], teljesen így érzem [4]) alkalmazó önjellemző skála a terhességi testsúllyal kapcsolatos gondolatokat (15 item) és viselkedéseket (3 item) méri fel. A kérdőíven elért magas pontszám a kedvező attitűdre, míg az alacsony pontszám aktuális vagy korábban meglévő evészavarra utalhat. Stevens-Simon, Nakashima és Andrews (1993) vizsgálatukban azt találták, hogy a kérdőív belső megbízhatósága elfogadható (Spearman-Brown féle reliabilitás, split half-módszer:  $r = 0,67$ ). A kérdőívet a disszertáció szerzője adaptálta magyar nyelvre, az előírásoknak megfelelően több lépésben (fordítás, egy független személy általi visszafordítás,

majd az eredeti és a visszafordított változatok összevetése a magyar változat korrekciója céljából). A terhességgel kapcsolatos attitűdök kiszámítása úgy történt, hogy összeadtuk az adott kérdésekre adott válaszokat, és ezt elosztottuk a kérdések számával (18). Ha a kapott érték 3-nál kisebb, akkor a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos negatív attitűdről beszélünk, ha viszont legalább 3, akkor pozitív attitűdről beszélünk.

Az *Evési Zavar Kérdőív* (Eating Disorders Inventory; EDI; Garner és mtsai, 1983; Túry, Sáfrán, Wildmann és László, 1997): Az egyenes és fordított irányú tételeket egyaránt tartalmazó, 64 \*\*\*  $p < 0,001$  tételből álló, Likert-típusú skálát (végpontok: mindig [1], soha [6] között) használó, önpontozó kérdőív az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedési tényezőket értékeli, nyolc alskála mentén. Az első három alskála az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdöket és/vagy viselkedéseket hivatott mérni, míg a többi alskála az anorexia nervosa alapvető pszichopatológiai jellegzetességeiként azonosított személyiségvonásokat értékeli. A jelen vizsgálat során az Evészavar Kérdőív következő alskáláit alkalmaztuk:

1. Karcsúság iránti késztetés: ez a diétázással való túlzott foglalkozást, a testsúllyal való fokozott aggodalmaskodást, az elhízástól való félelmet, valamint a soványságra való törekvést méri fel.
2. Bulimia: a kontrollálatlan evésekről, valamint az önhánytatással kapcsolatban tartalmaz kérdéseket. Önmagában nem teszi lehetővé a BN elkülönítését, de segít elkülöníteni a BN-s betegeket, valamint az AN-s betegek restriktív és bulimiás altípusát.
3. Testtel való elégedetlenség: a test különböző részeivel való elégedetlenséget jelenti. A személy úgy gondolja, hogy az érintett testrészek túlzottan kövérek, illetve változniuk kellene.

A küszöbértékek: karcsúság iránti késztetés és a bulimia alskála esetében  $> 14$  pont, míg a testtel való elégedetlenség alskálánál  $> 21$  pont (Túry és mtsai, 1997).

Az *Evészavartünetek Súlyossági Skálája* (Eating Behaviour Severity Scale; EBSS; Yager és mtsai, 1987) az AN és BN tüneteinek értékelésére szolgáló önpontozó kérdőív, ami a falásrohamok, valamint a súlycsökkentő viselkedések gyakoriságát méri. A tünetek (falásrohamok, hashajtó, vízhajtó használat, testedzés, diétázás, hányás) gyakoriságát vizsgálja az elmúlt három hónapra vonatkozóan. A válaszlehetőségek végpontjai: soha (1), naponta többször (7).

#### 7.4. Diagnosztikai kritériumok

A kérdőívek alapján a DSM–IV (2000) diagnosztikai rendszerét figyelembe véve az evészavarok diagnózisait a következő kritériumok alapján határoztuk meg:

##### **Anorexia nervosa**

- Súlyhiány: 1. trimeszterre BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- 2–3. trimeszterre BMI = 18,5–19,8 kg/m<sup>2</sup>
- Karcsúság iránti késztetés (EDI) ≥ 14 pont

##### **Szubklinikai anorexia nervosa:**

- Súlyhiány: 1. trimeszterre BMI < 19,8 kg/m<sup>2</sup>
- 2–3. trimeszterre BMI = 19,8–21,0 kg/m<sup>2</sup>
- Karcsúság iránti késztetés (EDI) ≥ 14 pont

##### **Bulimia nervosa:**

- Minimum heti két falásroham az EBSS alapján
- Minimum heti két súlycsökkentő viselkedés
- Bulimia (EDI) ≥ 14 pont

##### **Szubklinikai bulimia nervosa:**

- Falásroham legalább hetente egyszer az EBSS alapján
- Minimum kéthetente súlycsökkentő viselkedés
- Bulimia (EDI) ≥ 14 pont

#### **EDNOS (másképpen nem osztályozott evészavarok)**

##### **Falászavar**

- Minimum heti két falásroham az EBSS alapján, egyéb súlycsökkentő viselkedés jelenléte nélkül

##### **Kompenzáló viselkedések**

- Minimum heti 3 súlycsökkentő viselkedés egyidejű jelenléte az EBSS alapján

Az anorexia nervosa, valamint a szubklinikai anorexia nervosa diagnosztikai rendszerének felállításánál a súlyhiány alapvető diagnosztikai kritérium, azonban a terhesség esetében speciális eset áll fenn. A terhességi súlygyarapodást illetően a terhesség végére átlagban 10-12

kg az előírt, ez azonban függ az anya terhesség előtti súlyától is, hiszen alacsonyabb terhesség előtti testsúly esetén több, magasabb testsúly esetén kevesebb terhességi súlynövekedés a megengedett (Rasmussen és Yaktine, 2009).

A terhesség első trimeszterében átlagban 1-2 kg-os súlygyarapodás tapasztalható, ami szinte elhanyagolható, számoltunk a terhesség okozta hányással, valamint az ezt követő súlycsökkenéssel, épp emiatt nem módosítottunk a BMI-n (Collins 2008; Decherney és mtsai, 1991; Papp, 2009).

A második és harmadik terhességi trimeszterre vonatkozóan a kritikus érték kiszámítása úgy történt, hogy ha a terhesség végére 10–12 kg-os (Papp, 2009) súlygyarapodás a normális, ez elosztva a terhesség 3 harmadára, ami harmadonként minimum 3 kg súlynövekedést jelent (például egy átlagos 170 cm-es magasságú nőnél 2,5 egységnyi BMI-növekedés). Ezen elgondolások alapján számoltunk ki egy minimális súlyt, amivel rendelkeznie kell a harmadik trimeszterre a várandósnak, ahhoz, hogy az AN egyik kritériuma teljesülésének gyanúját kizárhassuk.

Rasmussen és Yaktine (2009) Mumford, Siega-Riz, Herring és Evenson (2008) szerint a terhesség előtti BMI alapján meghatározott, hogy a második, valamint harmadik trimeszterben mennyi súlygyarapodás az elvárt:

- alultáplált BMI:  $<18,5 \text{ kg/m}^2$  - átlag elvárt 0,51 kg/hét,
- normál súlyú BMI  $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$  - átlag elvárt 0,42 kg/hét
- túlsúlyos BMI  $25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$  - átlag elvárt 0,28 kg/hét
- elhízott  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  - átlag elvárt 0,22 kg/hét.

Az első trimeszterben minimum 0,5-2 kg súlygyarapodás elvárt.

## 7.5. Statisztikai módszerek

A kérdőívek belső konzisztenciájának becslésére Cronbach- $\alpha$  mutatót számítottunk.

A Terhességi Élmények Skála rövidített változatának és a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála konstruktum validitásának vizsgálatára korrelációs elemzéseket folytattunk le.

A súlygyarapodással kapcsolatos negatív attitűdök potenciális magyarázó változóit bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk meg.

Az erdélyi és magyarországi almintát kategoriális változók esetében khi-négyzet próbával, folytonos változók esetében kétmintás t-próbával, illetve a normális eloszlás sérülése esetében Mann-Whitney-féle U-próbával hasonlítottuk össze.

A longitudinális vizsgálat során az első két mérés között korrelációs elemzéssel teszteltük a skálák teszt-reteszt reliabilitását. Az időbeli változások felderítése érdekében folytonos változók esetében ismételt méréses varianciaanalízist vagy robusztus rang-varianciaanalízist, a normális eloszlás előfeltételének sérülése esetében pedig Friedman-próbát alkalmaztunk. A kategoriális változók esetében a gyakoriságok ismételt méréses összehasonlítása a Cochran-Q-próbával történt.

Az elemzéseket az SPSS 14.0, ROPstat és az AMOS 18.0 statisztikai programcsomagokkal végeztük.

## 8. Eredmények

### 8.1. A vizsgálat alapstatisztikája

A 17. táblázatban országok szerinti bontásban részletesen bemutatjuk a vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikáját (átlag, szórás, belső megbízhatóság), valamint a két almintá összehasonlítását e változók mentén. Egyik változó esetében sem találtunk szignifikáns különbséget a magyarországi és az erdélyi válaszadók között. Egyedül a karcsúság iránti készletelés esetében mondható el, hogy az erdélyi válaszolókra tendenciaszinten jobban jellemző, mint a vizsgálat magyarországi résztvevőire ( $Z = 1,871$ ;  $p = 0,061$ ).

Az eredmények a 17. táblázatban láthatók.

17. táblázat. A vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikája (átlag, szórás, Cronbach- $\alpha$ , valamint az erdélyi és magyar minta összehasonlítása a változók mentén)

| Változó (tételszám)                                                                | Magyarországi minta (n = 106) |                    | Erdélyi minta (n = 134) |                    | A csoportok összehasonlítása |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------|
|                                                                                    | Átlag (szórás)                | Cronbach- $\alpha$ | Átlag (szórás)          | Cronbach- $\alpha$ |                              |
| Állapotszorongás (STAI-T; 20)                                                      | 36,0<br>(9,33)                | 0,91               | 37,1<br>(9,50)          | 0,90               | $t_{(207)} = 0,887$          |
| Vonásszorongás (STAI-S; 20)                                                        | 37,1<br>(2,29)                | 0,87               | 38,0<br>(8,30)          | 0,86               | $t_{(209)} = 0,758$          |
| Depresszió (RBDI; 9)                                                               | 4,2<br>(3,56)                 | 0,76               | 3,6<br>(3,20)           | 0,75               | $Z = 1,480$                  |
| Pozitív terhességi élmények (PES; 10)                                              | 9,8<br>(0,55)                 | 0,68               | 9,7<br>(0,59)           | 0,72               | $t_{(217)} = 0,455$          |
| Negatív terhességi élmények (PES; 10)                                              | 5,9<br>(2,49)                 | 0,77               | 6,0<br>(2,76)           | 0,81               | $t_{(207)} = 0,279$          |
| A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők intenzitása (PES)                          | 2,64<br>(0,30)                | NA                 | 2,6<br>(0,31)           | NA                 | $Z = 0,949$                  |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok intenzitása (PES)                         | 1,6<br>(0,45)                 | NA                 | 1,6<br>(0,42)           | NA                 | $Z = 1,323$                  |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának aránya (PES) | 0,6<br>(0,26)                 | NA                 | 0,6<br>(0,29)           | NA                 | $t_{(199)} = 0,425$          |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya (PES) | 0,6<br>(0,20)                 | NA                 | 0,6<br>(0,19)           | NA                 | $t_{(179)} = 0,995$          |
| Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök (PWGAS; 18)                     | 48,8<br>(8,95)                | 0,76               | 48,8<br>(8,73)          | 0,73               | $t_{(185)} = 0,024$          |
| Karcsúság iránti készletelés (EDI; 7)                                              | 2,3<br>(3,65)                 | 0,79               | 2,8<br>(3,70)           | 0,78               | $Z = 1,871^+$                |
| Bulimia (EDI; 7)                                                                   | 0,9<br>(2,41)                 | 0,87               | 0,6<br>(1,39)           | 0,56               | $Z = 1,101$                  |
| Testtel való elégedetlenség (EDI; 9)                                               | 5,3<br>(6,26)                 | 0,89               | 5,6<br>(5,87)           | 8,44               | $Z = 0,793$                  |

Megjegyzés:<sup>+</sup>  $p < 0,10$ . NA: nem alkalmazható.

A 18. táblázatban az alapadatok (életkor, BMI), illetve a pszichológiai változók közötti korrelációs együtthatókat mutatjuk be.

Szintén közepes erősségű pozitív irányú kapcsolatot kaptunk az anyagi helyzet és a depresszió, a szorongásszint, valamint a terhesség alatt átélt bosszantó dolgok között. Tehát minél rosszabb anyagi körülmények között él az egyén, annál magasabb szorongásszinttel és depressziószinttel rendelkezik, valamint a bosszantó dolgokat is gyakoribbnak, illetve magasabb intenzitásúnak ítéli.

18.táblázat. A pszichológiai mutatók korrelációs táblázata

|                                                                   | Életkor | Vonás<br>szorongás | Állapot<br>szorongás | Depresszió | BMI    | Karcsúság<br>iránti<br>készítés | Bulimia | Testtel<br>való<br>elégedetlenség | Lelkesítő<br>dolgok<br>gyakorisága a<br>terhesség<br>alatt | Bosszantó<br>dolgok<br>gyakorisága a<br>terhesség<br>alatt | lelkesítő<br>int. | bosszúságok<br>int. | bosszúságok és<br>lelkesítő<br>gyakoriságának<br>aránya | bosszúságok<br>és lelkesítő<br>intenzitásának<br>aránya | Terhességi<br>súlynövekedéssel<br>kapcsolatos<br>attitűd | Anyagi<br>helyzet |
|-------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|----------------------|------------|--------|---------------------------------|---------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|
| Életkor<br>N=170-210                                              |         |                    |                      |            |        |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Vonásszorongás<br>N=167-205                                       | -0,19*  |                    |                      |            |        |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Állapotszorongás<br>N=165-209                                     | -0,05   | 0,79**             |                      |            |        |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Depresszió<br>N=134-218                                           | -0,27** | 0,57**             | 0,46**               |            |        |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| BMI<br>N=122-134                                                  | 0,17    | -0,11              | -0,16                | -0,17*     |        |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| EDI-Karcsúság<br>iránti készítés<br>N=178-219                     | 0,05    | 0,30**             | 0,32**               | 0,09       | 0,31** |                                 |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| EDI-Bulimia<br>N=130-206                                          | -0,12   | 0,41**             | 0,36**               | 0,22**     | 0,26** | 0,49**                          |         |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| EDI-Testtel való<br>elégedetlenség<br>N=195-223                   | 0,17*   | 0,27**             | 0,24**               | 0,16*      | 0,38** | 0,58**                          | 0,47**  |                                   |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Lelkesítő dolgok<br>gyakorisága a<br>terhesség alatt<br>N=181-219 | 0,00    | -0,09              | -0,11                | -0,19**    | -0,12  | -0,18**                         | -0,16*  | -0,24**                           |                                                            |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Bosszantó dolgok<br>gyakorisága a<br>terhesség alatt<br>N=171-202 | 0,01    | 0,28**             | 0,26**               | 0,32**     | -0,01  | 0,18**                          | 0,12    | 0,24**                            | 0,07                                                       |                                                            |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| Lelkesítő<br>intenzitása PES<br>N=195-223                         | -0,09   | -0,23**            | -0,23**              | -0,22**    | -0,15  | -0,04                           | -0,03   | -0,10                             | 0,29**                                                     | -0,19**                                                    |                   |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |
| bosszúságok<br>intenzitása PES<br>N=170-210                       | -0,02   | 0,22 **            | 0,16*                | 0,32**     | 0,05   | 0,29**                          | 0,20**  | 0,35**                            | -0,09                                                      | 0,37**                                                     | -0,15*            |                     |                                                         |                                                         |                                                          |                   |

|                                                                  |       |         |         |        |       |        |        |        |         |        |         |        |        |      |      |  |
|------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|------|------|--|
| bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának aránya PES<br>N=195-223 | -0,00 | 0,29**  | 0,21**  | 0,39** | -0,02 | 0,16*  | 0,11   | 0,28** | -0,20** | 0,97** | -0,25** | 0,45** |        |      |      |  |
| bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya PES<br>N=170-210 | 0,02  | 0,34**  | 0,27**  | 0,38** | 0,15  | 0,30** | 0,24** | 0,42** | -0,26** | 0,42** | -0,57** | 0,88** | 0,49** |      |      |  |
| Terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűd<br>N=165-185     | 0,08  | 0,19*   | 0,23**  | 0,154* | -0,03 | 0,24** | 0,29** | 0,18 * | -0,11   | 0,22** | -0,12   | 0,01   | 0,22** | 0,11 |      |  |
| Anyagi helyzet<br>N=209-239                                      | -0,04 | 0,26 ** | 0,26 ** | 0,14 * | -0,03 | 0,02   | 0,05   | 0,04   | -0,02   | 0,17 * | 0,02    | 0,08   | 0,15 * | 0,04 | 0,00 |  |

*Megjegyzés:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . A dőlt betűvel szedett értékek Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók, míg a többi esetben a Pearson-féle korrelációs együtthatók szerepelnek

## 8.2. Antropometriai adatok és tápláltsági állapot

A 19. táblázatban részletesen bemutatjuk a tápláltsági állapottal kapcsolatos változókat, valamint az erdélyi és magyarországi al minta összehasonlítását e változók mentén. Egyedül az előző terhességek alatt felszedett többletsúly esetében találtunk szignifikáns különbséget: az erdélyi válaszadók szignifikánsan többet híztak, mint a vizsgálat magyarországi résztvevői ( $t_{(76)} = 2,151$ ;  $p = 0,035$ ).

19.táblázat. Az antropometriai adatok alapstatisztikája

| <b>Változók<br/>átlag (szórás)</b>                              | <b>Magyarországi<br/>minta<br/>(n=106)</b> | <b>Erdélyi<br/>minta<br/>(n=134)</b> | <b>A csoportok<br/>összehasonlítása</b> |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Terhesség előtti testsúly (kg)                                  | 61,5<br>(10,22)                            | 61,8<br>(7,41)                       | $t_{(163)} = 0,200$                     |
| Aktuális súly (kg)                                              | 68,4<br>(10,11)                            | 70,7<br>(9,16)                       | $t_{(166)} = 1,536$                     |
| Terhességi kívánt testsúly (kg)                                 | 72,2<br>(10,33)                            | 73,3<br>(8,69)                       | $t_{(120)} = 0,609$                     |
| Testmagasság (cm)                                               | 166,4<br>(6,75)                            | 166,8<br>(6,31)                      | $t_{(168)} = 0,425$                     |
| Testtömegindex (BMI)                                            | 24,5<br>(3,61)                             | 25,2<br>(3,15)                       | $t_{(139)} = 1,300$                     |
| Előző terhességek alatt felszedett<br>többletsúly (kg)          | 12,7<br>(6,30)                             | 16,3<br>(7,39)                       | $t_{(76)} = 2,151^*$                    |
| A terhesség alatt felszedett kg-ok, amit<br>nem sikerült leadni | 3,4<br>(1,80)                              | 4,9<br>(4,52)                        | $t_{(65)} = 1,525$                      |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ .

## 8.3. Táplálkozás

Kutatásom során megvizsgáltam a kismamák táplálkozáshoz való viszonyulását úgy a terhesség előtti, mint a terhesség időszakában.

Azt találtam, hogy a terhesség előtti periódusban a kismamák 43,2%-a csak legfeljebb időnként figyelt oda a táplálkozására, azaz próbált egészségesen táplálkozni. A terhesség időszakára ez az arány 12,3%-ra csökkent.

A McNemar-teszt eredménye szerint szignifikánsan megnőtt azok aránya, akik a várandósságuk idején a legtöbbször vagy mindig odafigyelnek a táplálkozásukra ( $\chi^2 = 69,590$ ;  $p < 0,001$ ). Az erdélyi és a magyarországi minta között nem mutatkozik számottevő különbség a táplálkozásra való odafigyelés tekintetében. A 20. táblázat országok szerinti bontásban mutatja be a kapcsolódó eredményeket.

20.táblázat. Táplálkozásra való odafigyelés a terhesség előtti és alatti szakaszban a keresztmetszeti kutatásban

| Változó<br>n (%)                                                             |                | Magyarország<br>i minta<br>(n = 106) | Erdélyi<br>minta<br>(n = 134) | $\chi^2_{(4)}$ |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Mielőtt állapotos lett,<br>milyen mértékben<br>figyelt a<br>táplálkozására?  | Egyáltalán nem | 2<br>(1,9%)                          | 6<br>(4,5%)                   | 2,836          |
|                                                                              | Egy kissé      | 15<br>(14,3%)                        | 15<br>(11,4%)                 |                |
|                                                                              | Időnként       | 37<br>(35,2%)                        | 43<br>(32,6%)                 |                |
|                                                                              | Legtöbbször    | 46<br>(43,8%)                        | 57<br>(43,2%)                 |                |
|                                                                              | Mindig         | 5<br>(4,8%)                          | 11<br>(8,3%)                  |                |
| Mióta állapotos lett,<br>milyen mértékben<br>figyel oda a<br>táplálkozására? | Egy kissé      | 6<br>(5,7%)                          | 9<br>(6,9%)                   | 3,254          |
|                                                                              | Időnként       | 10<br>(9,5%)                         | 16<br>(12,3%)                 |                |
|                                                                              | Legtöbbször    | 76<br>(72,4%)                        | 80<br>(61,5%)                 |                |
|                                                                              | Mindig         | 13<br>(12,4%)                        | 25<br>(19,2%)                 |                |

#### 8.4. Egészségkárosító magatartások

A vizsgált összmintában az esetek 1,3%-ban fordult elő dohányzás, és a napi átlag cigarettafogyasztás 8,5 szál (szórás: 2,1 szál).

Az alkoholfogyasztás tekintetében heti gyakorisággal 3%, 12% havi rendszerességgel, 62,7% ritkán és 21,6% soha nem fogyaszt alkoholt.

Az egészségkárosító magatartásokat elemezve nem találtunk szignifikáns különbségeket az országokat illetően. Az eredményeket a 21. táblázatban láthatjuk.

21.táblázat. Egészségkárosító magatartás országok szerinti eloszlása a keresztmetszeti mintában

| Változók                              |         | Magyarországi minta (n=106) | Erdélyi minta (n=134) | Csoportok összehasonlítása |
|---------------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Alkoholfogyasztás<br>N (%)            | hetente | 3<br>(3,3%)                 | 3<br>(2,7%)           | $\chi^2_{(3)} = 2,609$     |
|                                       | havonta | 13<br>(14,1%)               | 13<br>(11,6%)         |                            |
|                                       | ritkán  | 55<br>(59,8%)               | 73<br>(65,2%)         |                            |
|                                       | soha    | 21<br>(22,8%)               | 23<br>(20,5%)         |                            |
| Napi kávéfogyasztás<br>átlag (szórás) |         | 0,6<br>(0,60)               | 0,7<br>(0,69)         | $t_{(164)} = 1,178$        |
| Cigarettazik?<br>N (%)                | igen    | 1<br>(1%)                   | 2<br>(1,5%)           | $\chi^2_{(1)} = 0,139$     |
|                                       | nem     | 104<br>(99%)                | 132<br>(98,5%)        |                            |

#### 8.5. Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitás tekintetében elmondható, hogy a válaszadók mintegy fele legalább heti gyakorisággal jelenleg is sportol, valamint a terhesség előtt is sportolt.

A magyarországi és az erdélyi minta között nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a jelenlegi fizikai aktivitást (48,6% vs. 49,6%;  $\chi^2_{(1)} = 0,026$ ,  $p = 0,897$ ), sem a terhesség előtti aktivitást illetően (66,7% vs. 60,3%;  $\chi^2_{(1)} = 0,094$ ,  $p = 0,718$ ).

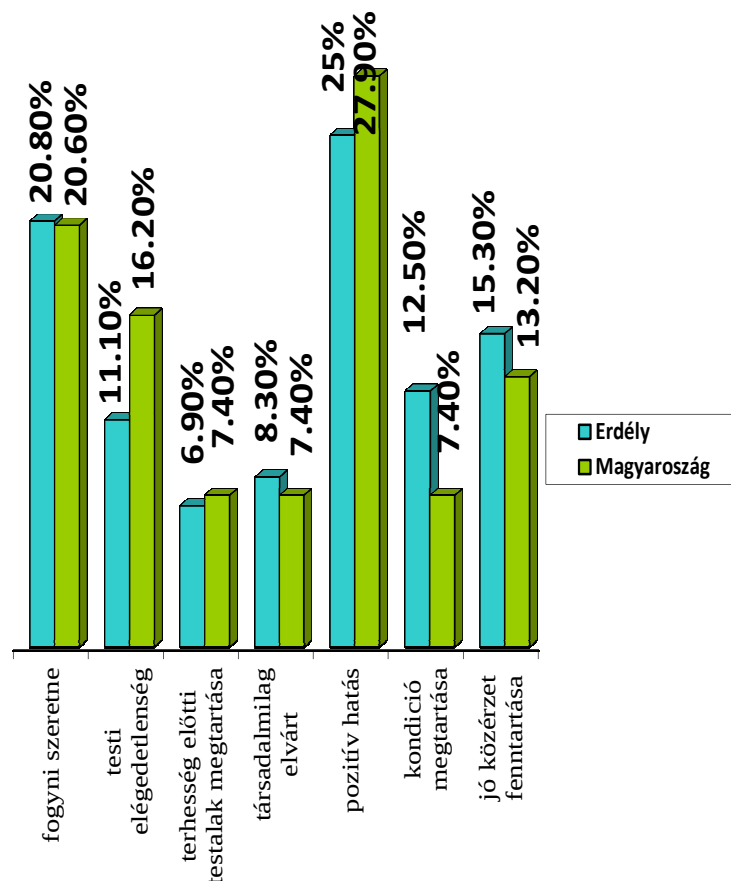
A legnépszerűbb sportoknak a kismama torna (34,8%), kismama pilates (42,9%), aerobik (27,3%) mutatkozott. A kismamák hetente átlagban közel négy alkalommal élnek ezekkel a lehetőséggel (aerobik átlag: 3,6 alkalom [szórás: 2,61]; pilates átlag 3,7 alkalom [szórás: 3,09]) .

A sportolás célja leggyakrabban a sportolás pozitív hatása (26,4%) volt, amit a fogyás vágya (20,7%) és a testtel való elégedetlenség követett (13,6%), a jó közérzet fenntartása (14,3%) és a kondíció megtartása követett (10%). A sportot mint társadalmi elvárást 7,9%-ban, a terhesség előtti testalak megtartását pedig 7,1%-ban jelölték meg.

A sportolás célja tekintetében nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget az erdélyi és a magyarországi válaszadók között ( $\chi^2_{(6)} = 1,856$ ,  $p = 0,932$ ).

Az 1.ábra országok szerinti bontásban részletesen bemutatja a sportolás céljainak előfordulási gyakoriságát.

1. ábra. A sportolás céljának az eloszlása a két mintában



## 8.6. Mentális egészség

A Beck Depresszió Kérdőív esetében 24,3% érte el az enyhe, illetve a közép súlyos határt, oly módon, hogy 18,2% esetében enyhe, 6,1% esetében pedig közép súlyos depressziót találtunk. Az elért eredmények országonkénti összehasonlításban a kapott különbség nem szignifikáns (Erdély 21,7% vs. Magyarország 27,4%;  $\chi^2_{(1)} = 2,596$ ;  $p = 0,277$ ).

Az általunk vizsgált várandós nők depresszió szintje (átlag: 3,8 pont, szórás: 3,37;  $t_{(230)} = 9,450$ ,  $p < 0,001$ ) és vonásszorongás szintje (átlag: 37,6 pont, szórás: 8,29;  $t_{(210)} = 2,770$ ;  $p < 0,006$ ) szignifikánsan alacsonyabb, mint a hasonló magyarországi várandós mintán végzett nőké (Bödecs, 2010).

## 8.7. Testkép

A terhesség alatti testkép vizsgálatában is jelentős szerepet töltenek be az egyéni, kulturális tényezők is, hiszen az áhított karcsúság elérésére irányuló számos egészségkárosító és súlykontrolláló viselkedés következtében ez esetben nem csak az anya, hanem a magzat is kárt szenvedhet.

Az orvosi súlymérés alkalmával a feszélyezettségérzés az esetek 13%-ban jelenik meg. A válaszadók 68,1%-a jól érzi magát, 18,3%-át pedig közömbösen érinti, ha az orvosi ellenőrzés alatt megméri a súlyát.

A válaszadó kismamáknál nagy arányban megjelenik a test alakja miatti aggodás, illetve a terhesség periódusában az elhízástól való félelem: 55,5% nagyon aggoddik, hogy elhízik a terhesség alatt, 27,1% úgy gondolja, hogy soha nem lesz olyan a teste, mint terhesség előtt, az esetek 33,8%-ában pedig nem tapasztaltunk testsúly miatti aggodást.

Az önmaguk által megítélt testalak alapján elmondható, hogy a vizsgált minta 0,4% nagyon alacsony súlyúnak, 4,2%-a alacsony súlyúnak, 72,2% átlagosnak, 21,9% túlsúlyosnak, illetve 1,3%-ban erősen túlsúlyosnak ítéli meg magát.

A súlynövekedés alacsony szinten való tartása céljából a magzatvédő vitaminokat a résztvevők 16,7 %-a tudatosan mellőzi.

Az evészavarok egyik nagy problémája a kontroll kérdése. Az általunk vizsgált mintákban egy másik megnyilvánulási formája jelenik meg, nevezetesen a terhesség előtti ruhák próbálgatása, ami nyugtató jelleggel bír a kismamák számára, hogy valójában csak a hasuk nőtt (9,8%) és nem híztak meg túlságosan.

A válaszadók úgy gondolják, hogy a médiaüzenetek a következőképpen befolyásolják a kismamák testtel való elégedettségét: a testtel való elégedetlenség mértékét növeli (77,9%), pozitív irányban befolyásolja (13,9%) és a terhesség utáni testről a soványságot tüzi ki célul (5,8%), egy fals képet keltve a várandósság utáni testről (2,4%).

Az erdélyi és magyarországi válaszadók között nem mutatkozott szignifikáns különbség a fenti változók tekintetében.

A súlymérés során megjelenő érzelmek esetében viszont azt találtuk, hogy a feszélyezettség érzése tendenciaszinten nagyobb arányban jelenik meg az erdélyi válaszadók körében, mint a magyarországi almintánál ( $\chi^2_{(2)} = 8,610$ ;  $p = 0,072$ ). Az eredményeket a 22. táblázatban mutatjuk be részletesen.

22. táblázat. A testtel való elégedetlenség alkotóelemei a keresztmetszeti mintában

|                                                                                       | Változó<br>n(%)                                                     | Magyarországi<br>minta (n=106) | Erdélyi minta<br>(n=134) | $\chi^2$               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Terhesség alatt<br>felszedett kg-ok<br>miatti aggodás                                 | Nagyon aggódik/ aggódik,<br>hogy csak kevés kg-ot sikerül<br>leadni | 35<br>(35,7%)                  | 53<br>(41,7%)            | $\chi^2_{(2)}=2,808$   |
|                                                                                       | A test megváltozásáért való<br>aggódás                              | 30<br>(30,6%)                  | 31<br>(24,4%)            |                        |
|                                                                                       | Nem aggódik                                                         | 33<br>(33,7%)                  | 43<br>(33,9%)            |                        |
| Önmaga által<br>megítélt testalak                                                     | Alacsony súlyú                                                      | 6<br>(5,8%)                    | 5<br>(3,8%)              | $\chi^2_{(3)}=5,080$   |
|                                                                                       | Átlagos                                                             | 79<br>(76%)                    | 92<br>(69,2%)            |                        |
|                                                                                       | Túlsúlyos                                                           | 17<br>(16,3%)                  | 35<br>(26,3%)            |                        |
|                                                                                       | Erősen túlsúlyos                                                    | 2<br>(1,9%)                    | 1<br>(0,8%)              |                        |
| Orvosi<br>súlyméréskor<br>megjelenő<br>érzelmek                                       | Feszélyezett                                                        | 8<br>(7,7%)                    | 24<br>(18,3%)            | $\chi^2_{(2)}=8,610^+$ |
|                                                                                       | Örül, hogy jól fejlődik a<br>gyerek                                 | 71<br>(68,3%)                  | 89<br>(67,9%)            |                        |
|                                                                                       | Közömbös                                                            | 25<br>(24%)                    | 18<br>(13,7%)            |                        |
| Tudatosan csak ritkán szed terhesvitamint, hogy<br>elkerülje a hízást                 |                                                                     | 12<br>(12,3%)                  | 24<br>(20,0%)            | $\chi^2_{(1)}=4,119$   |
| Felpróbálja a<br>terhessége előtti<br>ruháit, hogy<br>ellenőrizze a hízás<br>mértékét | Gyakran                                                             | 10<br>(9,6%)                   | 9<br>(6,9%)              | $\chi^2_{(2)}=1,154$   |
|                                                                                       | Néha                                                                | 1<br>(1%)                      | 3<br>(2,3%)              |                        |
|                                                                                       | Nem                                                                 | 93<br>(89,4%)                  | 119<br>(90,8%)           |                        |
| A médiahatás a<br>szülés utáni<br>testalokról                                         | Elégedetlenséget keltve                                             | 68<br>(73,9)                   | 94<br>(81%)              | $\chi^2_{(3)}=3,012$   |
|                                                                                       | A soványságot tűzi ki célul                                         | 8<br>(8,7%)                    | 4<br>(3,4%)              |                        |
|                                                                                       | Fals képet alkotva a terhesség<br>utáni testről                     | 2<br>2,2%                      | 3<br>(2,6%)              |                        |
|                                                                                       | Pozitív irányban                                                    | 14<br>(15,2%)                  | 15<br>(12,9%)            |                        |

Megjegyzés: <sup>+</sup> p < 0,10.

A testkép korrelátumait vizsgálva szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú korrelációt találtunk a karcsúság iránti késztetés és az állapotszorongás, a vonásszorongás, a bulimiás tendenciák és a testtömegindex között. A karcsúság iránti késztetés erős, pozitív irányú

kapcsolatot mutatott a testi elégedetlenséggel. A negatív terhességi élmények gyakoriságával szignifikáns, gyenge, pozitív irányú, míg a pozitív terhességi élmények gyakoriságával negatív irányú, ugyancsak gyenge, de szignifikáns lineáris kapcsolat mutatkozott a karcsúság iránti késztetés vonatkozásában.

A testtel való elégedetlenség korrelátumai a karcsúság iránti késztetéshez nagyon hasonló mintázatot mutatnak, azzal az eltéréssel, hogy az életkor és a depresszió is szignifikáns, pozitív irányú, bár csak gyenge lineáris kapcsolatot mutat a testtel való elégedetlenség mértékével. A korrelációs elemzés eredményei a 18. táblázatban láthatók.

## 8.8. Terhességi élmények

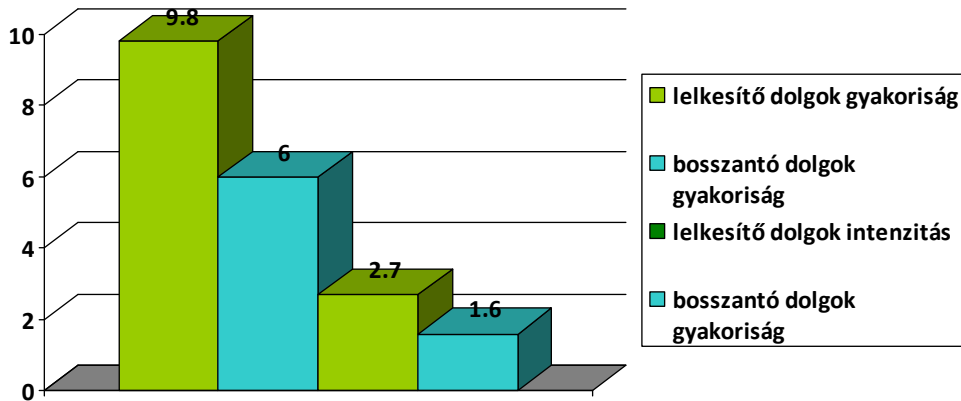
A várandóssággal kapcsolatos élményeket a jelen vizsgálat során a magyar nyelvre adaptált Terhességi Élmények Skála rövidített változata kérdőívvel mértük. A kérdőív skáláinak belső megbízhatósága elfogadhatónak bizonyult. A Cronbach- $\alpha$  értéke a Lelkesítők gyakorisága skála esetében 0,71, míg a Bosszúságok gyakorisága skála esetében 0,79. Országok szerinti bontásban a 17. táblázat szemlélteti a skálák belső megbízhatóságát.

A kérdőív konstruktum validitását alátámasztja, hogy a szkórok a várákozásnak megfelelő irányú gyenge, illetve mérsékelt erősségű, szignifikáns lineáris kapcsolatot mutatnak a depresszióval és vonásszorongással. A nagyobb mértékű vonásszorongás és depresszió a várandóssággal kapcsolatos bosszúságok nagyobb gyakoriságával és intenzitásával, valamint a várandóssággal kapcsolatos lelkesítő élmények alacsonyabb intenzitásával járnak együtt. Az eredményeket a 18. táblázat foglalja össze.

Az erdélyi és a magyar al minta között a várandóssággal kapcsolatos élmények egyik aspektusa mentén sem bukkantunk szignifikáns különbségre (lásd 17. táblázat).

A bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának, illetve intenzitásának összetartozó mintás t-próbával történő összevetése azt az eredményt hozta, hogy a pozitív terhességi élmények szignifikánsan nagyobb gyakorisággal ( $t_{(200)} = 19,699$ ;  $p < 0,001$ ) és nagyobb intenzitással ( $t_{(198)} = 25,580$ ;  $p < 0,001$ ) fordulnak elő a kismamáknál, mint a várandóssággal kapcsolatos negatív élmények. Az átlagokat a 2. ábrán szemléltetjük.

2. ábra. Lelkesítő és bosszantó (gyakoriság, intenzitás) dolgok átlagértékei



A terhességgel kapcsolatos élmények korrelátumait tekintve elmondhatjuk, hogy számos szignifikáns kapcsolatot találtunk a terhesség alatti élmények és egyéb pszichológiai mutatók között. A terhesség alatti lelkesítő élmények pozitív korrelációt mutattak a terhességi súlynövekedést illetően, minél több pozitívabb attitűdöt mutat a terhességi súlynövekedést illetően, annál több lelkesítő élményt tapasztal. Ez fordítva is igaz, hogy minél negatívabb a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűdje, annál hajlamosabb több negatív élményt észlelni a terhessége folyamán, valamint a karcsúság iránti késztetés és testtel való elégedetlensége, depresszió és szorongásszintje is magasabb értéket mutat.

Az eredményeket részletesen lásd a 18. táblázatban.

Szignifikáns és közepes kapcsolatot találtunk a terhesség alatti bosszúságok és lelkesítők intenzitása, gyakorisága és a szorongásszint (állapot, vonásszorongás), depressziószint, testtel való elégedettség és karcsúság iránti késztetés között, minél magasabb a lelkesítők gyakorisága, illetve intenzitása a terhesség folyamán, annál alacsonyabb a szorongás, depressziószint, valamint a testtel kapcsolatos elégedetlenség és a karcsúságra való késztetés is alacsonyabb. Ez fordítva is igaz, minél magasabb a bosszantó dolgok gyakorisága, intenzitása, annál nagyobb a testtel való elégedetlenség, karcsúság iránti késztetés, szorongás, illetve depresszió mértéke.

A korrelációs elemzés eredményeit a 18. táblázatban foglaltuk össze.

#### 8.9. Terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata

A válaszadók 35,3%-a ( $n = 66$ ) pozitív, míg 64,7%-a ( $n = 121$ ) negatív attitűddel viseltetik a terhességi súlygyarapodással kapcsolatban. A negatív attitűd szignifikánsan gyakoribb, mint a pozitív ( $\chi^2_{(1)} = 16,176$ ;  $p < 0,001$ ). Az erdélyi és a magyarországi válaszadók között nem találtunk szignifikáns különbséget a negatív attitűdök előfordulási gyakorisága tekintetében (64,1% vs. 65,5%;  $\chi^2_{(1)} = 0,040$ ;  $p = 0,842$ ).

A testsúlykontrolláló magatartások vizsgálata során kapott eredményeink (23. táblázat) szerint a terhességi súlygyarapodással kapcsolatban negatív attitűdöt mutató válaszadók körében szignifikánsan gyakoribb az étvágycsökkentők használata, mint a pozitív attitűddel bíróknál ( $\chi^2_{(1)} = 2,726$ ;  $p = 0,037$ ).

23. táblázat. Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök és testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága közötti különbségek

|                                                  |                                                            | Testsúlykontrolláló magatartás |                            | $\chi^2_{(1)}$ |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------|
| Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűd |                                                            | Nincs hetente n(%)             | Legalább heti egyszer n(%) |                |
| Testedzés                                        | negatív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 98 (83,8%)                     | 19 (16,2%)                 | 0,066          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 51 (82,3%)                     | 11 (17,7%)                 |                |
| Falásroham                                       | negatív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 105 (89,7%)                    | 12 (10,3%)                 | 1,618          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 60 (95,2%)                     | 3 (4,8%)                   |                |
| Diétázás                                         | negatív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 109 (93,2%)                    | 8 (6,6%)                   | 0,016          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatban | 59 (93,7%)                     | 4 (6,3%)                   |                |
| Önhánytatás                                      | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 108 (92,3%)                    | 9 (7,7%)                   | 0,208          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 56 (90,3%)                     | 6 (9,7%)                   |                |
| Étvágycsökkentő                                  | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 112 (95,7%)                    | 5 (4,3%)                   | 2,726*         |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 62 (100%)                      | 0 (0%)                     |                |
| Hashajtó                                         | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 112 (100%)                     | 0 (0%)                     | 0,556          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 62 (100%)                      | 0 (0%)                     |                |
| Vízajtó                                          | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 116 (99,1%)                    | 1 (0,9%)                   | 0,533          |
|                                                  | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre               | 62 (100%)                      | 0 (0%)                     |                |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ .

A negatív terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűddel rendelkezők szignifikánsan magasabb átlagértékeket értek el az EDI Testtel való elégedetlenség ( $Z = 2,543$ ;  $p = 0,011$ ), Karcsúság iránti készletesség ( $Z = 3,178$ ;  $p = 0,001$ ) és a bulimiás tendenciák alskáláján ( $Z = 4,530$ ;  $p = 0,0005$ ).

A depresszió ( $Z = 2,212$ ;  $p = 0,027$ ), az állapotszorongás ( $t_{(163)} = 3,035$ ;  $p = 0,003$ ) és vonásszorongás tekintetében ( $t_{(165)} = 2,540$ ;  $p = 0,01$ ) magasabb átlagértékek, illetve a terhesség alatti bosszúságok is szignifikánsan gyakoribbak ( $t_{(169)} = 2,988$ ;  $p = 0,003$ ), valamint a pozitív élmények intenzitása alacsonyabb ( $t_{(179)} = 1,747$ ;  $p = 0,049$ ), mint a terhességi súlygyarapodást illetően pozitív attitűdöt mutató társaiknál. Az eredményeket a 24. táblázatban mutatjuk be részletesen.

24. táblázat. A terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűd és az egyéb pszichológiai változók közötti összefüggések

| Változók                                                                           | Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűd | N   | Átlag, szórás  | A két csoport összehasonlítása a változók mentén |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|----------------|--------------------------------------------------|
| Karcúság iránti késztetés (EDI)                                                    | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 115 | 3,1<br>(3,87)  | Z = 3,178**                                      |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 63  | 1,3<br>(2,28)  |                                                  |
| Testtel való elégedetlenség (EDI)                                                  | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 118 | 6,3<br>(6,10)  | Z = 2,543*                                       |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 64  | 4,0<br>(5,09)  |                                                  |
| Bulimia (EDI)                                                                      | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 113 | 1,09<br>(1,97) | Z = 4,530**                                      |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 65  | 0,09<br>(0,34) |                                                  |
| Depresszió (RBDI)                                                                  | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 121 | 4,4<br>3,54    | Z = 2,212*                                       |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 64  | 3,3<br>3,04    |                                                  |
| Állapotszorongás (STAI)                                                            | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 109 | 38,1<br>9,72   | $t_{(163)} = 3,035^{**}$                         |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 56  | 33,6<br>7,39   |                                                  |
| Vonásszorongás (STAI)                                                              | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 39,5<br>8,72   | $t_{(165)} = 2,540^{*}$                          |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 60  | 36,2<br>7,17   |                                                  |
| Lelkesítő dolgok gyakorisága a terhesség alatt (PES)                               | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 109 | 9,7<br>0,65    | $t_{(179)} = 1,489$                              |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 57  | 9,8<br>0,43    |                                                  |
| Bosszantó dolgok gyakorisága a terhesség alatt (PES)                               | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 6,5<br>2,51    | $t_{(169)} = 2,988^{**}$                         |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 57  | 5,3<br>2,47    |                                                  |
| A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők intenzitása (PES)                          | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 2,6<br>(0,34)  | $t_{(179)} = 1,747^{*}$                          |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 57  | 2,7<br>(0,23)  |                                                  |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok intenzitása (PES)                         | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 1,6<br>(0,41)  | $t_{(167)} = 0,199$                              |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 62  | 1,6<br>(0,42)  |                                                  |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának aránya (PES) | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 0,7<br>(0,27)  | $t_{(164)} = 2,959^{**}$                         |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 57  | 0,5<br>(0,25)  |                                                  |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya (PES) | negatív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 107 | 0,6<br>(0,21)  | $t_{(162)} = 1,443$                              |
|                                                                                    | pozitív attitűd a terhességi súlynövekedésre     | 57  | 0,6<br>(0,16)  |                                                  |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## 8.10. A negatív terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök prediktorai

Vizsgálatunk során fel kívántuk tárni a negatív terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök potenciális magyarázó változóit. A többváltozós bináris logisztikus regresszió elemzés eredményei szerint az idősebb életkor (OR = 1,16;  $p = 0,016$ ) és a bulimiára való hajlam (OR = 3,48;  $p = 0,004$ ) a negatív attitűdök szignifikáns előrejelzői. A származási ország, a gyermekek száma, a terhességi hét, a karcsúság iránti késztetés, a testi elégedetlenség, a depresszió, a vonásszorongás és a szubjektív tápláltsági állapot nem mutatott szignifikáns összefüggést a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdökkel. A modell által megmagyarázott variancia 34,0%. Az eredmények a 25. táblázatban láthatóak.

25. táblázat. Prediktorok a negatív attitűdök a terhességi súlygyarapodásra a keresztmetszeti mintában

| Prediktor változók                  | OR     | OR CI <sub>95</sub> |
|-------------------------------------|--------|---------------------|
| Ország (0: Erdély, 1: Magyarország) | 0,95   | 0,41–2,25           |
| Életkor                             | 1,16*  | 1,03–1,32           |
| Gyermekek száma                     | 1,01   | 0,48–2,12           |
| Terhességi hét                      | 0,98   | 0,93–1,02           |
| Karcsúság iránti késztetés (EDI)    | 1,04   | 0,87–1,23           |
| Testtel való elégedetlenség (EDI)   | 0,95   | 0,86–1,05           |
| Bulimia (EDI)                       | 3,48** | 1,50–8,09           |
| Depresszió (RBDI)                   | 1,06   | 0,89–1,26           |
| Vonásszorongás (STAI)               | 0,99   | 0,92–1,05           |
| Szubjektív tápláltsági állapot      | 2,48   | 0,78–7,87           |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## 8.11. Evészavar-tünetek

Az általunk vizsgált kismamák 1,3%-át ( $n = 3$ ) kezelték már étvágy vagy testsúlyzavar miatt.

A vizsgált mintákban a bulimia alaptünetéről, az önhánytatásról, ami nem függ össze a terhesség alatti hányással, a következő gyakoriságértékeket kaptuk: 2,1% napi gyakorisággal, 6,3% gyakran, 5% néha és 86,7% soha nem hánytatja magát, Az erdélyi és a magyarországi alminták között nem találtunk szignifikáns különbséget e tekintetben ( $\chi^2_{(3)} = 2,359$ ;  $p = 0,501$ ).

A karcsúságra való törekvés az evészavarok egyik alaptünete. Lényege, hogy az egyén bizonyos táplálékokat szándékosan száműz vagy mellőz az étrendjéből, hogy a súlynövekedést féken tartsa. Az általunk vizsgált mintában ez az evési magatartás az alábbi

gyakorisággal jelenik meg: 11,0% általában, 84,8% gyakran, 3% ritkán, 1,3% pedig soha nem végez ilyesfajta étrendi korlátozást.

Az erdélyi és magyarországi minták között nem találtunk szignifikáns különbséget e tekintetben ( $\chi^2_{(3)} = 5,388$ ;  $p = 0,146$ ).

A kismamák 6,1%-a éjszaka jelentkező, kontrollálhatatlan éhségről számol be (Erdély: 4,6%; Magyarország: 7,9%), amit az esetek 15%-ában evéssel csillapítanak (Erdély: 16%, Magyarország: 14,5%). Az erdélyi és a magyar válaszadók között nem mutatkozott szignifikáns különbség sem az éjszakai éhség előfordulási gyakorisága ( $\chi^2_{(1)} = 1,091$ ;  $p = 0,406$ ), sem pedig az éjszakai evés előfordulási gyakorisága ( $\chi^2_{(1)} = 0,057$ ;  $p = 0,506$ ) tekintetében.

A kismamák 4,1%-a kívánt meg a terhessége alatt olyan dolgot, ami nem tekinthető tápláléknak, és a válaszadók 25,6%-a már fogyasztott is tápláléknak nem számító dolgot. Az erdélyi és magyarországi válaszadókat összehasonlítva nem mutatkozott szignifikáns különbség a nem fogyasztható táplálék megkívánása ( $\chi^2_{(1)} = 1,845$ ;  $p = 0,304$ ), valamint fogyasztása tekintetében ( $\chi^2_{(1)} = 1,861$ ;  $p = 0,394$ ).

A testsúlykontrolláló magatartások és a falásroham előfordulási gyakoriságát khi-négyzet-próbával hasonlítottuk össze a két minta között. Az eredmények szerint az erdélyi kismamák körében szignifikánsan gyakrabban fordul elő testedzés ( $\chi^2_{(3)} = 9,439$ ;  $p = 0,024$ ), mint a magyarországi válaszadónál. A többi súlycsökkentő viselkedést illetően nem észleltünk különbséget a két vizsgált csoport között. Az eredményeket a 26. táblázatban mutatjuk be részletesen.

26. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulási gyakorisága országok szerinti bontásban

| Magatartás                            | Csoport      | A viselkedés megjelenésének gyakorisága n(%) |                       |                       |                       | $\chi^2_{(3)}$ |
|---------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
|                                       |              | soha                                         | legalább havi egyszer | legalább heti egyszer | legalább napi egyszer |                |
| Diétázás                              | Erdély       | 106                                          | 10                    | 5                     | 6                     | 1,321          |
|                                       |              | (83,5%)                                      | (7,9%)                | (3,9%)                | (4,7%)                |                |
|                                       | Magyarország | 87                                           | 5                     | 3                     | 3                     |                |
|                                       |              | (88,8%)                                      | (5,1%)                | (3,1%)                | (3,1%)                |                |
| Testedzés a testsúly és az alak miatt | Erdély       | 82                                           | 12                    | 22                    | 11                    | 9,439*         |
|                                       |              | (64,6%)                                      | (9,4%)                | (17,3%)               | (8,7%)                |                |
|                                       | Magyarország | 67                                           | 17                    | 13                    | 1                     |                |
|                                       |              | (68,4%)                                      | (17,3%)               | (13,3%)               | (1%)                  |                |
| Étvágycsökkentő használata            | Erdély       | 122                                          | 3                     | 0                     | 2                     | 0,584          |
|                                       |              | (96,1%)                                      | (2,4%)                | (0%)                  | (1,6%)                |                |
|                                       | Magyarország | 93                                           | 2                     | 0                     | 3                     |                |
|                                       |              | (94,9%)                                      | (2%)                  | (0%)                  | (3,1%)                |                |
| Hányás                                | Erdély       | 101                                          | 13                    | 7                     | 6                     | 2,684          |
|                                       |              | (79,5%)                                      | (10,2%)               | (5,5%)                | (4,7%)                |                |
|                                       | Magyarország | 79                                           | 12                    | 6                     | 1                     |                |
|                                       |              | (80,6%)                                      | (12,2%)               | (6,1%)                | (1%)                  |                |
| Hashajtóhasználat                     | Erdély       | 125                                          | 2                     | 0                     | 0                     | 0,069          |
|                                       |              | (98,4%)                                      | (1,6%)                | (0%)                  | (0%)                  |                |
|                                       | Magyarország | 96                                           | 2                     | 0                     | 0                     |                |
|                                       |              | (98%)                                        | (2%)                  | (0%)                  | (0%)                  |                |
| Vízajtóhasználat                      | Erdély       | 120                                          | 7                     | 0                     | 0                     | 1,316          |
|                                       |              | (94,5%)                                      | (5,5%)                | (0%)                  | (0%)                  |                |
|                                       | Magyarország | 92                                           | 5                     | 1                     | 0                     |                |
|                                       |              | (93,9%)                                      | (5,1%)                | (1%)                  | (0%)                  |                |
| Falásrohamok                          | Erdély       | 91                                           | 26                    | 9                     | 1                     | 2,644          |
|                                       |              | (71,7%)                                      | (20,5%)               | (7,1%)                | (0,8%)                |                |
|                                       | Magyarország | 76                                           | 13                    | 8                     | 2                     |                |
|                                       |              | (77,6%)                                      | (13,3%)               | (8,2%)                | (2%)                  |                |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ .

Az egyes skálák kritikus pontértékei alapján megállapítottuk a patológiás tartományba tartozó válasz gyakoriságát. Az EDI Testi elégedetlenség alskála esetében a válaszadók 0,6%-a ( $n = 1$ ), a Karcsúság iránti késztetés esetében 2,5%-a ( $n = 3$ ), a Bulimia alskála esetében pedig 1,7%-a ( $n = 1$ ) tartozik a patológiás tartományba.

A két ország válaszadói között nem találtunk szignifikáns különbséget a patológiás tartományba tartozók gyakorisága tekintetében: Testi elégedetlenség alskála: Erdély 1,1% vs.

Magyarország 0,0%;  $\chi^2_{(1)} = 0,710$ ;  $p = 0,586$ ; a Karcsúság iránti késztetés alskála: Erdély 1,3% vs. Magyarország 4,5%;  $\chi^2_{(1)} = 1,192$ ;  $p = 0,553$ ; Bulimia alskála: Erdély 0% vs. Magyarország 3,3%; ( $\chi^2_{(1)} = 0,950$ ;  $p = 0,517$ ).

A jelen dolgozatban alkalmazott diagnosztikai kategóriák felállításához összesen 62 válaszadó részéről állt rendelkezésre valamennyi adat. Ezen almintá 25,8%-ánál ( $n = 16$ ) találtunk valamilyen evészavart (részletesen lásd. a 27. táblázatot). A magyarországi almintá esetében 6 fő, az erdélyi almintá esetében pedig 10 fő érintett. A két almintá között nincs szignifikáns különbség az evészavarok előfordulási gyakorisága tekintetében ( $\chi^2_{(1)} = 0,002$ ;  $p = 0,969$ ).

A keresztmetszeti vizsgálatunkban nem volt olyan személy, aki teljesítené a klinikai súlyosságú AN kritériumrendszerét. A BN prevalenciája 1,6% ( $n = 1$ ), a SAN-é 1,6% ( $n = 1$ ), a falászavar gyakoriság 4,8%, a kompenzáló viselkedése pedig 17,7% ( $n = 11$ ).

27. táblázat. A klinikai és szubklinikai AN és BN, valamint az evészavarok diagnosztikai kritériumainak gyakorisága a vizsgált csoportokban

| Változó                       | Magyarország ( $n = 23$ )<br>n (%) | Erdély ( $n = 39$ )<br>n (%) |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Szubklinikai anorexia nervosa | 0<br>(0,0%)                        | 1<br>(2,6%)                  |
| Szubklinikai bulimia nervosa  | 1<br>(4,3%)                        | 0<br>(0,0%)                  |
| Anorexia nervosa              | 0<br>(0,0%)                        | 0<br>(0,0%)                  |
| Bulimia nervosa               | 1<br>(4,3%)                        | 0<br>(0,0%)                  |
| Falászavar                    | 2<br>(8,7%)                        | 1<br>(2,6%)                  |
| Kompenzáló viselkedés         | 3<br>(13%)                         | 8<br>(20,5%)                 |
| <b>Evészavar összesen</b>     | <b>6<br/>(26%)</b>                 | <b>10<br/>(25,7 %)</b>       |

Tekintettel az al minta alacsony elemszámára és az ebből fakadó alacsony statisztikai erőre, az evészavaros és evészavarral nem bíró csoportokat kétváltozós elemzésekkel hasonlítottuk össze a változók mentén. Két esetben találtunk szignifikáns különbségeket, nevezetesen a terhességek száma, valamint a vonásszorongás tekintetében. Eredményeink szerint az általunk vizsgált, evészavarban szenvedő kismamáknak több terhességük volt ( $Z = 2,983$ ,  $p = 0,003$ ), ugyanakkor vonás jelleggel kevésbé szorongóak, mint a nem evészavaros kismamák ( $Z = 3,015$ ,  $p = 0,003$ ). Az eredmények a 28. táblázatban láthatóak.

28. táblázat. Az evészavar és egyéb pszichológiai változók átlagértékei és a csoportok közötti különbségek

| <b>Változók</b>                                                                      | <b>Evészavar<br/>átlag (szórás)<br/>(n = 9–15)</b> | <b>Nincs<br/>evészavar<br/>átlag<br/>(szórás)<br/>(n = 36–44)</b> | <b>A két csoport<br/>összehasonlítása<br/>a változók<br/>mentén</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Életkor                                                                              | 29,9<br>(2,94)                                     | 29,6<br>(4,62)                                                    | $t_{(54)} = 0,318$                                                  |
| A terhességek száma                                                                  | 3,0<br>(1,63)                                      | 1,7<br>(0,67)                                                     | $Z = 2,983^{**}$                                                    |
| Depresszió                                                                           | 5,1<br>(3,63)                                      | 4,2<br>(3,69)                                                     | $t_{(56)} = 0,798$                                                  |
| Vonásszorongás                                                                       | 35,5<br>(6,44)                                     | 42,9<br>(6,73)                                                    | $Z = 3,015^{**}$                                                    |
| A várandóssággal<br>kapcsolatos bosszúságok és<br>lelkesítő gyakoriságának<br>aránya | 0,7<br>(0,09)                                      | 0,7<br>(0,3)                                                      | $Z = 0,177$                                                         |
| A várandóssággal<br>kapcsolatos bosszúságok és<br>lelkesítő intenzitásának<br>aránya | 0,7<br>(0,11)                                      | 0,7<br>(0,21)                                                     | $t_{(43)} = 0,314$                                                  |

Megjegyzés:  $^{**} p < 0,01$ .

A vizsgálatok eredményeképpen azt találtuk, hogy azok a személyek, akik nem evészavarosak, negatívabb testi attitűddel rendelkeznek, mint evészavaros társaik ( $\chi^2_{(1)} = 12,351$ ;  $p = 0,003$ ).

## 9. A longitudinális vizsgálat bemutatása

### 9.1. Célkitűzés és hipotézisek

Longitudinális vizsgálatunk céljaiként az alábbiakat tűztük ki:

1. Annak felmérése, hogy hogyan alakulnak a várandósság időtartama alatt a súlynövekedés, a testkép, az evészavar, a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök és a terhességi élmények.
2. A súlynövekedés, a mentális egészség (szorongás, depresszió, testkép) és az evészavar kapcsolata alakulásának feltárása.

A longitudinális vizsgálat hipotézisei:

1. Feltételezem, hogy a terhesség előrehaladtával a testsúlycsökkentő viselkedések gyakorisága, valamint a testtel való elégedetlenség csökken.
2. Feltételezem, hogy a terhességi súly növekedése magasabb szintű testtel való elégedetlenséget, karcsúság iránti késztetést, szorongást, valamint depresszió szintet eredményez.

### 9.2. Vizsgálati személyek

A longitudinális vizsgálatban résztvevő személyek ( $n = 50$ ) átlagos életkora 29,9 év (szórás: 4,96 év). Az iskolázottság tekintetében 5,6%-ban alapfokú, 32% középfokú, 62,4%-ban pedig felsőfokú végzettségű. A családi állapotot tekintve 74,4%-ban férjezett, 20,8%-ban élettársi kapcsolatban él, 4,8 %-a pedig elvált. Az anyagi helyzet tekintetében elmondható, hogy az önbeszámolók alapján a válaszadók 1,6%-ban nagyon jó, 29,5%-ban jó és 68,9%-ban közepes anyagi helyzetben él.

A válaszadók átlagos gyermekszáma 0,6 (szórás: 0,74), átlagos terhesség 1,8 (szórás: 0,95), a terhességi hetek átlaga pedig 21,9 hét (szórás: 9,65 hét). A minta főbb jellemzőit a 29. táblázatban mutatjuk be részletesen.

29. táblázat. A longitudinális minta demográfiai bemutatása:

| Változó                              |                           | Longitudinális minta<br>(n=50) |
|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Életkor<br>átlag (szórás)            |                           | 29,9<br>(4,69)                 |
| Iskolai végzettség<br>n (%)          | Alapfokú                  | 5,6%                           |
|                                      | Középfokú                 | 32%                            |
|                                      | Felsőfokú                 | 62,4%                          |
| Családi állapot<br>n (%)             | Hajadon                   | 0%                             |
|                                      | Házass                    | 74,4%                          |
|                                      | Élettársi kapcsolatban él | 20,8%                          |
|                                      | Elvált                    | 4,8%                           |
| Anyagi helyzet<br>n (%)              | Nagyon jó                 | 1,6%                           |
|                                      | Jó körülmények            | 29,5%                          |
|                                      | Közepes                   | 68,9%                          |
|                                      | Rossz                     | 0%                             |
| Gyermekek száma<br>átlag (szórás)    |                           | 0,6<br>(0,74)                  |
| Terhességi hét<br>átlag (szórás)     |                           | 21,9<br>(9,65)                 |
| Hányadik terhesség<br>átlag (szórás) |                           | 1,8<br>(0,95)                  |
| Társas támogatottság                 | Elegendő                  | 95,9%                          |
|                                      | Nem elegendő              | 4,1%                           |
| Egészségi állapot                    | Kiváló                    | 8%                             |
|                                      | Nagyon jó                 | 17,6%                          |
|                                      | Jó                        | 71,2%                          |
|                                      | Tűrhető                   | 3,2%                           |

A vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikáját (átlag, szórás) és az első két trimeszter adatai alapján számított teszt-reteszt megbízhatóságot a 30. táblázatban mutatjuk be részletesen. Az alkalmazott kérdőívek teszt-reteszt reliabilitása minden esetben elfogadható, sőt, a legtöbbször kiválónak mondható.

30. táblázat. A vizsgált pszichológiai változók alapstatisztikája

| Változó                                                    | Longitudinális minta (n = 50) |                                                    |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                            | Átlag<br>(szórás)             | Teszt-reteszt<br>reliabilitás<br>(1–2. trimeszter) |
| Állapotszorongás (STAI-T)                                  | 41,7<br>(12,87)               | $r = 0,67^{***}$                                   |
| Vonásszorongás (STAI-S)                                    | 43,3<br>(9,46)                | $r = 0,68^{***}$                                   |
| Depresszió (RBDI)                                          | 4,9<br>(4,37)                 | $r_s = 0,83^{***}$                                 |
| Pozitív terhességi élmények (PES)                          | 9,6<br>(0,86)                 | $r = 0,53^*$                                       |
| Negatív terhességi élmények (PES)                          | 5,8<br>(3,17)                 | $r = 0,87^{***}$                                   |
| Lelkesítő dolgok, intenzitás (PES)                         | 2,6<br>(0,44)                 | $r = 0,82^{***}$                                   |
| Bosszantó dolgok, intenzitás (PES)                         | 1,8<br>(0,47)                 | $r = 0,76^{***}$                                   |
| Bosszantó lelkesítő gyakoriság arány (PES)                 | 0,6<br>(0,35)                 | $r = 0,57^{***}$                                   |
| Bosszantó lelkesítő intenzitás arány (PES)                 | 0,7<br>(0,23)                 | $r = 0,80^{***}$                                   |
| Terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök (PWGAS) | 41,9<br>(15,91)               | $r = 0,97^{***}$                                   |
| Karcsúság iránti készletelés (EDI)                         | 2,3<br>(3,86)                 | $r_s = 0,82^{***}$                                 |
| Bulimia (EDI)                                              | 2,2<br>(3,41)                 | $r_s = 0,82^{***}$                                 |
| Testtel való elégedetlenség (EDI)                          | 1,8<br>(2,41)                 | $r_s = 0,86^{***}$                                 |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 9.3. Antropometriai adatok és tápláltsági állapot

A 31. táblázatban részletesen bemutatjuk a tápláltsági állapottal kapcsolatos változók kiinduláskor (1. trimeszter) mért alapstatisztikáját (átlag, szórás).

31.táblázat. Az antropometriai adatok alapstatisztikája a longitudinális mintában

| <b>Változók</b>                                               | <b>Longitudinális<br/>minta(n=50)<br/>átlag (szórás)</b> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Terhesség előtti testsúly (kg)                                | 63<br>(10,15)                                            |
| Aktuális súly (kg)                                            | 70,3<br>(11,62)                                          |
| Terhességi kívánt testsúly (kg)                               | 71<br>(13,92)                                            |
| Testmagasság (cm)                                             | 164,8<br>(4,77)                                          |
| Testtömegindex (BMI)                                          | 25,8<br>(3,67)                                           |
| Előző terhességek alatt felszedett kg                         | 13,3<br>(4,97)                                           |
| A terhesség alatt felszedett kg-mok, amit nem sikerült leadni | 9<br>(6,30)                                              |

### 9.4. Testkép

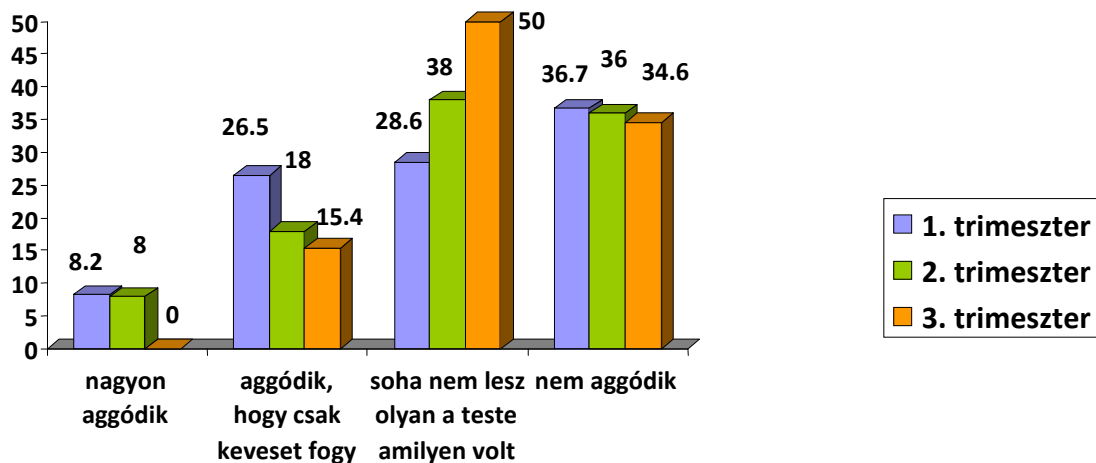
A kismamák 27,2-a nagyon aggódik (8,2% az 1. trimeszterben, 8% a 2. trimeszterben, 0% a 3. trimeszterben), hogy nem sikerül a szülés után lefogynia. 36,8% fél, hogy soha nem lesz olyan a teste, mint a terhessége előtt (28,6% 1.trimeszter, 38% 2. trimeszter, 50% 3. trimeszter).

36% nem számolt be aggodalmaskodásról, hogy csak keveset sikerül majd lefogynia (26,5% az 1. trimeszterben, 18% a 2. trimeszterben, 15,4% a 3. trimeszterben). 36,7% (1. trimeszter) 36% (2. trimeszter), 34,6% (3.trimeszter) nem mutat aggodalmaskodást a terhességi súlygyarapodást illetően. Valójában az idő előrehaladtával azt tapasztaljuk, hogy a kismamák testsúly miatti aggodalom átmegy a „soha nem lesz olyan a testem mint volt” kategóriába, ami arra is enged következtetni, hogy a terhesség első szakaszában a nők elégedetlenebbek testükkel hiszen még akkor nem látható a terhességük és ilyenkor csupán azt észleli, hogy az eddigi ruhái nem jók rá, ezt a súlygyarapodást hízásnak észleli, azonban a

terhesség előrehaladtával és a pocak nyilvánvalóvá válásával, csökken az „elhízott” nő szemlélet és megjelenik a” várandós, terhes” szemlélet.

Az eredményeket a 3. ábrán láthatjuk

3 ábra. A terhességi súlynövekedés miatti aggodalmak, trimeszterekre lebontva adódik



Az önmegítélt testalkat alapján a kismamák 72,8%-a átlagosnak, 20%-a túlsúlyosnak, 3,2%-a pedig erősen túlsúlyosnak érzi saját magát.

Az orvosi súlyméréskor 6,5%-a feszélyezve érzi magát, 1,8%-a pedig tudatosan csak ritkán fogyaszt magzatvédő vitamint, annak érdekében, hogy a fogyást elkerülje.

A kismamák szerint a médiumokban megjelenő, szülés után is nádszálvékony hírességek befolyásolják a kismamák testképét, testtel való elégedetlenséget keltve (52,9%), valamint téves képet alkotva a terhesség utáni testképről (30,3%), a soványságot mint elérendő célt tűzik ki (10,1%).

Az eredményeket a 32. táblázatban mutatjuk be részletesen.

32.táblázat. A testtel való elégedetlenség alkotóelemei a longitudinális mintában a kiindulásnál

| Változó                                                                   |                                                               | Longitudinális minta<br>(n=50) |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Terhesség alatt felszedett kg-ok miatti aggodás                           | Nagyon aggódik/ aggódik, hogy csak kevés kg-ot sikerül leadni | 27,2%                          |
|                                                                           | A test megváltozásáért való aggodás                           | 36,8%                          |
|                                                                           | Nem aggódik                                                   | 36%                            |
| Önmaga által megítélt testalkat                                           | Alacsony súlyú                                                | 4%                             |
|                                                                           | Átlagos                                                       | 72,8%                          |
|                                                                           | Túlsúlyos                                                     | 20%                            |
|                                                                           | Erősen túlsúlyos                                              | 3,2%                           |
| Orvosi súlyméréskor megjelenő érzelmek                                    | Feszélyezett                                                  | 6,5%                           |
|                                                                           | Örül, hogy jól fejlődik a gyerek                              | 62,6%                          |
|                                                                           | Közömbös                                                      | 30,9%                          |
| Tudatosan csak ritkán szed terhesvitamint, hogy elkerülje a hízást        |                                                               | 1,8%                           |
| Felpróbálja a terhessége előtti ruháit, hogy a hízás mértékét ellenőrizze | Gyakran                                                       | 1,6%                           |
|                                                                           | Néha                                                          | 5,1%                           |
|                                                                           | Nem                                                           | 92,9%                          |
| A média hatása a szülés utáni testalakról                                 | Elégedetlenséget keltve                                       | 52,9%                          |
|                                                                           | A soványságot tűzik ki célul                                  | 10,1%                          |
|                                                                           | Fals képet alkotva a terhesség utáni testről                  | 30,3%                          |
|                                                                           | Reális képet alkotva                                          | 1,7%                           |
|                                                                           | Pozitív irányban                                              | 5%                             |

## 9.5. Evészavar tünetek

A vizsgált mintákban a bulimia egyik alaptünetéről, az önhánytatásról, ami nem függ össze a terhesség alatti hányással, a következő napi gyakoriságértékeket kaptuk: 2,2%-ban (2. trimeszter), 7,7% (3.trimeszter).

A karcsúságra való törekvés, mint az evészavarok egyik alaptünete, ami abban rejlik, hogy az egyén bizonyos táplálékokat szándékosan száműz vagy mellőz az étrendjéből, hogy a súlynövekedést féken tartsa, megfigyelhető az általunk vizsgált mintában is 19,6% (1.trimeszter) 14,6% (2.trimeszter), 12% (3. trimeszter) általában.

A kismamák 6,3%-a (1,2 trimeszter) 4% (3 trimeszter) éjszaka jelentkező kontrollálhatatlan éhségről számol be, amit az esetek 25%- ában (1,2 trimeszter) evéssel csillapít.

Az első és harmadik trimeszterben a kismamák 1,6%-a, a második trimeszterben pedig 4,8%-a fogyasztott a terhessége alatt olyan dolgot, ami nem tekinthető tápláléknak ( lásd 33.táblázat).

33.táblázat. Evészavar tünetek a longitudinális mintában

| <b>Változók<br/>N(%)</b>                                         |              | <b>naponta</b> | <b>gyakran</b> | <b>néha</b> | <b>soha</b>   |
|------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|----------------|-------------|---------------|
| Önhánytatás                                                      | 1.trimeszter | 0<br>(0%)      | 1<br>(2,4%)    | 2<br>(4,9%) | 38<br>(92,7%) |
|                                                                  | 2.trimeszter | 1<br>(2,2%)    | 2<br>(4,3%)    | 0<br>(0%)   | 43<br>(93,5%) |
|                                                                  | 3.trimeszter | 2<br>(7,7%)    | 1<br>(3,8%)    | 0<br>(0%)   | 23<br>(88,5%) |
| Bizonyos ételek<br>mellőzése, a<br>hízás elkerülése<br>érdekében | 1.trimeszter | 9<br>(19,6%)   | 9<br>(19,6%)   | 17<br>(37%) | 11<br>(23,9%) |
|                                                                  | 2.trimeszter | 7<br>(14,6%)   | 8<br>(16,7%)   | 24<br>(50%) | 9<br>(18,8%)  |
|                                                                  | 3.trimeszter | 3<br>(12%)     | 3<br>(12%)     | 11<br>(44%) | 8<br>(32%)    |
| Éjszakai<br>kontrollálhatatlan<br>éhségérzet                     | 1.trimeszter | 3<br>(6,3%)    |                |             |               |
|                                                                  | 2.trimeszter | 3<br>(6,3%)    |                |             |               |
|                                                                  | 3.trimeszter | 1<br>(4,0%)    |                |             |               |
| Tápláléknak nem<br>számító dolog<br>fogyasztása                  | 1.trimeszter | 2<br>(1,6%)    |                |             |               |
|                                                                  | 2.trimeszter | 6<br>(4,8%)    |                |             |               |
|                                                                  | 3.trimeszter | 2<br>(1,6%)    |                |             |               |

A vizsgált kismamáknál a következő napi gyakorisággal elkövetett súlycsökkentő viselkedéseket azonosíthattunk: a diétázás esetében az 1. és 2. trimeszterben 4,1%, illetve 4%-os gyakoriságban, a 3.-dik trimeszterben ez a viselkedés nem fordult elő. Ugyancsak napi gyakorisággal a falásrohamok esetében találkozunk 4,1% (1.trimeszter) 2% (2.trimeszter) 3,7% (3. trimeszter). Az eredményeket részletesen a 34.táblázatban láthatjuk.

34.táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulási gyakorisága a longitudinális mintában

| Magatartás                          |               | A súlycsökkentő viselkedés megjelenésének gyakorisága longitudinális minta |                       |                       |                       |
|-------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                     |               | soha                                                                       | legalább havi egyszer | legalább heti egyszer | legalább napi egyszer |
| Diétázás                            | 1. trimeszter | 40<br>(81,6%)                                                              | 6<br>(12,2%)          | 1<br>(2%)             | 2<br>(4,1%)           |
|                                     | 2.trimeszter  | 39<br>(78%)                                                                | 8<br>(16%)            | 1<br>(2%)             | 2<br>(4%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 23<br>(85,2%)                                                              | 3<br>(11,1%)          | 1<br>(3,7%)           | 0<br>(0%)             |
| Testedzés, testsúly vagy alak miatt | 1. trimeszter | 25<br>(51%)                                                                | 12<br>(24,5%)         | 12<br>(24,5%)         | 0<br>(0%)             |
|                                     | 2.trimeszter  | 33<br>(66%)                                                                | 10<br>(20%)           | 7<br>(14%)            | 0<br>(0%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 17<br>(63%)                                                                | 3<br>(11,1%)          | 7<br>(25,9%)          | 0<br>(0%)             |
| Étvágycsökkentők                    | 1. trimeszter | 45<br>(91,8%)                                                              | 4<br>(8,2%)           | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 2.trimeszter  | 48<br>(96%)                                                                | 2<br>(4%)             | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 27<br>(100%)                                                               | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
| Hányás                              | 1.trimeszter  | 37<br>(75,5%)                                                              | 9<br>(18,4%)          | 3<br>(6,1%)           | 0<br>(0%)             |
|                                     | 2.trimeszter  | 40<br>(80%)                                                                | 9<br>(18%)            | 1<br>(2%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 19<br>(70,4%)                                                              | 8<br>(29,6%)          | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
| Hashajtók                           | 1.trimeszter  | 46<br>(93,9%)                                                              | 0<br>(0%)             | 3<br>(6,1%)           | 0<br>(0%)             |
|                                     | 2.trimeszter  | 48<br>(96%)                                                                | 0<br>(0%)             | 2<br>(4%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 24<br>(88,9%)                                                              | 3<br>(11,1%)          | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
| Vízajtók                            | 1.trimeszter  | 49<br>(100%)                                                               | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 2.trimeszter  | 50<br>(100%)                                                               | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 27<br>(100%)                                                               | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             | 0<br>(0%)             |
| Falásrohamok                        | 1.trimeszter  | 36<br>(73,5%)                                                              | 8<br>(16,3%)          | 3<br>(6,1%)           | 2<br>(4,1%)           |
|                                     | 2.trimeszter  | 37<br>(74%)                                                                | 9<br>(18%)            | 3<br>(6%)             | 1<br>(2%)             |
|                                     | 3.trimeszter  | 19<br>(70,4%)                                                              | 6<br>(22,2%)          | 1<br>(3,7%)           | 1<br>(3,7%)           |

A mindhárom mérési ponton adatokat szolgáltató válaszadók 61,5%-a végzett testedzést a testsúlya vagy alakja miatt az első trimeszterben. A második és harmadik trimeszter idején ez az arány 38,5%, amely a Cochran-Q-próba eredménye szerint szignifikáns csökkenést jelent a súlykontroll céljából végzett testgyakorlás arányának tekintetében ( $Q_{(2)}=12,000$ ,  $p=0,002$ ). Az adatokat a 35. táblázatban mutatjuk be részletesen.

35.táblázat. A legalább havi egy alkalommal folytatott súlycsökkentő magatartások előfordulási gyakorisága a mindhárom mérési ponton adatokat szolgáltatók almintáján

| Viselkedés                         | 1. trimeszter<br>n(%) | 2. trimeszter<br>n(%) | 3. trimeszter<br>n(%) | Cochran-Q<br>(df=2) |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Diétázás                           | 5<br>(19,2%)          | 5<br>(19,2%)          | 4<br>(14,8%)          | 0,400               |
| Testedzés testsúly vagy alak miatt | 16<br>(61,5%)         | 10<br>(38,5%)         | 10<br>(37%)           | 12,000**            |
| Étvágycsökkentők                   | 0<br>(0,0%)           | 0<br>(0,0%)           | 0<br>(0,0%)           |                     |
| Hányás                             | 8<br>(30,8%)          | 8<br>(30,8%)          | 8<br>(29,6%)          | 0,000               |
| Hashajtók                          | 3<br>(11,5%)          | 2<br>(7,7%)           | 3<br>(11,1%)          | 2,000               |
| Vízhashajtók                       | 0<br>(0,0%)           | 0<br>(0,0%)           | 0<br>(0,0%)           | NA                  |
| Falásrohamok                       | 10<br>(38,5%)         | 8<br>(30,8%)          | 8<br>(29,6%)          | 4,000               |

Megjegyzés: n=26. \*\*  $p<0,01$ . NA: nem alkalmazható.

Tekintettel arra, hogy az EDI Testi elégedetlenség alskála, Karcsúság iránti késztetés, Bulimia alskála, Beck Depresszió kérdőív, Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök skála, esetében is rendelkezésre állnak a kóros tartomány kijelölésére szolgáló kritikus pontértékek, összehasonlítottuk a patológiás tartományba tartozók előfordulási gyakoriságát a longitudinális minta esetében is. Eredmények lásd a 36. táblázatban.

36.táblázat. Különböző kérdőíveken elért kóros, normális tartományba tartozók előfordulási gyakorisága a longitudinális mintában

| Változók                                              |              | Normális<br>tartomány n(%)      | Patológiás<br>tartomány n(%)    |
|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Karcsúság iránti késztetés                            | 1.trimeszter | 46<br>(93,9%)                   | 3<br>(6,1%)                     |
|                                                       | 2.trimeszter | 47<br>(94%)                     | 3<br>(6%)                       |
|                                                       | 3.trimeszter | 26<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
| Bulimia                                               | 1.trimeszter | 47<br>(95,9%)                   | 2<br>(4,1%)                     |
|                                                       | 2.trimeszter | 50<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
|                                                       | 3.trimeszter | 26<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
| Testtel való elégedetlenség)                          | 1.trimeszter | 49<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
|                                                       | 2.trimeszter | 50<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
|                                                       | 3.trimeszter | 25<br>(100%)                    | 0<br>(0%)                       |
| Terhességi súlygyarapodással<br>kapcsolatos attitűdök |              | <b>Pozitív attitűd<br/>n(%)</b> | <b>Negatív attitűd<br/>n(%)</b> |
|                                                       | 1.trimeszter | 7<br>(14,6%)                    | 41<br>(85,4%)                   |
|                                                       | 2.trimeszter | 8<br>(16%)                      | 42<br>(84%)                     |
|                                                       | 3.trimeszter | 4<br>(14,8)                     | 23<br>(85,2%)                   |

#### 9.6. Mentális egészség

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel mérve a válaszadók 29,2%-a (1. trimeszter) 20,0%-a (2. trimeszter), 22,2%-a (3. trimeszter) ért el enyhe; 12,5%-a (1. trimeszter), 6,0%-a (2. trimeszter), 7,4%-a (3. trimeszter) pedig közepes súlyos depressziót.

## 9.7. Evészavar

A longitudinális minta válaszadói közül 1,6%-ban (n=2) fordul elő a korábban kezelt evészavar.

A vizsgálat során egy esetben sem találtunk sem klinikai súlyosságú evészavart. A szubklinikai súlyosságú evészavarok közül szubklinikai anorexia nervosa egy személynél jelent meg, méghozzá az első trimeszterben. Falászavart az első két trimeszterben 2-2 főnél, a harmadik trimeszterben 1 személynél detektáltunk. Kompenzáló viselkedést az első két trimeszterben 6-6, a harmadik trimeszterben 5 válaszadó mutatott. A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltatók almintáján (n=25) a Cochran-Q-próba alkalmazásával nem találtunk szignifikáns különbséget az összesített evészavarok előfordulási gyakorisága tekintetében ( $Q_{(2)}=3,000$ ;  $p=0,223$ ). Az eredmények a 37. táblázatban láthatóak.

37.táblázat. Diagnosztizált klinikai és szubklinikai evészavar gyakoriságok a longitudinális mintában

| Változók<br>n(%)                | 1. trimeszter<br>(n=48) | 2. trimeszter<br>(n=49–50) | 3. trimeszter<br>(n=25–27) |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| BMI<18,5 kg/m <sup>2</sup>      | 2 (4,2%)                | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| BMI=18,5–19,8 kg/m <sup>2</sup> | 0<br>(0,0%)             | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| SAN                             | 0<br>(0,0%)             | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| SBN                             | 1<br>(2,1%)             | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| AN                              | 0<br>(0,0%)             | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| BN                              | 0<br>(0,0%)             | 0<br>(0,0%)                | 0<br>(0,0%)                |
| Falászavar                      | 2<br>(4,2%)             | 2<br>(4,1%)                | 1<br>(4,0%)                |
| Kompenzáló viselkedés           | 6<br>(12,5%)            | 6<br>(12,2%)               | 5<br>(20,0%)               |
| Evészavar összesen              | 9<br>(18,8%)            | 8<br>(16,3%)               | 6<br>(24,0%)               |

Megjegyzés: SAN: szubklinikai anorexia nervosa, SBN: szubklinikai bulimia nervosa, AN: anorexia nervosa, BN: bulimia nervosa

Az ismételt mérés varianciaanalízis eredményei szerint vizsgálat időtartama alatt a testsúly ( $F_{(2,48)}=115,993$ ;  $p<0,001$ ) és a BMI ( $F_{(2,48)}=53,503$ ;  $p<0,001$ ) fokozatosan és szignifikánsan megnövekedett. A Friedman-próba eredményei szerint az első és második trimeszter között a válaszadók bulimiás tendenciája ugyancsak szignifikáns növekedést mutatott ( $G_{(2)}=14,365$ ;  $p<0,001$ ). A testi elégedetlenség mértéke azonban szignifikánsan csökkent a harmadik

trimeszterre az első trimeszterhez képest ( $G_{(2)} = 7,271$ ;  $p=0,026$ ). A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők gyakorisága is növekedést mutatott ( $G_{(2)}=6,000$ ;  $p=0,050$ ), emellett a várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya is a kedvező irányba mozdult el az első két trimeszter között ( $F_{(2,38)}=4,831$ ;  $p=0,014$ ). Az eredményeket a 38. táblázatban mutatjuk be részletesen.

A terhességi súlygyarapodással kapcsolatban mindhárom trimeszter esetében 3-3 válaszadó (12,0%) bírt negatív attitűddel.

38.táblázat. Egyes pszichológiai változók módosulása a terhességi trimeszterek függvényében

| Változók                                                                           | 1.<br>trimeszter <sup>a</sup> | 2.<br>trimeszter <sup>b</sup> | 3.<br>trimeszter <sup>c</sup> | A mérések<br>összehasonlítása |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Testsúly                                                                           | 63,4 <sup>bc</sup><br>(7,36)  | 67,9 <sup>ac</sup><br>(7,88)  | 72,7 <sup>ab</sup><br>(8,06)  | $F_{(2,48)}=115,993^{***}$    |
| BMI                                                                                | 23,6 <sup>bc</sup><br>(1,96)  | 25,2 <sup>ac</sup><br>(2,02)  | 26,6 <sup>ab</sup><br>(2,80)  | $F_{(2,48)}=53,503^{***}$     |
| Karcsúság iránti készletesség (EDI)                                                | 1,4<br>(1,71)                 | 1,4<br>(1,92)                 | 1,6<br>(2,53)                 | $G_{(2)}=0,482$               |
| Bulimia (EDI)                                                                      | 1,6 <sup>bc</sup><br>(2,12)   | 2,7 <sup>a</sup><br>(2,84)    | 2,7 <sup>a</sup><br>(3,13)    | $G_{(2)}=14,365^{***}$        |
| Testi elégedetlenség (EDI)                                                         | 1,9 <sup>c</sup><br>(2,30)    | 1,5<br>(2,19)                 | 1,1 <sup>a</sup><br>(1,78)    | $G_{(2)}=7,271^*$             |
| Depresszió (RBDI)                                                                  | 4,4<br>(3,98)                 | 3,5<br>(3,15)                 | 3,6<br>(3,24)                 | $F_{(2,48)}=2,428^+$          |
| Állapotszorongás (STAI)                                                            | 39,4<br>(13,14)               | 39,0<br>(12,46)               | 41,0<br>(15,83)               | $F_{(2,48)}=0,669$            |
| Vonásszorongás (STAI)                                                              | 42,4<br>(8,40)                | 41,8<br>(8,91)                | 43,2<br>(11,61)               | $F_{(2,48)}=0,482$            |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok gyakorisága (PES)                         | 4,8<br>(3,35)                 | 5,0<br>(2,67)                 | 5,0<br>(3,30)                 | $F_{(2,46)}=0,382$            |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok intenzitása (PES)                         | 1,8<br>(0,38)                 | 1,6<br>(0,49)                 | 1,8<br>(0,55)                 | $F_{(2,38)}=1,767$            |
| A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők gyakorisága (PES)                          | 9,6<br>(1,00)                 | 10,0<br>(0,00)                | 10,0<br>(0,00)                | $G_{(2)}=6,000^*$             |
| A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők intenzitása (PES)                          | 2,6<br>(0,54)                 | 2,7<br>(0,36)                 | 2,7<br>(0,35)                 | $G_{(2)}=1,430$               |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának aránya (PES) | 0,6<br>(0,40)                 | 0,5<br>(0,27)                 | 0,5<br>(0,33)                 | $F_{(2,44)}=0,561$            |
| A várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya (PES) | 0,8 <sup>b</sup><br>(0,25)    | 0,6 <sup>a</sup><br>(0,21)    | 0,7<br>(0,21)                 | $F_{(2,38)}=4,831^*$          |

Megjegyzés:  $n = 20-25$ . <sup>+</sup>  $p < 0,10$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Az átlagok mellett látható felső indexek az átlagok, illetve rangátlagok Tukey-féle páronkénti összehasonlításának eredményeként szignifikánsnak mutatkozó különbségeket jelzik az egyes mérési időpontok között.

A súlygyarapodást a harmadik, illetve második és első trimeszterben mért testsúly különbségéből képeztük. A karcsúság iránti késztetés, a testi elégedetlenség, a bulimiás tendenciák, a depresszió, az állapot- és a vonásszorongás változását reprezentáló változót ugyancsak a harmadik, illetve második és az első mérés különbségéből számítottuk ki. A magasabb érték ezért a súlygyarapodás, a karcsúság iránti késztetés, a testi elégedetlenség, a bulimiás tendenciák, a depresszió, valamint a szorongás növekedését jelzi. A Spearman-féle rangkorrelációs elemzés eredményei szerint az első és második trimeszter között jelentkező súlygyarapodás a depresszió növekedésével jár együtt ( $r_s = 0,36$ ;  $p = 0,012$ ). A súlygyarapodás és a testkép, bulimia, illetve a mentális egészség lineáris kapcsolatára nézve nem találtunk több szignifikáns összefüggést. Az eredményeket a 39. táblázatban részletezzük.

39. táblázat. A terhességi súlygyarapodás függvényében a pszichológiai változók módosulása

| <b>Változók</b>                      | <b>Az 1. és 2.<br/>trimeszter közötti<br/>súlygyarapodás<br/>(n = 47–48)</b> | <b>Az 1. és 3.<br/>trimeszter közötti<br/>súlygyarapodás<br/>(n = 23–25)</b> |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Karcsúság iránti késztetés változása | 0,08                                                                         | 0,07                                                                         |
| Testi elégedetlenség változása       | -0,04                                                                        | -0,13                                                                        |
| Bulimia változása                    | -0,12                                                                        | 0,29                                                                         |
| Depresszió változása                 | 0,36*                                                                        | -0,01                                                                        |
| Állapotszorongás változása           | 0,02                                                                         | 0,04                                                                         |
| Vonásszorongás változása             | -0,04                                                                        | 0,12                                                                         |

Megjegyzés: \*  $p < 0,05$ .

A kiindulásnál evészavarral jellemezhető válaszadók átlagosan 10,0 kg-ot (szórás: 4,11 kg), az evészavarral nem jellemezhető kismamák pedig átlagosan 7,7 kg-ot (szórás: 1,11 kg) híztak az első és a harmadik trimeszter között. A Mann-Whitney-féle U-próba eredménye szerint az evészavaros válaszadók súlygyarapodása szignifikánsan magasabb ( $Z = 2,808$ ,  $p = 0,005$ ).

## 9.8. A várandós vizsgálat során kapott eredmények részösszefoglalója

A várandósok körében kapott eredményeket a következő szempontok szerint tárgyalom: az országok tekintetében a keresztmetszeti kutatás tekintetében, a longitudinális vizsgálat során pedig a terhesség folyamán végbemenő testi és pszichés változásokat azonosítása.

Először a keresztmetszeti minta pszichológiai változók alapstatisztika eredményeit, majd az antropometriai és demográfiai eredményeit mutattam be, ezt a táplálkozási szokások, az egészségkárosító viselkedésformák és a testedzés bemutatása követte. Ezt követően a testkép és a testtel való elégedetlenség dimenzióit vizsgáltam, majd az evészavar tünetek, a súlycsökkentő viselkedések és a falásrohamok gyakoriságát elemeztem. Harmadszor az Evészavar Kérdőív Testi elégedetlenség alszála, Karcsúság iránti készletés, Bulimia alszála, a Beck Depresszió kérdőív eredményeit, a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök skálán elért eredményeket és a patológiás tartományba tartozók gyakoriságát határoztam meg. Utolsósorban a klinikai, szubklinikai és máshova nem osztályozható evészavarok előfordulását tárgyaltam.

A várandós vizsgálatban kapott adatok alapján elmondható, hogy az erdélyi kismamák idősebbek, valamint több gyerekük van, és az előző terhességek alatt felszedett kg-ok száma is átlagosan magasabb, mint a magyarországi társaik csoportjában.

A táplálkozási szokásokat illetően azt találtuk, hogy mindkét minta hajlik arra, hogy a várandóssága alatt jobban odafigyeljen a táplálkozására. A fizikai aktivitás, valamint az egészségkárosító magatartások tekintetében sem találtunk különbséget az országok között.

A leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek az edzést jelölték meg, amelyik gyakoribb az erdélyi mintánál. Mindkét csoportban számoltak be a kismamák önhánytatásról, ami eltér a terhesség alatti hányingertől, valamint bizonyos magas kalóriatartalmú táplálékok tudatos mellőzéséről a hízás megakadályozása érdekében, azonban a kapott eltérések nem voltak szignifikánsak.

Evészavar Kérdőív Testi elégedetlenség, Karcsúság iránti készletés, Bulimia alszála esetében mindkét mintában előfordult a patológiás tartományba való besorolás, azonban nem volt különbség a minták között.

A Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök skálán elért eredményeket tekintve nagy arányban fordult elő negatív attitűd a terhességi súlynövekedést illetően, de nem volt különbség a két csoport között. A terhességi súlygyarapodást illetően az evészavar szempontjából nem veszélyeztetett kismamák negatívabb attitűdöt mutatnak, mint a nem veszélyeztetett társaik.

A Beck Depresszió Kérdőívvel mért eredmények következtében szintén beszámolhatunk középsúlyos depresszióról mindkét mintában.

Mindkét minta tagjai közül voltak, akik megfeleltek a klinikai, illetve szubklinikai és máshova nem diagnosztizált evészavaroknak a DSM-IV szerinti diagnosztikai kritériumok alapján.

#### 9.9. Longitudinális vizsgálatunk részösszefoglalója

A vizsgálat során egy esetben sem találtunk klinikai súlyosságú evészavart. A szubklinikai súlyosságú evészavarok közül szubklinikai anorexia nervosa egy személynél jelent meg, még hozzá az első trimeszterben. Falászavart az első két trimeszterben 2-2 főnél, a harmadik trimeszterben 1 személynél detektáltunk. Kompenzáló viselkedést az első két trimeszterben 6-6, a harmadik trimeszterben 5 válaszadó mutatott.

A longitudinális kutatás egyik céljául tűztük ki, hogy a várandósság időtartama alatt felismerésre kerüljön, hogy hogyan alakul a várandósság időtartama alatt a súlynövekedés, a testkép, az evészavar, a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök és a terhességi élmények. Az ismételt mérések eredményei szerint a vizsgálat időtartama alatt a testsúly és a BMI fokozatosan és szignifikánsan megnövekedett. Az első és második trimeszter között a válaszadók bulimiás tendenciája ugyancsak szignifikáns növekedést mutatott. A testi elégedetlenség mértéke azonban szignifikánsan csökkent a harmadik trimeszterre az első trimeszterhez képest. A várandóssággal kapcsolatos lelkesítők gyakorisága is növekedést mutatott, emellett a várandóssággal kapcsolatos bosszúságok és lelkesítők intenzitásának aránya is kedvező irányba mozdult el az első két trimeszter között. A terhességi súlygyarapodással kapcsolatban mindhárom trimeszter esetében 3-3 válaszadó bírt negatív attitűddel. A második célként a terhességi súlynövekedés, a mentális egészség (szorongás, depresszió, testkép) és az evészavar kapcsolata alakulásának feltárása volt, ennek eredményeként az első és második trimeszter között jelentkező súlygyarapodás a depresszió növekedésével jár együtt. Az evészavaros kismamáknál a terhesség során nagyobb súlygyarapodást tapasztalunk.

## 10. A szépségiparban dolgozók és a kontroll csoport eredményeinek megbeszélése

### 10.1. Az evészavarok előfordulása a szépségiparban dolgozóknál, valamint a kontroll csoport tagjainál

Az anorexia nervosa, valamint a bulimia nervosa prevalenciáját egy epidemiológiai vizsgálatban mértük fel szépségiparban dolgozóknál, valamint egy kontroll csoport körében. A kérdőívet összesen 543 személy (498 nő és 45 férfi) töltötte ki: Erdélyben 276 fő (246 nő, 30 férfi), Magyarországon pedig 267 személy (252 nő és 15 férfi). Az alacsony elemszámra való tekintettel a férfiakat kizártuk a vizsgálatból. A végső mintát 498 nő alkotta. A vizsgálat 2006 nyarán történt.

Arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen arányban fordulnak elő az evészavarok az általunk vizsgált szépségipari, illetve kontroll mintában, valamint arra, hogy az általunk kapott eredmények mennyiben hasonlítanak a nemzetközi szakirodalomban közölt prevalencia értékekhez.

Az általunk kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy az evészavarok prevalenciája Erdélyben és Magyarországon is megközelíti a közép- és kelet-európai országokban kapott prevalencia-értékeket. Klinikai súlyosságú evészavart csupán 2 esetben találtunk 0,8% AN, valamint 0,8% BN, mindkettő az erdélyi szépségipari dolgozóknál. A szubklinikai AN kritériumainak a magyarországi szépségiparban dolgozók 0,6%-a felelt meg. Sem az erdélyi, sem a kontroll csoportban nem találtunk szubklinikai súlyosságú AN-t. A szubklinikai BN a magyarországi szépségipari mintában 0,6%, az erdélyi szépségipari mintában pedig 1,6% volt. A kontroll csoportokban nem találtunk szubklinikai súlyosságú BN-t. Az EDNOS más kategóriáit tekintve: a falászavar gyakorisága a magyarországi szépségipari mintában 1,3%, erdélyi szépségipari mintában nem találtunk falászavart, a kontroll csoportokat tekintve a magyarországi 1,1%, az erdélyiben pedig 2,4%. A kompenzáló viselkedések közül 2,5% a magyarországi, 2,4% az erdélyi szépségipari mintában fordul elő. A kompenzáló viselkedésnek a kontroll csoportok tekintetében 2,1% a magyarországi, 1,6% az erdélyi mintában fordulnak elő. Normál súlyú anorexia 0,6%-ban a magyarországi szépségipari mintában fordult elő.

Az a tény, hogy az evészavarok erdélyi szépségiparban dolgozók esetében nagyobb gyakorisággal fordulnak elő, a következő tényezőkkel magyarázható: a fiatalabb életkornak, valamint a posztkommunista országokra nehezedő nyomás a „nyugatiasodás” irányába és az

ennek való megfelelésvágy hajlamosíthatja az evészavarok előfordulására. Szintén ezekkel a tényezőkkel (fiatalabb életkor, „nyugatiasodás”) magyarázzuk az erdélyi szépségipari mintában az alacsonyabb testsúlyt, valamint a vékonyabb testsúlyra való törekvést.

Annak ellenére, hogy a szépségiparban végzett munka nem minősült prediktornak az evészavar kialakulása szempontjából, az esélyhányados 16%-os, ami arra enged következtetni, hogy nagyobb valószínűséggel fordul elő a szépségipari mintában evészavar.

Fairburn és Beglin (1990), Rastam, Gillberg, van Hoeken és Hoek (2004) fiatal nők körében végzett kétlépcsős vizsgálatainak eredményei az anorexia nervosa 0,5-1% körüli prevalencia értékét kapta. Az általunk kapott adatok is hasonlóak, 0,8% az erdélyi mintában.

Szumaska és mtsai (2001) 3615 fiatal felnőtt magyar nőt vizsgálva az AN prevalenciáját 0,03%-osnak, a BN-ét pedig 0,41%-osnak találta. Az általunk kapott prevalencia értékek magasabbak a Szumaska és mtsai (2001) reprezentatív mintán kapott adatainál.

Erdélyben eddig 3 vizsgálat készült, egyik Túry, Birt és Antal (1998) romániai egyetemista nőket vizsgált, a másik két vizsgálatot Kovács és Szabó (2009), illetve Kovács (2007) végezte középiskolás mintán. Mivel jelen vizsgálatunk célcsoportja felnőtt szépségiparban való dolgozók, valamint hasonló korcsoportú kontroll csoportok voltak, a Kovács és Szabó (2009), valamint Kovács (2007) középiskolás mintán kapott eredményeivel való összehasonlítás csupán korlátozottan lehetséges. A kapott eredményeink hasonlóak az első vizsgálat AN (0,2%), BN (0,8%) gyakoriságértékeihez, az első vizsgálat szubklinikai BN (1,4%) gyakorisága megfelel az erdélyi szépségipari minta értékeinek, a második vizsgálat szubklinikai BN (0,8%) értékeihez a magyarországi szépségipari dolgozók értékeihez.

A kapott eredményeink alacsonyabb százalékos értéket mutatnak, mint Túry, Birt és Antal (1998) egyetemista populáción kapott adatai (a szubklinikai AN 2,5% nőknél, férfiaknál 0,6%, szubklinikai BN a nők között 3,8%, férfiak között 2,5%). Az általunk kapott szubklinikai AN értékek megfelelnek a Túry, Birt, és Antal (1998) férfiaknál talált szubklinikai BN gyakoriságértékeivel.

## 10.2. A falásrohamok és a különböző súlycsökkentő viselkedések előfordulása a szépségiparban dolgozók és kontroll csoportban

A testsúlycsökkentő viselkedéseknél a diétázás, valamint a vízhajtó-használat gyakoribb a szépségipari dolgozóknál, emellett tendenciaszinten gyakoribb a falásrohamok, valamint az étvágycsökkentők használata, mint a kontroll csoportban. A testsúlycsökkentő viselkedések tekintetében a foglalkozás, az életkor és a BMI tűnik prediktor tényezőnek a havi gyakoriságú diétázás, illetve vízhajtó-használat előfordulása. Ezek szerint a foglalkozás szignifikáns prediktora a diétázásnak és a vízhajtó-használatnak. A fiatalabb életkor nevezetesen a diétázás, míg az idősebb életkor a vízhajtóhasználat prediktora. A vízhajtóhasználatot a magasabb életkorral és az ezzel járó szomatikus zavarok előfordulásával magyarázzuk, ahol a vízhajtók használata orvosi előírásra javallott.

A magasabb BMI is előrejelzi ezen súlycsökkentő viselkedéseket, amit a karcsúságra és vékonyabb testalakra való törekvéssel jár együtt.

Vizsgálatunkban a falásrohamok gyakoriságát, mint a bulimia egyik vezértünetét vizsgáljuk. A szépségipari mintában 22,8%-ban, a kontroll csoportban 16,3%-ban fordult elő legalább havi rendszerességgel falásroham. Az általunk kapott adatok nagyjából megfelelnek Fairburn és Beglin (1990) adatainak, ahol az általános populációban a nők esetében 26%-os gyakoriságot találtak.

A heti legalább egy falásroham-gyakoriság előfordulása 5,6% a szépségiparban dolgozók, valamint a 2,5% kontroll csoport esetében nagyjából hasonlóak Hay (1998) adataival, ahol nőknél 3,4% heti minimum egy falásroham-gyakoriságot talált. Eredményeink a heti legalább egyszeri falásroham tekintetében alacsonyabbak, mint a Túry és mtsai (1998) egyetemista nők körében kapott adatoknak 8,6%, viszont magasabbak 5,6% (heti gyakoriság), mint a Szumska és mtsai (2005) által kapott 2,7% gyakoriságértékeknek.

A testedzés az alak vagy testsúly miatt a leggyakoribb súlycsökkentő viselkedés. Az esetek 22,9%-a a szépségipari mintából, 27,5% a kontroll csoportból hetente legalább egyszer élnek ezzel a lehetőséggel. 8,1%-ban a szépségipari mintánál, 7,2%-ban a kontroll csoport tagjainál napi rendszerességgel sportolnak az alak vagy a testsúly miatt. Eredményeink (8,1%) nagyjából megegyeznek a napi testedzés gyakoriság esetében Szumska és mtsai (2005) adataival (7%). Talán ezzel is magyarázható az az eredmény, hogy a szépségiparban dolgozók szignifikánsan alacsonyabb testsúlyra, vékonyabb testalakra vágnak.

A diétázás is igen gyakori súlycsökkentő viselkedésként jelenik meg, legalább heti rendszerességgel 11,5% jelenik meg a szépségipari mintában, 6,6%-ban a kontroll csoport tagjai között. E tekintetben úgy tűnik, hogy a szépségipari munka hajlamosít súlykontrolláló viselkedésre, ez esetben diétázásra. A havi legalább egyszeri diétázás (40,9%) a szépségiparban dolgozók, 29,9% kontroll csoport tagjainál az eredményeink alacsonyabbak, mint a Wong (2003) által közölt, hasonló mintán kapott adatok (76,2% szépesz, 51,3% kontroll csoport).

A havi legalább egy alkalommal előforduló önhánytatás esetében alacsonyabb értékeket 6,3% kaptunk a szépségiparban dolgozóknál, mint Wong (2003) hasonló mintán kapott adatai (10,7%) esetében.

### 10.3. A táplálkozásszavarokra jellemző kóros evési attitűdök és testi attitűdök a szépségiparban dolgozóknál, illetve a kontroll csoportnál

A kóros evési attitűdök vizsgálatára az Evési Attitűdök tesztjét, a kóros testi attitűdök azonosítására pedig a Testi Attitűdök tesztjét és az Evési Zavar Kérdőív Testtel való elégedetlenség alszáláját használtuk. A kóros evési attitűd előfordulása a szépségiparban dolgozók esetében 10,1%, míg a kontroll csoport tagjainál 6% a kapott különbségek szignifikánsak.

A szépségiparban dolgozóknál nagyobb mértékben jelenik meg a diétázásra, valamint a bulimiára való hajlam. Az ország tekintetében is különbség mutatkozik, az erdélyi szépségiparban dolgozókra jellemzőbbek a bulimiás tendenciák. Úgy tűnik, hogy a foglalkozás főhatása is megmutatkozik, nevezetesen a szépségiparban dolgozók szignifikánsan kedvezőtlenebb evési attitűddel rendelkeznek, és úgy tűnik, hogy a szépségiparban dolgozóknál gyakrabban fordul elő a patológias diétázás.

A patológias tartományhoz tartozó eredményeink kicsivel magasabbak Kovács és Szabó (2009) középiskolás populációban végzett mintájukon kapott eredményekhez (8,9%) viszonyítva, viszont alacsonyabbak a Túry és mtsai (1998) által kapott 14%-nál.

A Testi Attitűdök Tesztben (BAT) a vizsgált szépségiparban dolgozók 23,9%, míg a kontroll csoport tagjainál 28,9% tartozik a kóros tartományba. A BAT-on elért összpontszámok tekintetében az átlagértékeink alacsonyabbak úgy a szépségiparban dolgozók 29,5 pontérték, mint a 29,4 pontérték a kontroll csoport esetében (szórás:15,8 vs.16,1), mint a Czeglédi, Urbán és Rigó (2009) 365 fős átlagpopulációban kapott nők adatainál 43,8.

Az EDI Testtel való elégedetlenség alskálán a patológiás tartományba tartozók száma 8,2% szépségiparban dolgozóknál, 8,3% a kontroll csoport tagjainál. Eredményeink jóval alacsonyabbak a Túry és mtsai (1998) romániai egyetemista nők körében végzett vizsgálatának eredményeinél, ahol 18,5% -os patológiás tetsttel való elégedetlenséget írtak le.

A szépségiparban dolgozók alacsonyabb testalkatra vágnak, ebben a média hatásnak is igen jelentős szerepet tulajdoníthatunk, amit csak nehezíthet a tény, hogy a szépségiparban dolgozóknál társadalmilag elvárt, hogy szépek, vonzók, karcsúak és jólápoltak legyenek.

A Testi Befektetések skálájával (BIS) végzett vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a testtel kapcsolatos érzések és attitűdök a szépségiparban dolgozók körében kedvezőbbek, mint a kontrollcsoport tagjainál, emellett szignifikánsan jobban óvják, védik a testüket, mint a kontrollcsoport válaszadói, talán ezzel magyarázható az tény is, hogy a szépségiparban dolgozók több időt töltenek és pénzt költenek a szépségápolásra.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy az általunk vizsgált csoportokban a kapott evészavar adatok aránya megközelíti a nyugati országokban közölt evészavar prevalencia értékeket.

Kapott eredményeinket azonban kellő kritikával kell elemezni a következő tényezők miatt: az általunk végzett kutatásban kényelmi mintavételt használtunk. Az általunk végzett felmérések egylépcsősek voltak, és ellentétben a szigorú kritériumrendszereket teljesítő kétlépcsős vizsgálatoknak, a kérdőíves fázist nem követte interjú, ami lehetőséget adott volna egyes félreértések jobb tisztázására, például azt a kérdést nem tettük fel, hogy a szépségiparban dolgozók szerint a társadalom, illetve a klienskörük milyen mértékben várja el tőlük, hogy szépek, ápoltak, vonzóak, csinosak legyenek. Azt is a vizsgálat korlátai között említhetjük, ami szintén a kétlépcsős vizsgálat hiányossága, az a tény, hogy a szépségiparban dolgozók állandóan mások szépségének fittségének megtartásán dolgozik, hogyan hat ez saját testi elégedetlenségére.

Az antropometriai adatokat önbeszámoló módszerrel kérdeztük meg, ami szintén a validitás sérülését vonhatja maga után. Egy másik korlát, hogy az evészavaros egyének viszonylag alacsony elemszáma miatt bizonyos statisztikai műveletek nem voltak alkalmazhatók. A mintáink nem voltak reprezentatívak egyik ország lakosságára nézve sem, mindez anyagi és személyi kapacitás hiányának tulajdonítható. A keresztmetszeti kutatás mivolta nem ad lehetőséget ok-okozati összefüggések levonására.

Úgy gondoljuk, hogy mindezen módszertani hiányosságok ellenére eredményeink értelmezhetőek és összehasonlíthatók más vizsgálatokban kapott eredményekkel.

## 11. A várandós vizsgálat eredményeinek megbeszélése

### 11.1. Az evészavarok előfordulása a várandós kismamák körében

Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa előfordulását a magyarországi és erdélyi várandósok körében két vizsgálattal mértük fel.

A keresztmetszeti vizsgálatban összesen 240 kismama töltötte ki a kérdőívet, a longitudinális mintában pedig 50 kismama vállalta, hogy a terhesség minimum kettő vagy mindhárom harmadában kitölti a kérdőívet.

Elsősorban azt szeretnénk volna felmérni, hogy az általunk vizsgált várandós mintában milyen arányban vannak jelen az evészavarok, valamint arra, hogy az általunk kapott prevalencia-értékek milyen mértékben felelnek meg a nemzetközi irodalomban kapott prevalencia-értékeknek.

A kapott eredményeink azt mutatják, hogy az általunk vizsgált kismamák evészavar-előfordulásának adatai megközelítik a nemzetközi vizsgálatokban közölt adatokat. A jelen dolgozatban alkalmazott diagnosztikai kategóriák felállításához összesen 62 válaszadó részéről állt rendelkezésre valamennyi adat, ezért az összehasonlító elemzéseknél a százalékos értékeket nem hasonlíthatjuk össze más kutatás százalékos értékeivel, csupán az evészavarban érintett személyek számarányát.

A keresztmetszeti vizsgálatunkban nem volt olyan személy, aki teljesítené a klinikai AN kritériumrendszerét. A BN prevalenciája 1,6% ( $n = 1$ ), a SAN-é 1,6% ( $n = 1$ ), a SBN-é 4,3% ( $n = 1$ ) a falászavar gyakoriság 4,8% ( $n = 3$ ), a kompenzáló viselkedése pedig 17,7% ( $n = 11$ ).

Az országok tekintetében nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget az evészavar-gyakoriság értékeit illetően.

Eredményeinket a Szabó és Túry (1995) hasonló életkorú, nem várandós, dolgozó nők mintáján kapott eredményeikkel összehasonlítva (BN: nőknél 0,7% ( $n = 4$ ), férfiaknál 1,7% ( $n = 2$ ), a szubklinikai BN: nők 5,3% ( $n = 30$ ), férfiak 2,5% ( $n = 3$ ), szubklinikai AN: nők 0,7% ( $n = 4$ ), férfiak 1,7% ( $n = 2$ ), az evészavarban érintett elemszámokat tekintve alacsonyabb értékeket kaptunk.

A Szumska és mtsai (2005) 3615 fiatal felnőtt, nem várandós nő eredményeihez hasonlítva is alacsonyabb értékeket kaptunk. Talán az általa kapott SAN gyakoriságértéke (1,09%,  $n = 37$ ), felel meg az általunk kapott SAN gyakoriságértékének (1,6%,  $n = 1$ ).

Easter és mtsai (2013) 1027 várandós kismamával végzett kutatás adatait a saját eredményeinkkel összehasonlítva, azt mondhatjuk, hogy hasonló értékeket kaptunk a BN 1,6% (n = 1), mint Easter és mtsai (2013) esetében BN 0,1% (n = 1). A kompenzáló viselkedések esetében is hasonló számarányokat kaptunk n=11 (17,7%) mint Easter és mtsai (2013) vizsgálatában (1,8%) n=13.

A falászavar gyakoriság értékeink (4,8%), pontosan megfelelnek Watson és mtsai (2012) várandósok körében végzett eredményeinek (4,8%).

#### 11.2. A falászavarok és különböző súlycsökkentő viselkedéseknek az előfordulása a várandósok körében

Az evészavarok egyik jellegzetes tünete, a falásroham, heti legalább két alkalommal, 4%-ban fordult elő, ami alacsonyabb, mint a 8,4% Easter és mtsai (2013) vizsgálatában. A kapott havi falásroham gyakoriságok (17,3%) megfelelnek a Soares és mtsai (2009) vizsgálatában kapott gyakoriságértékeknek (17,3%).

A testedzés előfordulása heti többszöri alkalommal 10,2%-ban, és napi gyakorisággal 4,9%-ban fordult elő, ez tűnik a leggyakrabban előforduló testsúlycsökkentő viselkedésnek.

A diétázás előfordulása hetente többszöri gyakoriságban 2,5%-os volt.

Az önhánytatás gyakorisága magasabb (5,8%, n = 13), mint Easter és mtsai (2013) vizsgálatában (1,1%, n = 8). Úgy tűnik, hogy annak ellenére, hogy ki volt jelentve, hogy ez teljesen más, mint a terhesség alatt jelentkező hányinger vagy hányás, a kismamák mégis gyakran alkalmazzák.

#### 11.3. A terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök eredményei

Az általunk vizsgált várandósoknál szignifikánsan gyakoribb volt a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos negatív attitűd. A válaszadók csupán 35,3%-a mutatott pozitív attitűdöt, míg az esetek 64,7%-a negatív attitűddel viseltetik a terhességi súlygyarapodással kapcsolatban. Eredményeink magasabbak, mint DiPietro, Millet, Costigan, Gurewitsch és Caulfield (2003) 130 várandóson végzett vizsgálatának értékei, ahol az esetek 50%-ában negatív testtel való elégedettséget mutattak. Az eredményeink azt mutatják, hogy a kismamák 39,1%-a fél a terhesség alatti elhízástól, ami hasonló Fairburn és Welch (1990) várandós mintán végzett eredményeivel, ahol 50%-ban tapasztalták az elhízástól való félelmet.

A hipotézisünk szerint is azok a várandósok, akik negatívabb attitűdöt mutatnak a terhességi súlygyarapodást illetően, több súlycsökkentő viselkedéshez folyamodnak, magasabb depresszió- és szorongásszint jellemzi őket, mint pozitív attitűdöt mutató társaikat.

A negatív terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűddel rendelkezők szignifikánsan magasabb átlagértékeket értek el az EDI Testtel való elégedetlenség, Karcsúság iránti késztetés és a Bulimiás tendenciák alkálán. A depresszió-szint, az állapotszorongás és vonásszorongás tekintetében is magasabb értékeket kaptunk, mint a pozitív attitűdöt mutatók esetében. Illetve a terhesség alatti bosszúságok is szignifikánsan gyakoribbak, míg a pozitív élmények intenzitása alacsonyabb, mint a terhességi súlygyarapodást illetően pozitív attitűdöt mutató társaiknál.

Az eredményeink azt mutatták, hogy az evészavar szempontjából nem veszélyeztetett kismamáink negatívabb attitűdöt mutatnak a terhességi súlygyarapodást illetően, amit azzal a tendenciával magyarázhatunk, hogy az egyének evészavar tünetei csökkennek a terhesség alatt vagy esetleg remissziós fázisba kerülnek.

#### 11.4. Egészségmagatartás és egészségkárosító viselkedések gyakorisága a keresztmetszeti mintában

Az általunk vizsgált kismamák 49,3%-a napi rendszerességgel sportol. Artal és O'Toole (2003), Brenner, Wolfe, Monga és McGrath (1999), Arizabaleta, Orozco Buitrago, Aguilar de Plata, Mosquera Escudero és Ramírez-Vélez (2010), Prather, Spitznagle és Hunt (2012), Stafne és mtsai (2012) a terhesség alatti testmozgás fontosságára hívja fel a figyelmet mind az anya, mind a születendő gyermek szempontjából

A vizsgált mintában az esetek 1,3%-ban fordult elő dohányzás és a napi átlag cigaretta fogyasztás 8,5 szál (szórás:2,1 szál). A kapott eredményeink alacsonyabbak, mint a Tombor és Urbán (2012) vizsgálatában kapott 29,3% gyakoriságértékek.

Az alkoholfogyasztás tekintetében 12% havi rendszerességgel fogyaszt alkoholt, ami hasonló Wong, Ordean és Kahan (2011) kanadai nők körében végzett vizsgálatának az eredményével, ők 14%-ban találtak alkoholfogyasztást a terhesség ideje alatt. Sajnos a terhesség alatti alcohol-, valamint nikotinfogyasztás nagyon káros úgy az anyára, mint a születendő gyermekre nézve.

#### 11.5. Az EDI alskáláin a testtel való elégedetlenség, a karcsúság iránti késztetés és a bulimiára való hajlam kóros tartományba tartozó gyakoriságértékei

Az EDI Testi elégedetlenség alskála esetében a válaszadók 0,6%-a ( $n = 1$ ), a Karcsúság iránti késztetés esetében 2,5%-a ( $n = 3$ ), a Bulimia alskála esetében pedig 1,7%-a ( $n = 1$ ) tartozik a patológiás tartományba.

A karcsúság iránti késztetés, a testtel való elégedetlenség, valamint a bulimiára való hajlam előfordul a várandósság idején is, talán ezek következtében magyarázható a súlycsökkentő viselkedések, valamint a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos negatív attitűdök megléte is.

Továbbá összefüggést kaptunk a testsúlykontrolláló magatartások gyakorisága, valamint a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdöket illetően, a negatív attitűdöket mutató válaszadók körében szignifikánsan gyakoribb az étvágycsökkentők használata, mint a pozitív attitűdökkel bíróknál.

#### 11.6. A terhességi élmények minősége

A bosszúságok és lelkesítők gyakoriságának vizsgálatával azt találtuk, hogy a pozitív terhességi élmények szignifikánsan nagyobb gyakorisággal és nagyobb intenzitással fordulnak elő a kismamáknál, mint a várandóssággal kapcsolatos negatív élmények. Eredményeink megfelelnek DiPietro, Christensen és Costigan (2008) 112 várandós kismamával kapott adataikkal, miszerint a terhesség alatti pozitív élmények nagyobb gyakorisággal és intenzitással vannak jelen, mint a negatívak.

Az a kismama, akinek a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűdje negatív, hajlamos több negatív élményt észlelni a terhessége folyamán, valamint a karcsúság iránti késztetés és testtel való elégedetlensége, a depresszió- és szorongásszintje is magasabb értéket mutat.

## 12. A longitudinális várandós vizsgálat eredményeinek megbeszélése

### 12.1. Az evészavarok előfordulása a várandós longitudinális mintában

A vizsgálat során egy esetben sem találtunk klinikai súlyosságú evészavart. A szubklinikai súlyosságú evészavarok közül szubklinikai anorexia nervosa egy személynél volt jelen, még hozzá az első trimeszterben. Falászavart az első két trimeszterben 2-2 főnél, a harmadik trimeszterben 1 személynél detektáltunk. Kompenzáló viselkedést az első két trimeszterben 6-6, a harmadik trimeszterben 5 válaszadó mutatott. A mindhárom mérési ponton adatot szolgáltatók almintájában nem találtunk szignifikáns különbséget az összesített evészavarok előfordulási gyakorisága tekintetében, az evészavar-gyakoriság csökkenése volt tapasztalható.

Célkitűzéseink közé tartozott annak felmérése, hogy hogyan alakulnak a várandósság időtartama alatt a súlynövekedés, a testkép, az evészavar, a súlykontrolláló viselkedések, a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök és a terhességi élmények.

A súlykontrolláló viselkedéseket elemezve a következőket mondhatjuk el: a mindhárom mérési ponton adatokat szolgáltató válaszadók 61,5%-a végzett testedzést a testsúlya vagy alakja miatt az első trimeszterben. A második és harmadik trimeszter idején a súlykontroll céljából végzett testgyakorlás arányának tekintetében ez az arány szignifikáns csökkenést mutatott 38,5%-ra. Az eredményeink hasonlóak a Crow, Agras, Crosby, Halmi és Mitchell (2008) 385 várandóssal készült vizsgálatának adataihoz, ahol a purgáló viselkedések és a testedzés 41,2%-ra csökkent.

Az első és második trimeszter között a válaszadók bulimiás tendenciája ugyancsak szignifikáns növekedést mutatott, ez hasonló Conrad, Schablewski, Schilling és Liedtke (2003) vizsgálatában kapott adatokkal, ahol bulimiás nőknél terhesség idején a bulimiás tünetek felerősödését találta.

Az első és második trimeszter között jelentkező súlygyarapodás a depresszió növekedésével jár együtt, ez az eredmény összhangban van Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton és Milgrom (2009) vizsgálati eredményeivel, amelyek szerint a testtel való elégedetlenség, valamint a depresszió-szint között pozitív korreláció volt.

Az általunk vizsgált evészavaros kismamák szignifikánsan több súlytöbbletet halmoznak fel a terhesség alatt, az evészavarban nem szenvedő kismamákhöz képest ami megerősíti az Laraia, Epel és Siega-Riz (2013) által szerzett tapasztalatokat, miszerint a terhességi súlygyarapodás hangsúlyosabb abban az esetben, ha a szervezet megtapasztalta a

nem biztonságos táplálékelérést, valamint a táplálékmegvonást. Az evészavaros periódus is ilyen táplálékmegvonásos időszaknak tekinthető az egyén életében.

Eredményeink azt mutatják, hogy a testi elégedetlenség mértéke szignifikánsan csökkent a harmadik trimeszterre az első trimeszterhez képest. Ezek szerint elmondható, hogy a kapott eredményeink hasonlóak Helen Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton, és Duncombe (2005) 125 ausztrál egészséges terhes nőn végzett vizsgálatának adataival, a szerzők azt találták, hogy a testtel való elégedetlenség a korai terhességi (1. trimeszter - 2. trimeszter eleje) szakaszra jellemző. Ezt azzal magyarázzák, hogy az első trimeszter végére a nők inkább érzik kövérnek magukat, hiszen még a pocakjuk nem igazán látható, azonban az addig hordott ruháik már nem jók rájuk, amíg a későbbi terhességi időszakban a pocak már nyilvánvalóvá válik, akkor már "várandósnak" és nem "kövérnek" érzik magukat.

Úgy tűnik, hogy a várandósság alatt megjelenő testsúlykontrolláló viselkedések csökkennek a terhesség folyamán, a testtel való elégedetlenség mértéke is csökken a terhességi trimeszterek előrehaladtával, azonban a bulimiás tendenciák és a súlynövekedés emelkedett depressziószinttel jár.

Ugyancsak fontos hozadéka van a kutatásnak azáltal, hogy ha időben tudnánk azonosítani az evészavaros kismamákat, akkor csökkenne a kockázata a veleszületett rendellenességeknek, illetve a szülészeti komplikációk gyakorisága is csökkenthető volna.

A kutatás intervenciós hozadéka abban áll, hogy azáltal, hogy a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos negatív attitűdök prediktorait, ez esetben a bulimiát és az életkort azonosítottuk, csökkenthetnénk a bulimiás viselkedések hozadékaként megjelenő, mind az anyára, mind a magzatra káros következményeket.

A vizsgálat korlátait képezik:

- Kényelmi és nem reprezentatív mintavétel
- Az antropometriai adatok önbeszámolás volta sértheti a validitást?
- A felsőfokú végzettség túlreprezentált, és a közép-, illetve alsófokú végzettség alulreprezentált
- A keresztmetszeti vizsgálat nem ad lehetőséget ok-okozati összefüggésre
- Benyomáskeltési okból torzított változók, különösen a terhes vizsgálatban, ahol a terhesség alatt különösen veszélyes az evészavar, valamint a súlycsökkentő viselkedésmód jelenléte

- Az evészavar szempontjából veszélyeztetettek alacsony elemszáma alacsony statisztikai erőhöz vezet, és nem ad lehetőséget a többváltozós statisztikai elemzések lefolytatására

Úgy gondoljuk, hogy mindezen módszertani hiányosságok ellenére eredményeink értelmezhetőek és összehasonlíthatók más vizsgálatokban kapott eredményekkel.

Összefoglalás, új eredmények :

A jelen vizsgálatoknak a következő célkitűzései voltak:

1. A klinikai és szubklinikai evészavarok tüneteinek és szindrómáinak prevalenciájának, valamint a kóros evési attitűdök és a kóros testi attitűdök gyakoriságának vizsgálata az erdélyi és magyarországi szépségiparban dolgozók és a kontroll csoporttal összehasonlítva.
2. Annak kimutatása, hogy a szépségiparban végzett munka milyen mértékben növeli az evészavaroknak és testképzavaroknak a valószínűségét.
3. A keresztmetszeti vizsgálatban a szubklinikai és klinikai evészavarok prevalenciájának, terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűdök, terhességi élmények vizsgálata a magyarországi és erdélyi várandós kismamák körében.
4. A longitudinális vizsgálat célkitűzései között annak a felmérése szerepelt, hogy hogyan alakulnak a várandósság időtartama alatt a súlynövekedés, a testkép, az evészavar, a terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök, valamint a terhességi élmények. Továbbá a terhességi súlynövekedés függvényében, a mentális egészség (szorongás, depresszió) és az evészavar közötti kapcsolat alakulásának feltárása.

Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkban Magyarországon, valamint Erdélyben élő (magyar anyanyelvű) szépségiparban dolgozó (fodrászok, kozmetikusok, manikűrösök, pedikűrösök, fitnessz oktatók és szoláriumban dolgozók), valamint a kontroll csoport tagjai vettek részt. A kérdőívet összesen 543 személy (498 nő és 45 férfi) töltötte ki: Erdélyben 276 fő (246 nő, 30 férfi), Magyarországon pedig 267 személy (252 nő és 15 férfi). Az alacsony elemszámra való tekintettel a férfiakat kizártuk a vizsgálatból. A végső mintát 498 nő alkotta, akiknek 56,2%-a ( $n = 280$ ) dolgozik a szépségiparban. 49,4%-uk ( $n = 246$ ) Erdélyben él. A minta átlagéletkora 34,6 év ( $SD = 10,23$  év).

A várandós keresztmetszeti vizsgálatban összesen 240 erdélyi és magyarországi kismama töltötte ki a kérdőívet. A longitudinális vizsgálatban 50 kismama (56,8% erdélyi, 43,2% magyarországi) vett részt, ugyancsak informált beleegyezéssel, önkéntes és anonim módon. A résztvevőket az erdélyi mintában a családorvosi rendszerből, a magyarországi mintában pedig a védőnői rendszerből értem el. A minta átlagéletkora 29,6 év ( $SD = 4,17$  év).

A szubklinikai és a klinikai evészavarok, valamint a testképzavarok vizsgálatára nemzetközileg is használt kérdőíveket alkalmaztam. A kérdőív a demográfiai és antropometriai adatok mellett, valamint a szépségápolásra vonatkozó kérdéseken kívül az Evészavar Súlyossági skálát, az Evészavar Kérdőív Testtel való elégedetlenség alskáláját, a

Testi Attitűdök Tesztjét, az Evési Attitűdök Tesztjét és a Testi Befektetések skáláját tartalmazta.

A várandós kismamák vizsgálatára alkalmazott kérdőív a demográfiai, antropometriai adatok mellett a terhességre vonatkozó kérdéseket, az Evészavar Kérdőívet, az Evészavar Súlyossági Skálát, Spielberger Vonás- és Állapotszorongás Kérdőív, Beck Depresszió skála rövidített változata, a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skáláját, Terhességi Élmények skáláját tartalmazta.

A szépségiparban dolgozók és a kontroll csoport eredményei:

- Klinikai súlyosságú evészavart két esetben találtunk: AN (0,8%), BN (0,8%) mindkettő az erdélyi szépségipari mintában. A szubklinikai zavarok, valamint a máshová nem osztályozott evészavarok közül a SAN 0,6%, a SBN 0,6%, a falászavar 6,7%, a kompenzáló viselkedés 8,6%, a normális súlyú AN 0,6%-os gyakoriságban fordult elő a magyarországi mintában. Az erdélyi szépségipari mintában, a szubklinikai zavarok a következő gyakoriság értékeket mutatták: SBN 1,6%, kompenzáló viselkedés 2,4%.

A magyarországi és erdélyi kontroll csoportban a máshová nem osztályozott evészavarok közül a következő gyakoriságértékeket kaptuk: falászavar 1,1% Magyarországon, 2,4% Erdélyben, kompenzáló viselkedések 2,1% Magyarországon, 1,6% Erdélyben.

- A kapott adatok arra engednek következtetni, hogy a szépségiparban dolgozóknál nagyobb valószínűséggel jelenik meg havi legalább egy súlycsökkentő viselkedésmód, valamint a patológiás diétázás előfordulása is.
- A szépségiparban dolgozók kedvezőtlenebb evési attitűdökkel rendelkeznek, a bulimiára és a diétázásra való hajlam is gyakoribb, mint a kontroll csoporthoz tartozó társaik esetében.
- A foglalkozás nem bizonyult az evészavar szignifikáns prediktorának
- A szépségiparban dolgozók több pénzt költenek és több időt töltenek a testápolásra.

A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a szépségiparban dolgozóknál kedvezőtlenebb evési attitűdök, magasabb diétázásra és bulimiára való hajlam tapasztalható, ugyanakkor a szépségiparban dolgozóknál nagyon valószínűséggel fordul elő havi legalább egy súlycsökkentő viselkedés.

A várandós keresztmetszeti kutatásban kapott eredményeket a következőképpen összegezzük:

- A keresztmetszeti vizsgálatunkban nem volt olyan személy, aki teljesítené a klinikai súlyosságú AN kritériumrendszerét. A BN prevalenciája 1,6%, a SAN-é 1,6%, a falászavar gyakoriság 4,8%, a kompenzáló viselkedése pedig 17,7%.
- A válaszadók 35,3%-a pozitív, míg 64,7%-a negatív attitűddel viseltetik a terhességi súlygyarapodással kapcsolatban.
- A negatív terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos attitűddel rendelkezők szignifikánsan magasabb átlagértékeket értek el az EDI Testtel való elégedetlenség, Karcsúság iránti készletesség alskálán, az EDI-bulimiás tendenciák, depresszió szint, az állapot- és vonásszorongás magasabbak, illetve a terhesség alatti bosszúságok is szignifikánsan gyakoribbak, míg a pozitív élmények intenzitása alacsonyabb, mint a terhességi súlygyarapodást illetően pozitív attitűdöt mutató társaiknál.
- Beazonosítottuk a negatív terhességi súlygyarapodással kapcsolatos attitűdök potenciális magyarázó változóit: idősebb életkor és a bulimára való hajlam bizonyultak a negatív attitűdök szignifikáns előrejelzőinek.
- A testsúlykontrolláló magatartások vizsgálata során kapott eredményeink szerint a terhességi súlygyarapodással kapcsolatban negatív attitűdöt mutató válaszadók körében szignifikánsan gyakoribb az étvágycsökkentők használata, mint a pozitív attitűddel bíróknál.
- Azt találtuk, hogy azok a személyek, akik evészavar szempontjából nem veszélyeztetettek, negatívabb testi attitűddel rendelkeznek, mint evészavaros társaik.

A longitudinális kutatás eredményeit a következőképpen összegezhetjük:

- A második és harmadik trimeszterben szignifikáns csökkenés történt a súlykontroll céljából végzett testgyakorlás arányának tekintetében
- Az első és második trimeszter között a bulimiás tendencia szignifikáns növekedést mutatott
- A testi elégedetlenség mértéke azonban szignifikánsan csökkent a harmadik trimeszterre az első trimeszterhez képest
- Az első és második trimeszter között jelentkező súlygyarapodás a depresszió növekedésével jár együtt.

A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a várandós mintában kapott evészavar gyakoriságok megközelítik a nemzetközi szakirodalomban megjelenő prevalencia-értékeket. Ugyancsak fontos hozadéka van a kutatásnak azáltal, hogy ha időben tudnánk azonosítani az evészavaros vagy evészavarra fokozott hajlamot mutató kismamákat, akkor csökkenne a

kockázata a veleszületett rendellenességeknek, illetve a szülészeti komplikációk gyakorisága is csökkenthető volna.

A várandós kutatás intervenciós hozadéka abban állhat, hogy azáltal, hogy a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos negatív attitűdök korrelátumait prediktorait, ez esetben a bulimiára való hajlamot és az életkort azonosítottuk, csökkenthetnénk a bulimiás viselkedések hatására megjelenő, mind az anyára, mind a magzatra káros fizikai következményeket. Ezt segítheti a két kérdőív (A Terhességi Élmények Skála rövidített változata és a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skála) magyar nyelvre adaptálása, ami által idejében azonosíthatjuk az evészavar szempontjából veszélyeztetett várandósokat.

Mindkét vizsgálat hiánypótló az adott témakörben hiszen, a szépségipari mintában világszerte egyetlen kutatás ismert, a várandós mintán pedig az erdélyi és magyarországi viszonylatban még egyáltalán nem készült vizsgálat.

Summary, new results:

The present study has the following objectives:

1. To assess the prevalence of symptoms and syndromes clinical and subclinical eating disorders among Transylvanian and Hungarian beauticians, in comparison with control groups and control groups.
2. To prove that working in the beauty industry may convey an increased occupational risk for eating disorders and body image disorders.
3. To assess the prevalence of symptoms and syndromes clinical and subclinical eating disorders, and to analyze the pregnancy experience, weight gain attitudes toward pregnancy in a group of Hungarian and Transylvanian pregnant women.
4. The objectives of the longitudinal study included the survey of weight gain during pregnancy, the prevalence of eating disorders, the body image, and pregnancy weight gain attitudes. Furthermore, to evaluate the development and the prevalence of such mental health problems as depression, anxiety, and eating disorders from the point concerning weight gain during pregnancy.

The study sample comprised 128 beauticians from Transylvania (5 male, 123 female), 167 beauticians from Hungary (10 male, 157 female). These groups were compared to control groups in Transylvania and Hungary, consisting of 148 (25 male, 123 female) subjects in Transylvania and 101 subjects (5 male, 95 female) in Hungary. The beauticians group consists of cosmeticians, manicurists, hairdressers, solarium salon workers, fitness coaches.

In the cohort study of Transylvanian and Hungarian pregnant women, 240 individuals were assessed using a standardized questionnaire. In the longitudinal study 50 (56.8% Transylvanian, 43.2% Hungarian) pregnant women filled the questionnaire in all three trimesters of pregnancy. We evaluated the women through the general practitioners in Transylvania and through midwives in Hungary.

The mean age of the evaluated population was 29.6 year (SD = 4.17 year). The clinical and subclinical eating disorders were evaluated by using a standardized questionnaire.

The questionnaire used in the beauticians' and control groups included: items referring to demographic and anthropometric data (age, height, weight) and body care, the Eating Attitudes Test, the Eating Behaviour Severity Scale, the Human Figure Drawings Test, the the

Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory (EDI), the Body Attitudes Test, and the Body Investment Scale.

The questionnaire used among pregnant women included: items referring to demographic and anthropometric data (age, height, weight), questions about pregnancy, the Eating Disorder Inventory, the Eating Behaviour Severity Scale, Brief version of Pregnancy Experience Scale, Pregnancy and Weight Gain Attitudes Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory Brief version.

The results in case of beauticians and the control groups were as follows:

- Clinical eating disorders were found in two cases: AN 10.8%, BN 0.8% both being in the beautician sample. The prevalence of subclinical disorders and EDNOS were present such as: SAN 0.6%, SBN 0.6%, binge eating 6.7%, compensatory behaviours 8.6%, normal weight AN 0.6%. In the Transylvanian beautician group, the prevalence of EDNOS were as follows: SBN 1.6%, compensatory behaviour 2.4%. We did not find clinical eating disorders in the Transylvanian and Hungarian control group, and the prevalence of EDNOS was as follows: binge eating disorders 1.1% in Hungary, 2.4% in Transylvania, compensatory behaviours: 2.1% in Hungary, 1.6% in Transylvania.
- The results lead us to the conclusion that working in the beauty industry can predict the use of weight reducing methods monthly at least once, like dieting and use of diuretics which can be a predictor of pathological dieting.
- Beauticians have more pathological eating attitudes, and the tendency of pathological dieting and bulimia are higher in the beautician group.
- The odds ratio of suffering from eating disorder is higher compared to the control group.
- The occupation is not a significant predictor of eating disorders.
- Beauticians invest more money and time for body care.

According to the results we can state that working in the beauty industry may convey a risk to develop eating disorders, pathological dieting and bulimics tendency, and can predict the use of weight reducing methods monthly at least once.

The cohort study of Transylvanian and Hungarian pregnant women can be summarized as follows:

- We found no clinical AN in the sample, and the prevalence of BN was 1.6%, SAN 1.6%, binge eating 4.8%, compulsatory behaviours 17.7%.
- 35.3% of the sample presents positive and 64.7% negative attitudes toward pregnancy weight gain.
- Persons with negative attitudes toward pregnancy weight gain have higher mean results in EDI, depression, anxiety, and the hasslesses during pregnancy are more prevalent, the positive pregnancy experience intensity being lower compared to those with positive attitudes toward weight gain during pregnancy.
- We identified the predictors of the negative attitudes toward weight gain during pregnancy as the age and predisposition to bulimia.
- In the sample with negative attitudes toward pregnancy weight gain, the use of appetite suppressants were significantly higher than in the women with positive attitudes toward pregnancy weight gain.
- Subjects with no eating disorders have more pathological body attitudes than those with eating disorders.

The summary of the cohort study are the follows:

- During the second and third trimesters of pregnancy, there is a decrease in practicing physical exercises.
- Between the first and second trimester we can observe an increase of bulimic tendency
- During the trimesters we can observe a decrease of body dissatisfaction.
- The weight gain process between first and the second trimester is in connection with the increase of depression.

According to these results, we can affirm that the rate of eating disorders are comparable of those presented in the Western countries. The research concluded that in case of detecting the pregnant women with eating disorders we could avoid the complications related to birth, and neonatal outcomes of the fetus.

The most important outcome of the study, in point of intervention, is that, once we identify the predictors of negative attitudes towards pregnancy weight gain, i.e. bulimia and age, we could reduce the effects of bulimic attitudes that eventually would harm both the mother and the fetus

#### **A szerző témában megjelent publikációi:**

- Lukács-Márton R., Vásárhelyi É., Szabó P. (2008): A szépségipar csapdájában: Szépségiparban dolgozók evési és testi attitűdjei, *Psychiatria Hungarica*, 16, 455–463.
- Lukács-Márton R., Vásárhelyi É., Szabó P. (2008): A szépségiparban dolgozók evési és testi attitűdjei. Valóban rizikócsoporthoz tartoznak? *Alkalmazott Pszichológia*, 10(3–4), 61–74.
- Lukács-Márton R., Szabó P. (2012): In the prison of beauty industry: Beauticians eating and body attitudes. *Transylvanian Journal of Psychology*, 13(2), 87–98.
- Lukács-Márton R., Szabó P. (2013): (L)enni vagy szépnek lenni. Erdélyi szépségiparban dolgozók evési attitűdjei és testi attitűdjei. *Psychiatria Hungarica*, (28)1, 70–76. oldal.
- Lukács-Márton R., Szabó P. (2013): Egészségi állapot, testkép és evészavarok a szépségiparban dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 154, 665–670.

#### **A szerző témán kívül megjelent jelentősebb publikációi:**

- Albert L. E., Albert L. M., Kádár A., Krizbai T., Lukács-Márton R. (2011) Relationship between the Characteristics of the Psychological Immune System and the Emotional Tone of Personality in Adolescents, *The New Educational Review*, vol 23, no 1, pag. 91-103, Impact factor: 0.064.
- Albert L. E., Albert L. M., Kádár A., Krizbai T., Lukács-Márton R. (2010) Flow and anti-flow as predictive and protective factors in the life of adolescents, *The New Educational Review*, vol 22, no 3-4, pag 81-93, Impact factor: 0.064.
- Albert L. E., Albert L. M., Lukács-Márton R., Kádár A., Kovacs R. (2008) Study on adolescent's awareness of life. Comparative Study between the projection of Hungarian Adolescents' awareness of life of Transylvania and Hungary, *The New Educational Review*, vol. 14 no.1, pag. 65-91., Impact factor: 0.064.
- Albert L. E., Albert L. M., Lukács-Márton R., Kádár A., Kovacs R (2007) The relationship between awareness of life and social adaptation, *Studia Universitatis*, nr. 2, Kolozsvár, 3-16.

## Irodalomjegyzék

- Ábrahám, I., Árkovits, A., Gáti, Á. (2008). Az evészavarok pszichodimanikus megközelítése és terápiája. In: Pászthy B., Túry F (szerk.), Evészavarok és testképzavarok (Pro Die Kiadó, Budapest., pp. 197–210).
- Abraham, S. (1996). Eating and Weight Controlling Behaviours of Young Ballet Dancers. *Psychopathology*, 29(4), 218–222.
- Agopian, A. J., Lupo, P. J., Herdt-Losavio, M. L., Langlois, P. H., Rocheleau, C. M., Mitchell, L. E. (2012). Differences in folic acid use, prenatal care, smoking, and drinking in early pregnancy by occupation. *Preventive Medicine*, 55(4), 341–345.
- Agrawal, A., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Sartor, C. E., Pergadia, M. L., Duncan, A. E., Madden, P. A. F., et al. (2010). The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. *Preventive Medicine*, 50(1–2), 13–18.
- Aliyu, M. H., Wilson, R. E., Zoorob, R., Chakrabarty, S., Alio, A. P., Kirby, R. S., Salihu, H. M. (2008). Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons. *Alcohol*, 42(5), 369–374.
- Ambrosi-Randić, N., Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating and Weight Disorders*, 10(4), 76–82.
- American Psychiatric Association. (2000). *diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington, D. C.
- Amusquibar, G., Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, (8), 225–230.

- Anderluh, M. B. (2003). Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242–247.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., Ström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(1), 148–154.
- Antoinne, C. (2010). *A terhesség és az anyaság pszichológiája*. Saxum Kiadó Kft.
- Artal, R., O'Toole, M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine*, 37(1), 6–12.
- Babbie, E. (2004). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata (hatodik, átdolgozott kiadás)*. Balassi Kiadó, Budapest,.
- Bakker, R., Steegers, E. A., Obradov, A., Raat, H., Hofman, A., Jaddoe, V. W. (2010). Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(6), 1691–1698.
- Baumann, M. (2009). Pregorexia Starves Mom & Baby. *Eating Disorders Recovery Today*, (7(3)).
- Berti, C., Biesalski, H. K., Gärtner, R., Lapillonne, A., Pietrzik, K., Poston, L., Redman, C., et al. (2011). Micronutrients in pregnancy: Current knowledge and unresolved questions. *Clinical Nutrition*, 30(6), 689–701.
- Birch, L. L., Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054–1061.
- Birt, M. A. (2003). *Tulburările comportamentului alimentar. Anorexia nervoasa, bulimia nervoasa*. Dacia, București.

- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N., Ekeblad, E. R., et al. (2000). Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *The International journal of eating disorders*, 27(2), 140–149.
- Bödecs, T. (2010). *A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetelekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása*. Ph.D. értekezés, Pécs.
- Bödecs, Tamás, Horváth, B., Kovács, L., Diffellné Németh, M., Sándor, J. (2009). Várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. *Orvosi Hetilap*, 150(41), 1888–1893.
- Boyadjieva, S., Steinhausen, H.-C. (1996). The eating attitudes test and the eating disorders inventory in four Bulgarian clinical and nonclinical samples. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 93–98.
- Bracken, M. B., Triche, E. W., Belanger, K., Hellenbrand, K., Leaderer, B. P. (2003). Association of Maternal Caffeine Consumption with Decrements in Fetal Growth. *American Journal of Epidemiology*, 157(5), 456–466.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(04), 859–867.
- Brenner, I. K. M., Wolfe, L. A., Monga, M., McGrath, M. J. (1999). Physical conditioning effects on fetal heart rate responses to graded maternal exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(6), 792–799.
- Brewerton, T.D. (2004). *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach* ( Marcel Dekker , inc. New York.).
- Brewerton, Timothy D., Lydiard, R. B., Herzog, D. B., Brotman, A. W., Et al. (1995). Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(2), 77–80.

- Broussard, B. (2012). Psychological and Behavioral Traits Associated with Eating Disorders and Pregnancy: A Pilot Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 61–66.
- Brown, A., Lee, M. (2011). Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. *Eating Behaviors*, 12(2), 108–111.
- Brown, L., Russel, J., Thornton, C., Dunn, S. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Informa Healthcare. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 398–404.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. Basic Books, New York.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. I., Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 101–107.
- Bulik, Cynthia M., Sullivan, P. F., Epstein, L. H., McKee, M., Kaye, W. H., Dahl, R. E., Weltzin, T. E. (2002). Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 213–225.
- Bulik, Cynthia M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–312.
- Bulik, Cynthia M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1–20.
- Bushnell, J. A., Wells, J. E., McKenzie, J. M., Hornblow, A. R., Oakley-Browne, M. A., Joyce, P. R. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychological Medicine*, 24(03), 605–611.
- Bushnell, John A., Wells, J. E., Hornblow, A. R., Oakley-Browne, M. A., Joyce, P. (1990). Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 20(03), 671–680.

- Button, E. J., Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11(03), 509–516.
- Bydlowski, M. (2001). *Je rêve un enfant* (Vol. no. 12.sup:13). Retrieved from [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=EP\\_013\\_0149](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=EP_013_0149)
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1–5.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C., Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269–278.
- Carter, F. A., McIntosh, V. V. ., Joyce, P. R., Frampton, C. M., Bulik, C. M. (2003). Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 357–361.
- Chandarana, P., Helmes, E., Benson, N. (1988). Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: A high school survey. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 33(9), 834–837.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J. (2009). The Relationship between Depression and Body Dissatisfaction across Pregnancy and the Postpartum A Prospective Study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27–35.
- Clausson, B., Granath, F., Ekbom, A., Lundgren, S., Nordmark, A., Signorello, L. B., Cnattingius, S. (2002). Effect of Caffeine Exposure during Pregnancy on Birth Weight and Gestational Age. *American Journal of Epidemiology*, 155(5), 429–436.
- Cnattingius S, H. C. (1999). VErY preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 634–638.
- Coelho, G. M. de O., Soares, E. de A., Ribeiro, B. G. (2010). Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite*, 55(3), 379–387.
- Cole, M., Cole, S. (2004). *Fejldéslélektan*. Osiris kiadó, Budapest.

- Collins, S. (2008). *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynecology*. Mc Graw-Hill.
- Conrad, R., Schablewski, J., Schilling, G., Liedtke, R. (2003). Worsening of Symptoms of Bulimia Nervosa During Pregnancy. *Psychosomatics*, 44(1), 76–78.
- Cooper, M. J., Wells, A., Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1–16.
- Cossrow, N., Falkner, B. (2004). Race/Ethnic Issues in Obesity and Obesity-Related Comorbidities. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2590–2594.
- Costa, N. F. da, Schtscherbyna, A., Soares, E. A., & Ribeiro, B. G. (2012). Disordered eating among adolescent female swimmers: Dietary, biochemical, and body composition factors. *Nutrition*, (in press).
- Crow, S. C., Agras, W. S., Crosby, R., Halmi, K., Mitchell, J. E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277–279.
- Crow, S., Keel, P. K., Thuras, P., Mitchell, J. E. (2004). Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 220–223.
- Cullberg, J., Engström-Lindberg, M. (1988). Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(3), 314–319.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132–135.
- Czeglédi, E., Urbán, R., Rigó, A. (2009). Elhízás és testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, (64.2), 313–336.
- Czibalmos, A., Nagy, Z., Varga, Z., Husztik, P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normál értékek meghatározása. *Népegészségügy*, (1), 4–19.

- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 340–349.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., O’Neil, P. M. (1997). The National Women’s Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213–228.
- Dare, C., & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. I. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 125–139). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Davison, K. K., Earnest, M. B., Birch, L. L. (2002). Participation in aesthetic sports and girls’ weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 312–317.
- De Paiva, L. V., Nomura, R. M. Y., Dias, M. C. G., Zugaib, M. (2012). Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério*, 58(4), 453–458.
- Decherney, A., Nathan, L., Goodwin, M., Laufer, N. (1991). *Obstetrics and Gynecology*. McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Dévald, P. (1993, Budapest). Öndestruktivitás evészavarokban. Pszichoanalitikus Gyermekek és Serdülőterápiás Intézet.
- Dipietro, J. A., Christensen, A. L., Costigan, K. A. (2008). The pregnancy experience scale—brief version. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 262–267.
- DiPietro, J., Ghera, M., Costigan, K., Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 189–201.
- DSM-IV Text Revision, Módosított változat DSM-IV*. (2000). Animula Kiadó, Budapest.

- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., Kelly, L. (2008). How Well Do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape across the Course of Pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 13(4), 503–515.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., Micali, N. (2013). Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*.
- Easter, A., Naumann, U., Northstone, K., Schmidt, U., Treasure, J., Micali, N. (2013). A Longitudinal Investigation of Nutrition and Dietary Patterns in Children of Mothers with Eating Disorders. *The Journal of Pediatrics*, in press., Available online 17 January 2013.
- Everill, J. T., Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: Research and theory. *European Eating Disorders Review*, 3(3), 129–147.
- Fairburn, C G, Stein, Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, (54), 665–672.
- Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(04), 707–711.
- Fairburn, C. G. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468–476.
- Fairburn, Christopher G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, Oxford University Press (Vol. xiv). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fairburn, Christopher G., Beglin, S. J. (1990a). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401–408.
- Fairburn, Christopher G., Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 153–160.

- Farrington, A., Waller Glenn, D., Sutton, V., Chopping, J., Lask, B. (2002). Dissociation in Adolescent Girls With Anorexia: Relationship... : The Journal of Nervous and Mental Disease. *Journal of Nervous & Mental Disease*., 190(11), 746–751.
- Fassino, S., Amianto, F., Daga, G. A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M., Rovera, G. G. (2003). Bulimic family dynamics: Role of parents' personality—A controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 70–77.
- Fassino, Secondo, Svrakic, D., Abbate-Daga, G., Leombruni, P., Amianto, F., Stanic, S., Rovera, G. G. (2002). Anorectic family dynamics: Temperament and character data. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 114–120.
- Favaro A, T. E. (2006). Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(1), 82–88.
- Favaro, A., Monteleone, P., Maj, M. (2006). *Psychobiology of eating disorders. Annual Review of Eating Disorders*. Radcliffe Publishing.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24(03), 591–604. doi:10.1017/S0033291700027744
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., Colditz, G. A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 107(1), 54–60.
- Florescu, S., Moldovan, M., Mihăescu-Pintia, C., Ciutan, M., & Sorel, G. E. (2010). The Mental Health Study - Romania 2007. Prevalence, Severity, and Treatment of 12-Month DSM-IV Disorders. *Management in Health*, 13(4).
- Foley, D. L., Thacker, L. R., Aggen, S. H., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in

- a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 105(5), 426–431.
- Forgács, A. (2004). *Az evés lélektana*. Akadémiai Kiadó.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. E., Matthews, M., Skolnick, N., Katz, J. L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 21–29.
- Foster, S. F., Slade, P., Wilson, K. (1996). Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2), 181–184.
- Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., et al. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, (158), 1461–1466.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S., et al. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, (152), 1052–1058.
- Gavin, A. R., Melville, J. L., Rue, T., Guo, Y., Dina, K. T., Katon, W. J. (2011). Racial differences in the prevalence of antenatal depression. *General Hospital Psychiatry*, 33(2), 87–93.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071–1083.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., et al. (2005, February). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38–45.

- Gow, R. W., Lydecker, J. A., Lamanna, J. D., Mazzeo, S. E. (2012). Representations of celebrities' weight and shape during pregnancy and postpartum: A content analysis of three entertainment magazine websites. *Body Image*, 9(1), 172–175.
- Gowen, L. K., Hayward, C., Killen, J. D., Robinson, T. N., Taylor, C. B. (1999). Acculturation and Eating Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *Journal of Research on Adolescence*, 9(1), 67–83.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J. de, Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 261–273.
- Guh, D., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., Anis, A. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(1), 88.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions—The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4), 1312–1322.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J. (1991). Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712–718.
- Hamsher, K. de S., Halmi, K. A., Benton, A. L. (1981). Prediction of outcome in anorexia nervosa from neuropsychological status. *Psychiatry Research*, 4(1), 79–88.
- Hausenblas, H. A., Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21(3), 230–258.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371–382.

- Herzog, D. B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*, 141(12), 1594–1597.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., Lavori, P. W. (1992). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810–818.
- Hidas, G., Raffai, E., Vollner, J. (2011). *Lelki köldökszinór - Beszélgetek a kisbabámmal*. Helikon Kiadó.
- Higdon, J. V., Frei, B. (2006). Coffee and Health: A Review of Recent Human Research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 46(2), 101–123.
- Hill, A. J., Weaver, C., Blundell, J. E. (1990). Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *British Journal of Clinical Psychology*, 29(3), 346–348.
- Hincapié, C. A., Cassidy, J. D. (2010). Disordered Eating, Menstrual Disturbances, and Low Bone Mineral Density in Dancers: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(11), 1777–1789.e1.
- Hinney, A., Remschmidt, H., Hebebrand, J. (2000). Candidate gene polymorphisms in eating disorders. *European Journal of Pharmacology*, 410(2–3), 147–159.
- Hock, H. W., Bartelds, A. I. M., Bosveld, J. J. F., Van der Graaf, Y. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272–1278.
- Hoek, Hans W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21(02), 455–460.
- Hoek, Hans Wijbrand. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394.
- Hoek, Hans Wijbrand, Brook, F. G. (1985). Patterns of care of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2–3), 155–160.

- Hoek, Hans Wijbrand, Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396.
- Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 157, 1–5. doi:10.1192/bjp.157.1.1
- Holland, A. J., Sicotte, N., Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 561–571.
- Hovdenak, N., Haram, K. (2012). Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 164(2), 127–132.
- Howat, P. M., Beplay, S., Wozniak, P. (1993). Comparison of bulimic behavior incidence by profession: Dietitian, nurse, teacher. *Journal of Nutrition Education*, 25(2), 67–69.
- Howie, G. J., Sloboda, D. M., Kamal, T., Vickers, M. H. (2009). Maternal nutritional history predicts obesity in adult offspring independent of postnatal diet. *The Journal of Physiology*, 587(4), 905–915.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Hudson, J. I., Pope Jr., H. G., Jonas, J. M., Yurgelun-Todd, D. (1983). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research*, 9(4), 345–354.
- Hughes, R., Desbrow, B. (2005). Aspiring dietitians study: A pre-enrolment study of students motivations, awareness and expectations relating to careers in nutrition and dietetics. *Nutrition & Dietetics*, 62(2-3), 106–109.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91.

- Humphrey, L. L. (1987). Comparison of Bulimic-Anorexic and Nondistressed Families Using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 248–255.
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C., Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65.
- Jarosz, M., Wierzejska, R., Siuba, M. (2012). Maternal caffeine intake and its effect on pregnancy outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 160(2), 156–160.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *Am J Psychiatry*, 159, 394–400.
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(08), 1455–1466.
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A., Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18(03), 615–622.
- Joó, M., Kövesdi A. (2008). Evészavarok és személyiség. In: Túry F., Pászthy B. (eds): *Evészavarok és testképzavarok*, Pro Die, Budapest
- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*, 5(2), 152–163.

- Kasawara, K. T., Nascimento, S. L. D., Costa, M. L., Surita, F. G., E Silva, J. L. P. (2012). Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: Systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(10), 1147–1157.
- Kay, D. W., Schapira, K., Brandon, S. (1967). Early factors in anorexia nervosa compared with non-anorexic groups. A preliminary report with a discussion of methodology. *Journal of psychosomatic research*, 11(1), 133–139.
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W., Strober, M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51(1), 299–313.
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S15–S19.
- Keck Jr., P. E., Pope Jr., H. G., Hudson, J. I., McElroy, S. L., Yurgelun-Todd, D., Hundert, E. M. (1990). A controlled study of phenomenology and family history in outpatients with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 275–283.
- Kendell, R. E., Hall, D. J., Hailey, A., Babigian, H. M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3(02), 200–203.
- Kendler, K., MacLean, C., Neale, M., Kesler, R., Heath, A., Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148(12).
- Kent, A. (2011). Psychiatric disorders in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21(11), 317–322.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., et al. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259–1265.
- Khalil, A., & O'Brien, P. (2010). Alcohol and pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 20(10), 311–313. doi:10.1016/j.ogrm.2010.06.001

- Killen, J. D., Taylor, C. B., Teich, M. J., Saylor, K. E., Maron, D. J., Robinson, T. N. (1986). Self-induced Vomiting and Laxative and Diuretic Use Among Teenagers: Precursors of the Binge-Purge Syndrome? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 255(11), 1447–1449.
- King, M. B. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine Monograph Supplement, Supplement*, 1–34.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9(4), 471–483.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8–14.
- Knopik, V. S., MaCcani, M. A., Francazio, S., McGeary, J. E. (2012). The epigenetics of maternal cigarette smoking during pregnancy and effects on child development. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1377–1390.
- Kopp, M., Skrabski, Á., Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4–24.
- Kopp, M., Szedmák, S., Lőke, J., Skrabski, Á. (1997). A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med*, 7(3), 136–144.
- Koubaa, S., Kouba, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and gynecology*, 105(2), 255–260.
- Kovács, T. (2007). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata román illetve magyar kultúrák körében. *Psychiatria Hungarica*, (22), 390–396.
- Kovács, T., Szabó, P. (2009). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata erdélyi román, magyar, illetve szász középiskolások körében. *Psychiatria Hungarica*, (24), 124–132.

- Krch, F. D., Drábková, H. (1996). Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. *Česko-Slov Psychiatrie*, (92), 237–247.
- Krentz, E. M., Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 375–382.
- Kröller, K., Jahnke, D., Warschburger, P. (n.d.). Are maternal weight, eating and feeding practices associated with emotional eating in childhood? *Appetite*, (0).
- Krug, I., Taborelli, E., Sallis, H., Treasure, J., Micali, N. (2013). A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity. *Physiology & Behavior*, 109, 51–62.
- Lacey, J. H., Smith, G. (1987a). Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 777–781.
- Lacey, J. H., Smith, G. (1987b). Bulimia nervosa: the impact of pregnancy on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, (150), 777–781.
- Lacey, J. Hubert, Evans, C. D. H. (1986). The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641–649.
- Laessle, R. G., Wittchen, H. U., Fichter, M. M., Pirke, K. M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 569–574.
- Laraia, B., Epel, E., Siega-Riz, A. M. (2013). Food insecurity with past experience of restrained eating is a recipe for increased gestational weight gain. *Appetite*.
- Larsson, G., Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 116–124.
- Lazzaroni, F., Bonassi, S., Magnani, M., Calvi, A., Repetto, E., Serra, G., Podestà, F., et al. (1993). Moderate maternal drinking and outcome of pregnancy. *European Journal of Epidemiology*, 9(6), 599–606.

- Leff, J., Raphael. (2010). *Másállapot-a várandósság pszichológiája*. Háttér Kiadó, Budapest.
- Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J. S., Srikameswaran, S., Vulcano, B. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 5(6), 969–982.
- Leon, G., Perry, C., Mangelsdorf, C., Tell, G. (1988). Adolescent nutritional and psychological patterns and risk for the development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(3), 273–282.
- Lilenfeld, L. R. (1998). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603–610.
- Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., Neumark-Sztainer, D. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*, 8(3), 297–300.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O’Fallon, Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917–922.
- Lukács, L. (2008). A kognitív információfeldolgozás sajátosságainak újabb eredményei az evészavarok terén. In: Pászthy B., Túry F (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok* (Pro Die Kiadó, Budapest., pp. 211–222).
- Lukács-Márton, R., Vásárhelyi, É., & Szabó, P. (2008). *Psychiatria Hungarica*, (23), 455–463.
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212–217.
- Maina, G., Saracco, P., Giolito, M. R., Danelon, D., Bogetto, F., Todros, T. (2008). Impact of maternal psychological distress on fetal weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Journal of affective disorders*, 111(2-3), 214–220.

- Makin, J., Fried, P. A., Watkinson, B. (1991). A comparison of active and passive smoking during pregnancy: Long-term effects. *Neurotoxicology and Teratology*, 13(1), 5–12.
- Mariscal, M., Palma, S., Llorca, J., Pérez-Iglesias, R., Pardo-Crespo, R., Delgado-Rodríguez, M. (2006). Pattern of Alcohol Consumption During Pregnancy and Risk for Low Birth Weight. *Annals of Epidemiology*, 16(6), 432–438.
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., Wittchen, H.-U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305–310.
- Maslova, E., Bhattacharya, S., Lin, S.-W., Michels, K. B. (2010). Caffeine consumption during pregnancy and risk of preterm birth: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1120–1132.
- Mason, Z., Cooper, M., Turner, H. (2012). The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: An interpretive phenomenological analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(2), 59–67.
- Mazzag, J., Túry, F., Pászthy, B. (2006). Az evészavarok transzgenerációs átörökítésének lehetőségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (7,4), 269–286.
- McCormick, L. M., Keel, P. K., Brumm, M. C., Bowers, W., Swayze, V., Andersen, A., Andreasen, N. (2008). Implications of starvation-induced change in right dorsal anterior cingulate volume in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 602–610.
- McCowan, L. M. E., Dekker, G. A., Chan, E., Stewart, A., Chappell, L. C., Hunter, M., Moss-Morris, R., et al. (2009). Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ*, 338(mar26 2), b1081–b1081.

- Micali, N., Treasure, J., Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 297–303.
- Micali, N. (2010). Management of eating disorders during pregnancy. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 14(2), 24–26.
- Micali, N., Northstone, K., Emmett, P., Naumann, U., Treasure, J. L. (2012). Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *The British journal of nutrition*, 108(11), 2093–2099.
- Micali, N., Simonoff, E., Treasure, J. (2011). Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 150–157.
- Micali, N., Treasure, J., Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 297–303.
- Mills JL, H. L. (1993). MOderate caffeine use and the risk of spontaneous abortion and intrauterine growth retardation. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 269(5), 593–597.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 573–578.
- Møller-Madsen, S., Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 197–200.
- Molnár, C. E. (1994). *A perinatális élet és a terhesség pszichológiája* (Bölcsész könyvek 2.). Miskolci Bölcsész Egyesület.
- Monk, C. (2001). Stress and Mood Disorders During Pregnancy: Implications for Child Development. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 347–357.

- Monsma, E. V., Malina, R. M. (2004). Correlates of eating disorders risk among female figure skaters: a profile of adolescent competitors. *Psychology of Sport and Exercise*, 5(4), 447–460.
- Montoya Arizabaleta, A. V., Orozco Buitrago, L., Aguilar de Plata, A. C., Mosquera Escudero, M., Ramírez-Vélez, R. (2010). Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 56(4), 253–258.
- Moore, D. S. (1977). The Body Image In Pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 22(4), 17–27.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., Chung, E. (2006a). Risk of Postnatal Depression, Miscarriage, and Preterm Birth in Bulimia Nervosa: Retrospective Controlled Study. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 487–492.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., Chung, E. (2006b). Risk of Postnatal Depression, Miscarriage, and Preterm Birth in Bulimia Nervosa: Retrospective Controlled Study. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 487–492.
- Morrill, E., Nickols-Richardson, H. (2001). Bulimia Nervosa During Pregnancy: A Review. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(4), 448–454.
- Mumford, S. L., Siega-Riz, A. M., Herring, A., Evenson, K. R. (2008). Dietary Restraint and Gestational Weight Gain. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(10), 1646–1653.
- Nagy, L. (2000). *Szülészet*. Mentor Kiadó, Marosvásárhely.
- Nasser, M. (2006). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, 5(11), 392–395.
- Németh, A. (1994). A kényszerbetegség spektrumába tartozó kórképek. In: Németh A. (szerk), *Kényszerbetegség* (pp. 183–190). Cserápfalvi.

- Nicholls, D. E., Viner, R. M. (2009). Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(8), 791–799.
- Nobakht, M., Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 265–271.
- Nomura, R. M. Y., Paiva, L. V., Costa, V. N., Liao, A. W., Zugaib, M. (2012). Influence of maternal nutritional status, weight gain and energy intake on fetal growth in high-risk pregnancies. *Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco*, 34(3), 107–112.
- Oltea, J. (2005). *Psihosomatica intre medicină și cultură o abordare cognitiv-comportamentală a tulburărilor de alimentație*. Paidea, București.
- Oltea, J., Von Wietersheim, J. (2012). A cross-cultural comparison between EDI results of Romanian and German students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 1037–1041.
- Onnis, L. (1993). *A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete*. Családterápiás olvasókönyv III. Animula, Budapest, 62-63 oldal.
- Pagsberg, A. K., Wang, A.-R. (1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970–1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(4), 259–265.
- Pallister, E., Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366–386.
- Panza, V. P., Coelho, M. S. P. H., Di Pietro, P. F., Assis, M. A. A. de, Vasconcelos, F. de A. G. de. (2007). Consumo alimentar de atletas: reflexões sobre recomendações nutricionais, hábitos alimentares e métodos para avaliação do gasto e consumo energéticos. *Revista de Nutrição*, 20(6), 681–692.
- Papp, Z. (2009). *A szülészet, nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

- Passaro, K. T., Little, R. E., Savitz, D. A., Noss, J. (1996). The effect of maternal drinking before conception and in early pregnancy on infant birthweight. *Epidemiology*, 7(4), 377–383.
- Pászthy, B. (2007). A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövődményei. *Orvosi Hetilap*, 148(9), 405–412.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., Stein, A. (2002). The Children of Mothers with Eating Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1–19.
- Pike, K. M., Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198–204.
- Pitts, C., Waller, G. (1993). Self-denigratory beliefs following sexual abuse: Association with the symptomatology of bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 407–410.
- Pope, H. G., Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 455–463.
- Prather, H., Spitznagle, T., Hunt, D. (2012). Benefits of Exercise During Pregnancy. *PM&R*, 4(11), 845–850.
- Preti, A., Usai, A., Miotto, P., Petretto, D. R., Masala, C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*, 159(1–2), 86–94.
- Rasmussen, K. M., Yaktine, A. L., Guidelines, I. of M. (U S. ) C. to R. I. P. W. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. National Academies Press.
- Råstam, M., Gillberg, C. (1992). Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1(1), 54–64.
- Rastam, M., Gillberg, C., Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 155(5), 642–646.

- Rastam, M., Gillberg, C., Van Hoeken, D., Hoek, H. W. (2004). Epidemiology of eating disorders and disordered eating: a developmental overview. in: *Brewerton T.D. (ed):Clinical Handbook of Eating Disorders. An integrated Approach*. Marcel Dekker, Inc. New York.
- Rathner, G., Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 23(01), 175–184.
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Manucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., Murciano, L., et al. (2003). Eating Disorders and Body Image Disturbances among Ballet Dancers, Gymnasium Users and Body Builders. *Psychopathology*, (36), 247–254.
- Reel, J., Gill, D. L. (n.d.). Psychosocial factor related to eating disorders among high school and college female cheerleaders. *The Sport Psychologist*, 1996(10), 180–186.
- Robledo, A. F., Mosquera, Y. F., Hurtado, C. E., Vélez, R. R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 9–15.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175–179.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L., et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281–291.
- Rosen, J. C., Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13(1), 117–124.
- Rosenvinge, J., Martinussen, M., Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 5(2), 52–61].

- Roth, H., Homer, C., Fenwick, J. (2012). "Bouncing back": How Australia's leading women's magazines portray the postpartum "body". *Women and Birth*, 25(3), 128–134.
- Rubin, L., Steinberg, J. (2011). Self-Objectification and Pregnancy: Are Body Functionality Dimensions Protective? *Sex Roles*, 65(7), 606–618.
- Secker-Walker, R. H., Vacek, P. M., Flynn, B. S., Mead, P. B. (1997). Smoking in pregnancy, exhaled carbon monoxide, and birth weight. *Obstetrics & Gynecology*, 89(5, Part 1), 648–653.
- Sen, S., Carpenter, A. H., Hochstadt, J., Huddleston, J. Y., Kustanovich, V., Reynolds, A. A., Roberts, S. (2012). Nutrition, weight gain and eating behavior in pregnancy: A review of experimental evidence for long-term effects on the risk of obesity in offspring. *Physiology & Behavior*, 107(1), 138–145.
- Shields, M., Carroll, M., Ogden, C. (2011). Adult Obesity Prevalence in Canada and the United States. *NCHS Data Brief*, (56).
- Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C. D. (1988). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F. és Szakács F. (szerk.), *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek 2.* (pp. 123–136). Tankönyvkiadó, Budapest,.
- Skouteris, H. (2012). Pregnancy : physical and body image changes. *Encyclopedia of body image and human appearance*, 664–668.
- Skouteris, Helen, Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 2(4), 347–361.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167–179.

- Smolak, L., Levine, M. P., Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 263–271.
- Soares, R. M., Antunes Nunes, M. A., Schmidt, M. I., Giacomello, A., Manzolli, P., Camey, S., Buss, C., et al. (2009). Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 387–393.
- Sollid, C. P., Wisborg, K., Hjort, J., Secher, N. J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (190), 206–210.
- Soundy, T. J., Lucas, A. R., Suman, V. J., Melton, L. J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25(05), 1065–1071.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., et al. (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., Stunkard, A., Devlin, M., et al. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137–153.
- Stafne, S. N., Salvesen, K. Å., Romundstad, P. R., Eggebø, T. M., Carlsen, S. M., Mørkved, S. (2012). Regular exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 119(1), 29–36.
- Steiger, H., Richardson, J., Israel, M., Kin, N. M. K. N. Y., Bruce, K., Mansour, S., Parent, A. M. (2005). Reduced Density of Platelet-Binding Sites for [3H]Paroxetine in Remitted Bulimic Women. *Neuropsychopharmacology*, 30(5), 1028–1032.

- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., Fairburn, C. G. (1994). An Observational Study of Mothers with Eating Disorders and Their Infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 733–748.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C. G., Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders Longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 324–329.
- Steinhausen, H.-C., Winkler, C., Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 147–151.
- Stern, D. (1995). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stevens-Simon, C., Nakashima, I. I., Andrews, D. (1993). Weight gain attitudes among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 14(5), 369–372.
- Stice, E., Neuberg, S. E., Shaw, H. E., Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder – symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, (103), 836–840.
- Stoutjesdyk, Jevne. (1993). Eating disorders among high performance athletes. *Journal of Youth and Adolescence*, 271–282.
- Strang, V. R., Sullivan, P. L. (1985). Body Image Attitudes During Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(4), 332–337.
- Strober, M. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393–401.
- Strober, Michael, Freeman, R., Bower, S., Kigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: A ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 519–532.

- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(4), 414–419.
- Sundgot-Borgen, Jourunn, Klungland, M. (2002). Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher T... : Clinical Journal of Sport Medicine. Retrieved October 27, 2012,
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Szabó, P., Túry, F. (1991). The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychoter Psychosom*, (56), 43–47.
- Szabó, P., Túry, F. (1995). Az anorexia és bulimia nervosa klinikai és szubklinikai formáinak prevalenciája dolgozó nők és férfiak körében. *Orvosi Hetilap*, (136 évf. 136 szám), 1829–1835.
- Szabó, Pál. (1994). Az anorexia és bulimia nervosa egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai. *Kandidatusi értekezés, Debrecen*.
- Szádóczky, E., Rihmer, Z., Papp, Z. (1997). The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, (43), 239–244.
- Szmukler, G. I. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 143–153. doi:10.1016/0022-3956(85)90010-X
- Szmukler, G., McCance, C., McCrone, L., Hunter, D. (1986). Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine*, 16(01), 49–58.
- Szumska, I., Túry, F., Hajnal, Á., Csoboth, C., Purebl, G., Réthelyi, J. (2001). Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica*, (16), 374–383.

- Szumska, I., Túry, F., Szabó, P. (2008). Evészavarok prevalenciájának újabb adatai. In: Pászthy B., Túry F (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 109–118). Pro Die Kiadó, Budapest.
- Szumska, Irena, Túry, F., Csoboth, C. T., Réthelyi, J., Purebl, G., 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.
- Talge, N. M., Neal, C., Glover, V., The Early Stress, T. R., Fetal, P. S. N., Child, N. E. on, Health, A. M. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 245–261.
- Tauscher, J., Pirker, W., Willeit, M., De Zwaan, M., Bailer, U., Neumeister, A., Asenbaum, S., et al. (2001). [123I]  $\beta$ -CIT and single photon emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(4), 326–332.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 142–148.
- Thangaratinam, S., Rogozinska, E., Jolly, K., Glinkowski, S., Roseboom, T., Tomlinson, J. W., Kunz, R., et al. (2012). Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ*, 344(may16 4), e2088–e2088.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatr Scand*, (214), 5–194.
- Thompson, J. K. (1996). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. J. K. Thompson (Ed.), *Body Image, Eating Disorders and Obesity*:

- An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 49–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thornton, C., Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 83–87.
- Thornton, L. M., Dellava, J. E., Root, T. L., Lichtenstein, P., Bulik, C. M. (2011). Anorexia nervosa and generalized anxiety disorder: Further explorations of the relation between anxiety and body mass index. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 727–730.
- Tölgyes, T. (2007). *Evészavarok és evészavar tünetek epidemiológiája. Evészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel*. Ph.D. értekezés, 819, Semmelweis Egyetem, Budapest.
- Tölgyes, T., Nemessúri, J. (2000). Anorexiás és bulimiás magatartásformák és attitűdök gyakorisága a fiatal magyar népesség körében. *Táplálkozás, Diéta*, (5), 7–14.
- 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.
- Tomori, M., Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 361–367.
- Toro, J., Galilea, B., Martinez-Mallén, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., Mayolas, J., et al. (2005). Eating Disorders in Spanish Female Athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 26(8), 693–700.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705–712.
- Túry, F., Antal, I., Pászthy, B. (2008). *Bulimia și anorexia. Ghidul pacientului și al familiei. (Anorexia és bulimia. Vezérfonal betegeknek és családjuknak)*. FarmaMedia, Târgu-Mureș.

- Túry, F., Birt, M. A., Antal, I. (1998). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata romániai egyetemista populációban. *Psychiatria Hungarica*, (13), 18–27.
- Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa* (Medicina könyvkiadó, Budapest.).
- Túry, F., Szabó, P., Szendey, G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban, (43), 409–418.
- Túry, F., Sáfrán, Z., Wildmann, M., László, Z. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336–342.
- Uher, R., Friederich, H. C., Dalglish, T., Brammer, M. J., Giampietro, V., Phillips, M. L., Andrew, C., et al. (2005). Functional Neuroanatomy of Body Shape Perception in Healthy and Eating-Disordered Women. *Biol. Psychiatry*, (58), 990–997.
- Van Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., Van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 565–569.
- Vardar, E., Vardar, S. A., Kurt, C. (2007). Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 8(2), 143–147.
- Vertalino, M., Eisenberg, M. E., Story, M., Neumark-Sztainer, D. (2007). Participation in weight-related sports is associated with higher use of unhealthful weight-control behaviors and steroid use. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(3), 434–440.
- Vikanes, A., Grjibovski, A. M., Vangen, S., Gunnes, N., Samuelsen, S. O., Magnus, P. (2010). Maternal Body Composition, Smoking, and Hyperemesis Gravidarum. *AEP*, 20(8), 592–598.
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121–128.

- Waller, G., Kennerley, H. (2005). Cognitive-Behavioural Treatments. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (pp. 233–251). John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from
- Waller, G., Kennerley, H., Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 139–175). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 387–397.
- Walsh, B. T., Roose, S. P., Glassman, A. H., Gladis, M., Sadik, C. (1985). Bulimia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 123–131.
- Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7635), 93–96.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF 36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Watson, H. J., Von Holle, A., Hamer, R. M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., et al. (2012). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychological medicine*, 1–12.
- Wehkalampi, K., Hovi, P., Strang-Karlsson, S., Räikkönen, K., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., Mäkitie, O., et al. (n.d.). Reduced Body Size and Shape-Related Symptoms in Young Adults Born Preterm with Very Low Birth Weight: Helsinki Study of Very Low Birth Weight Adults. *The Journal of pediatrics*, 157(3), 421–427.

- Weng, X., Liu, Y., Ma, J., Wang, W., Yang, G., Caballero, B. (2006). Use of body mass index to identify obesity-related metabolic disorders in the Chinese population. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60(8), 931–937.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., et al. (1990). Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. *Archives of General Psychiatry*, 47(5), 487–496.
- Whitehead, N., Lipscomb, L. (2003). Patterns of Alcohol Use Before and During Pregnancy and the Risk of Small-for-Gestational-Age Birth. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 654–662.
- Whitehouse, A. M., Cooper, P. J., Vize, C. V., Hill, C., Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *The British Journal of General Practice*, 42(355), 57–60.
- WHO, W. H. O. (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity.
- Willi, J., Giacometti, G., Limacher, B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1514–1517.

## Mellékletek

### 1.A szépségipar és a kontroll csoport vizsgálatára alkalmazott kérdőív

Kedves Adatközlő!

A táplálkozás zavarai komoly kellemetlenséget okozhatnak, gondoljon csak arra a tényre, hogy milyen sokan elégedetlenek a testsúlyukkal. Ennek ellenére ilyen panaszokkal ritkán fordulnak szakemberhez. E kérdőív a táplálkozásszavarok jobb megismerését szolgálja, emellett vizsgálatunkkal a szépségiparban dolgozók életmódját szeretnénk jobban megismerni.

Kérjük, töltsse ki a kérdőívet! A kérdőív kitöltése önkéntes, válaszait szigorúan bizalmasan kezeljük. Kérjük, őszintén válaszoljon minden kérdésre.

A következő kérdéseknél jelölje x-szel a megfelelő választ, vagy írja be a megfelelő számjegyeket!

1. Születési éve:.....
  2. Iskolai végzettsége: 1-8 általánosnál kevesebb  
2- 8 általános  
3 -ipari iskola, szakmunkásképző  
4- szakközépiskolai érettségi  
5- gimnázium  
6- felsőfokú végzettség
  3. Jelenlegi testsúlya: kg
  4. Kíváncsún tartott testsúlya: kg
  5. Jelenlegi testmagassága:.....cm
  6. Minimális testsúlya, mióta elérte a jelenlegi testmagasságát:.....kg
  7. Maximális testsúlya, mióta elérte a jelenlegi testmagasságát:.....kg
  8. Véleménye szerint Ön most :  
1- nagyon alacsony súlyú  
2- alacsony súlyú  
3- átlagos  
4- túlsúlyos  
5- erősen túlsúlyos
  9. Volt-e 5 kg-nál nagyobb testsúlyváltozása egy hónapon belül, mióta elérte jelenlegi testmagasságát?  
1- nem volt      2- egy éven belül volt      3-egy két éve volt      4- régebben volt
  10. Kezelték-e már étvágy-, vagy testsúlyzavar miatt?  
1-igen      2- nem
  11. Ha igen, hogyan kezelték:  
1- gyógyszerrel      2- pszichológiai segítségnyújtással      3- kórházban
  - A 12-15 kérdések csak nőkre vonatkozik:
  - 12 . Hány éves korában volt az első havi vérzése?.....
  13. Hány éves korától vált rendszeressé?.....
  14. Előfordult, hogy vérzése két hónapnál tovább kimaradt és nem volt terhes?  
1- nem      2- egyszer      3-többször
  15. Ha előfordult, hány éves korában?.....
  16. Azt mondaná, hogy általában az egészsége:  
1- kiváló      2- nagyon jó      3- jó      4- tűrhető      5- rossz
  17. Legalább hetente végez-e olyan tevékenységet, mint a gyors séta, kocogás, biciklizés stb. ameddig meg nem izzad?  
1- igen      2- nem
  18. Ha igen, hetente hányszor és alkalmanként mennyi ideig? (kérjük, írja be a számot)
- |                  | hetente | perc/alkalom |
|------------------|---------|--------------|
| gyaloglás        | .....   | .....        |
| futás, kocogás   | .....   | .....        |
| biciklizés       | .....   | .....        |
| úszás            | .....   | .....        |
| aerobic, fitness | .....   | .....        |
| súlyemelés       | .....   | .....        |

munkával kapcsolatos

kerti munka

tánc

tenisz .....

csapatsport .....

egyéb és pedig .....

19. Mi a célja a sportolással?

1- fogyni szeretnék 2- kondíció megtartása 3- elégedetlen vagyok a testalkatommal

4-jó közérzet fenntartása miatt

20. Dohányzik?

1-igen 2- nem

21. Ha igen naponta, hány cigarettát szív el?.....

23.Az alkoholfogyasztásról:

24. Hány kávét iszik naponta?.....

22. Milyen gyakran jár kozmetikushoz?

1- Hetente

2- Havonta többször

3- Havonta

5- Évente

4- Két- három havonta

6- Ritkán

5- Félévente

7- Soha

23. Milyen gyakran jár fodráshoz?

1- Hetente

5- Évente

2- Havonta többször

3- Havonta

6- Ritkán

4- Két- három havonta

7- Soha

5- Félévente

24. Milyen gyakran jársz manikűröshöz/ pedikűröshöz?

1- Hetente

5- Évente

2- Havonta

6- Ritkán

3- Kéthavonta

7- Soha

4- Félévente

25. Milyen gyakran jár szoláriumba?

1- Naponta

5- kéthetente

2- Hetente háromszor

6- havonta

3- Hetente kétszer

7- félévente

4- Hetente egyszer

8- ritkán

5- Kéthetente

9- soha

26. Havonta mennyi pénzt költ havonta a szépségápolásra (szépségápoló termékek, szolgáltatások)

.....leu, ft / havonta

27.Kérem, jelölje be, milyen gyakran fordultak elő Önnél a következő viselkedések az utóbbi négy hét alatt.

Jelölje be kereszttel az Önre vonatkozó gyakoriságot:

Az utóbbi négy héten:

|                                                | Soha | Havonta<br>egyszer | Havonta<br>többször | Hetente<br>egyszer | Hetente<br>többször | Naponta | Naponta<br>többször |
|------------------------------------------------|------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------|---------------------|
| Diétázás                                       |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Testedzés és a<br>testsúly és az<br>alak miatt |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Étvágy-<br>csökkentők                          |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Falásrohamok*                                  |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Hányás                                         |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Hashajtók                                      |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Vizhajtók                                      |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |

Az utolsó három hónapban:

|                                          | Soha | Havonta egyszer | Havonta többször | Hetente egyszer | Hetente többször | Naponta | Naponta többször |
|------------------------------------------|------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|---------|------------------|
| Diétázás                                 |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Testedzés és a testsúly és az alak miatt |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Étvágy-csökkenések                       |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Falásrohamok*                            |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Hányás                                   |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Hashajtók                                |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |
| Vizhajtók                                |      |                 |                  |                 |                  |         |                  |

\* A falásroham olyan nagy mennyiségű táplálék elfogyasztása, amelyet szokatlanul nagy mennyiségnek

A kérdőív az evéssel kapcsolatos érzéseket, véleményeket, viselkedéseket mér. Kérjük x-szel jelölje be azt amelyik a legjobban kifejezi az érzéseit:

|                                                                                   | 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, hogy 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. Irigyelem mások testi megjelenését.                                           |        |             |         |      |        |      |
| 19. Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek.                     |        |             |         |      |        |      |
| 20. Figyelem, hogy milyennek látszom a tükörben.                                  |        |             |         |      |        |      |

|                                                                                           | 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 szénhidráttartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs stb.) 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 le.                         |        |                |         |      |        |      |
| 13. Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.                                          |        |                |         |      |        |      |
| 14. Aggaszt az 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 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.                                                    |        |                |         |      |        |      |

A következő kérdőív a testről való gondolatokról, érzelmekről, attitűdökről szól. Kérem, karikázza be a legmegfelelőbb választ:

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1- Egyáltalán nem értek egyet | 4- Egyetértek                  |
| 2- Nem értek egyet            | 5- Teljes mértékben egyetértek |
| 3- Nem tudom                  |                                |

- |                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Úgy gondolom, hogyha ápolom a testemet, az a jóllétemet szolgálja.                                                                   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Nem szeretem, ha az emberek megérintenek.                                                                                            | 1 2 3 4 5 |
| 3. Ha veszélyes dolgokat teszek, jó érzés tölt el.                                                                                      | 1 2 3 4 5 |
| 4. Odafigyelek a megjelenésemre.                                                                                                        | 1 2 3 4 5 |
| 5. Zavar (frusztrál) a fizikai megjelenésem.                                                                                            | 1 2 3 4 5 |
| 6. Élvezem a testi/fizikai érintkezést más emberekkel.                                                                                  | 1 2 3 4 5 |
| 7. Nem félek veszélyes tevékenységekbe belekezdeni                                                                                      | 1 2 3 4 5 |
| 8. Szeretem kényeztetni a testemet.                                                                                                     | 1 2 3 4 5 |
| 9. Hajlamos vagyok megtartani a távolságot, amikor valakivel beszélek                                                                   | 1 2 3 4 5 |
| 10. Elégedett vagyok a megjelenésemmel.                                                                                                 | 1 2 3 4 5 |
| 11. Az emberek fizikai közelsége kényelmetlenül érint. (kényelmetlenül érzem magam, ha az emberek túl közel kerülnek hozzám fizikailag) | 1 2 3 4 5 |
| 12. Szeretek fürdeni.                                                                                                                   | 1 2 3 4 5 |
| 13. Utálom a testemet.                                                                                                                  | 1 2 3 4 5 |
| 14. Véleményem szerint nagyon fontos, hogy ápoljuk (gondozzuk, törődjünk vele) a testünket.                                             | 1 2 3 4 5 |
| 15. Ha megsérülök, azonnal ápolom a sebet.                                                                                              | 1 2 3 4 5 |
| 16. Elégedett vagyok a testemmel.                                                                                                       | 1 2 3 4 5 |
| 17. Haragot érzek a testemmel kapcsolatban.                                                                                             | 1 2 3 4 5 |
| 18. Mielőtt átmennék az úton, szétnézek.                                                                                                | 1 2 3 4 5 |
| 19. Rendszeresen használok testápoló termékeket.                                                                                        | 1 2 3 4 5 |
| 20. Szeretem megérinteni azokat az embereket, akik közel állnak hozzám.                                                                 | 1 2 3 4 5 |
| 21. Tetszik a megjelenésem a hibáim ellenére is.                                                                                        | 1 2 3 4 5 |
| 22. Néha szándékosan megsebesítem magam.                                                                                                | 1 2 3 4 5 |
| 23. Megnyugtató, ha egy hozzám közel álló személy megölel.                                                                              | 1 2 3 4 5 |
| 24. Ha a betegség jelét érzem magamon, akkor törődök magammal.                                                                          | 1 2 3 4 5 |

Köszönjük a közreműködését!

## 2.Melléklet. A várandósok vizsgálatára alkalmazott kérdőív

Kedves Adatközlő!

A táplálkozás zavarai komoly kellemetlenséget okozhatnak, gondoljon csak arra a tényre, hogy milyen sokan elégedetlenek a testsúlyukkal. E kérdőív a táplálkozászavarok jobb megismerését szolgálja, emellett a vizsgálat a várandós kismamák életmódját igyekszik felmérni. A kérdőív kitöltése önkéntes, válaszait szigorúan bizalmasan kezeljük. Kérjük, őszintén válaszoljon minden kérdésre!

Közreműködését köszönöm!

A következő kérdéseknél jelölje a megfelelő választ, vagy írja be a megfelelő számjegyeket!

1. Életkora: .....
2. Iskolai végzettsége:      1-8 általánosnál kevesebb  
                                         2- 8 általános  
                                         3 -ipari iskola, szakmunkásképző  
                                         4- szakközépiskolai érettségi  
                                         5- gimnázium  
                                         6- felsőfokú végzettség
- 3.Családi állapota:      1-férfizett  
                                         2-élettársi viszonyban élő  
                                         3-egyedülálló  
                                         4-elvált  
                                         5-özvegy
4. Foglalkozása: .....
5. A terhesség hányadik hete:
6. Hányadik terhessége:
7. Gyerekei száma:
8. Anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolná magát?
  - 1- nagyon jó anyagi körülmények
  - 2- jó anyagi körülmények
  - 3-közepes anyagi körülmények
  - 4-rossz anyagi körülmények
  - 5-nagyon rossz anyagi körülmények
9. Jelenlegi testsúlya:      kg
10. Terhesség alatt kívánatosnak tartott testsúlya:      kg
11. Jelenlegi testmagassága:.....cm
- 12.Terhesség előtti testsúlya:.....kg
13. Véleménye szerint Ön most :
  - 1- nagyon alacsony súlyú
  - 2- alacsony súlyú
  - 3- átlagos
  - 4- túlsúlyos
  - 5- erősen túlsúlyos
14. Milyen gyakran méri a testsúlyát?
  - 1 -naponta többször
  - 2- két-három naponta
  - 3- naponta
  - 4- kétnaponta
  - 5- hetente
  - 6- hei négy-hat alkalommal
  - 7- csak amikor az orvosi ellenőrzésen megmérnek
15. Amikor az orvosi ellenőrzésen megméri a testsúlyom:
  - 1-mindig feszélyezve érzem magam
  - 2-jól érzem magam, hiszen ez a vizsgálat része
  - 3-örülök, hogy nő a súlyom, hiszen azt jelenti, hogy fejlődik a gyerek
  - 4- megkönnyebbülten érzem magam
  - 5- közömbösen érzem magam
16. Kezelték-e már étvágy- vagy testsúlyzavar miatt?
  - 1-igen
  - 2- nem

17. Ha igen, hogyan kezelték:  
 1- gyógyszerrel                      2- pszichológiai segítségnyújtással                      3- kórházban
18. Hány éves korában volt az első havi vérzése?.....
19. Hány éves korától vált rendszeressé?.....
20. Előfordult, hogy vérzése két hónapnál tovább kimaradt és nem volt terhes?  
 1- nem                      2 - egyszer                      3-többször
21. Ha előfordult, hány éves korában?.....
22. Azt mondaná, hogy általában az egészsége:  
 1 - kiváló                      2 - nagyon jó                      3- jó                      4 - tűrhető                      5 - rossz
23. Dohányzik?  
 1-igen                      2- nem
24. Ha igen, naponta általában hány cigarettát szív el?.....

25. Az alkoholfogyasztásról:

| Ital         | Naponta | Hetente többször | Hetente | Havonta többször | Havonta | Ritkán | Soha |
|--------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|--------|------|
| Bor/pezsgő   |         |                  |         |                  |         |        |      |
| Sör          |         |                  |         |                  |         |        |      |
| Tömény/likőr |         |                  |         |                  |         |        |      |

26. Hány kávét iszik naponta?:.....
27. Amielőtt terhes lett, milyen mértékben figyelt oda a táplálkozására (azaz próbált-e egészségesen táplálkozni)?  
 1. egyáltalán nem  
 2. egy kissé  
 3. időnként  
 4. legtöbbször  
 5. mindig
28. Amióta megtudta, hogy terhes, milyen mértékben figyelt oda az étkezésére (azaz próbált-e egészségesen táplálkozni)?  
 1. egyáltalán nem  
 2. egy kissé  
 3. időnként  
 4. legtöbbször  
 5. mindig

29. Az elmúlt 3 hónapban

|                | hétközben hány alkalommal |                        |                        |         | hétvégén hány alkalommal |                  |                          |
|----------------|---------------------------|------------------------|------------------------|---------|--------------------------|------------------|--------------------------|
|                | Egyszer sem               | Hetente 1-2 alkalommal | Hetente 3-4 alkalommal | Naponta | Egyszer sem              | Legalább egy nap | Szombaton és vasárnap is |
| 1. reggelizett |                           |                        |                        |         |                          |                  |                          |
| 2. tízóraizott |                           |                        |                        |         |                          |                  |                          |
| 3. ebédelt     |                           |                        |                        |         |                          |                  |                          |
| 4. uzsonnázott |                           |                        |                        |         |                          |                  |                          |
| 5. vacsorázott |                           |                        |                        |         |                          |                  |                          |

30. Milyen gyakorisággal fogyasztja a következő ételeket:

|                                                                    | Egyszer<br>sem | Ritkábban<br>mint<br>hetente | Hetente<br>legalább<br>egyszer | Hetente<br>több<br>alkalommal | Naponta |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------|
| 1. gyümölcsöt                                                      |                |                              |                                |                               |         |
| 2. friss zöldséget                                                 |                |                              |                                |                               |         |
| 3. frissen sajtolt gyümölcs- vagy zöldséglevet                     |                |                              |                                |                               |         |
| 4. kereskedelembe kapható rostos gyümölcsleveket (nektár)          |                |                              |                                |                               |         |
| 5. barna kenyeret                                                  |                |                              |                                |                               |         |
| 6. müzliket (gabonapehely, zabpehely, búzacsíra stb.)              |                |                              |                                |                               |         |
| 7. édes tejet                                                      |                |                              |                                |                               |         |
| 8. joghurtot, kefirt vagy vert tejet                               |                |                              |                                |                               |         |
| 9. tömör sajtokat                                                  |                |                              |                                |                               |         |
| 10. tojást                                                         |                |                              |                                |                               |         |
| 11. felvágottat (szalámi, párizsi, sonka)                          |                |                              |                                |                               |         |
| 12. húskonzervet (májpástétom, húskonzerv)                         |                |                              |                                |                               |         |
| 13. olajban/zsírban sült húst                                      |                |                              |                                |                               |         |
| 14. csipszet                                                       |                |                              |                                |                               |         |
| 15. gyorsétkezdéből szalmakrumplit, fasírt jellegű húskelesztményt |                |                              |                                |                               |         |
| 16. csokoládét, cukorkát, nápolyit                                 |                |                              |                                |                               |         |
| 17. száraz és krémes/habos süteményt                               |                |                              |                                |                               |         |

31. Mennyire jellemzők Önre az alábbiak?

|                                                                                  | Egyáltalán<br>nem | Kis<br>mértékben | Eléggő | Teljes<br>mértékben |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------|---------------------|
| 1. Hajlandó vagyok erőfeszítést tenni egészségemért.                             |                   |                  |        |                     |
| 2. Az egészség fontos szerepet játszik a boldogságomban.                         |                   |                  |        |                     |
| 3. Az egészség nem tartozik azon dolgok közé, amelyek a legfontosabbak számomra. |                   |                  |        |                     |
| 4. Az egészség helyett inkább a szórakozást választanám.                         |                   |                  |        |                     |

32. Aggodalmaim vannak, hogy szülés után nem tudom leadni a felszedett kilókat (több választ is be lehet jelölni)

- 1- nagyon aggódom
- 2- aggódom, hogy majd csak keveset sikerül leadni
- 3- soha nem lesz olyan a testem, mint volt
- 4- nem aggódom, majd elfogadnak ilyennek

33. Szeretném szoptatni a kisbabámat:

- 1-igen
- 2-nem

34. Ha nem szeretne szoptatni, azért, mert (több választ is be lehet jelölni):

- 1-elveszti a mellem a szépségét
- 2-szabadabb leszek, hiszen bárki el tudja látni a gyereket
- 3-könnyebb tápszerrel etetni a gyereket, mint folyamatosan a tejelapadás miatt aggódni
- 4-egészségesebbnek tartom a tápszerrel való etetést
- 5- undorodom a szoptatástól
- 6-anatómiaiilag nincs lehetőségem rá (pl. a mellbimbó alakja miatt)
- 7 -egyéb.....

35. Amióta állapotos, észlelt-e valamilyen változást a szexuális életével kapcsolatosan?

- 1-igen
- 2- nem

36. Ha igen, mit észlelt?

- 1- nőtt a szexuális étvágyam
- 2- csökkent a szexuális étvágyam
- 3- inkább mellőzzük a szexuális aktust, mert aggódom, hogy árthatunk a babának
- 4- inkább mellőzzük a szexuális aktust, mert a férjem aggódik, hogy árthatunk a babának
- 5- egyéb.....

37. Mit gondol, milyen mértékben fogadja el társa a megváltozott testét?
- 1- teljes mértékben elfogadja
  - 2- vonzónak tart így is
  - 3- negatív megjegyzéseket tesz az alakomra
  - 4-nem fogadja el
  - 5-teljesen elutasítja
38. Legalább hetente végez-e olyan tevékenységet, mint a gyors séta, kocogás, biciklizés stb. ameddig meg nem izzad?
- | 1- igen | 2- nem |
|---------|--------|
|---------|--------|
39. Ha igen, hetente hányszor és alkalmanként mennyi ideig? (kérjük, írja be a számot)
- |                      | hetente | perc/alkalom |
|----------------------|---------|--------------|
| gyaloglás            | .....   | .....        |
| kismama torna        | .....   | .....        |
| kismama jóga         | .....   | .....        |
| futás, kocogás       | .....   | .....        |
| úszás                | .....   | .....        |
| aerobic, fitness,    |         |              |
| pilates              | .....   | .....        |
| munkával kapcsolatos | .....   | .....        |
| kerti munka          | .....   | .....        |
| tánc                 | .....   | .....        |
| csapatsport          | .....   | .....        |
| egyéb éspedig        | .....   | .....        |
40. Terhessége előtt sportolt-e?
- | 1-igen | 2-nem |
|--------|-------|
|--------|-------|
41. Ha igen, milyen gyakorisággal?
- 1- naponta
  - 2- hetente 4-6 alkalommal
  - 3- hetente két- három alkalommal
  - 4- hetente egyszer
  - 5- havonta többször
  - 6- havonta
  - 7- ritkábban
  - 8- soha
42. Most mi a célja a sportolással? (több választ is be lehet jelölni)
- 1- fogyni szeretnék
  - 2- kondíció megtartása
  - 3- elégedetlen vagyok a testalkatommal
  - 4- jó közérzet fenntartása miatt
  - 5- úgy gondolom, hogy a testmozgás jót tesz mind nekem, mind a gyerekemnek
  - 6- szeretném többnyire megtartani a terhesség előtti testalkatomat
  - 7- társadalmilag elvárt, hogy egy magára adó kismama sportoljon
43. Szülés után hány héttel/hónappal szeretné elkezdni a terhesség alatt felszedett kilókat leadni?
- 1- 6 hétre
  - 2- 1 hónapra
  - 3- 2-3 hónapra
  - 4- 4-6 hónapra
  - 5- 7-8 hónapra
  - 6- 9-11 hónapra
  - 7- 1 év
  - 8- 1,5 év
  - 9- ameddig szoptatok,nem gondolkodom ilyesmin
44. Hogyan szeretné visszanyerni a szülés előtti alakját?
- 1 - kizárólag sport
  - 2- kizárólag megszorított étrenddel
  - 3- sport és fogyókúra párosításával
  - 4- sport és a táplálkozásra való odafigyeléssel
  - 5- egyéb.....
45. Az előző terhességek alatt felszedett kilókat sikerült leadni?
- 1- teljes mértékben sikerült
  - 2- igen nagy részben sikerült

- 3- pár kilót sikerült csak leadni  
 4- súlyosabb vagyok, mint a terhesség alatt voltam
46. Az előző terhesség(ek) alatt felszedett kilók:.....kg , amit nem sikerült lefogyini:.....kg
47. Evés után gyakran meghánytatom magam, ami nem függ össze a terhesség alatti hányingerrel:  
 1- napi gyakorisággal hánytatom magam  
 2- gyakran meghánytatom magam  
 3- néha meghánytatom magam  
 4 - soha nem hánytatom magam
48. Bizonyos ételeket (pl. szénhidrátok, zsírok) tudatosan elkerülök vagy csökkentem a fogyasztott mennyiséget, azért, hogy ne hízzak:  
 1- általában  
 2- gyakran  
 3 -ritkán  
 4-soha
49. Éjszaka kontrollálhatatlan éhséget érzek :  
 1. igen 2.nem
50. Ilyenkor nekifogok enni (több választ is be lehet jelölni):  
 1- igen  
 2- nem  
 3- túleszem magam  
 4- csak bekapok valami gyümölcsöt  
 5- rágcskálok valamit, de odafigyelek, hogy ne egyek sokat
51. Szed terhesvitaminokat?  
 1 - igen 2 - nem
52. Mit gondol a terhesvitaminokról:  
 1- a magzatvédő vitaminok fontosak, mert elősegítik, hogy fejlettebb legyen a gyerek  
 2- a gyerek normális testi fejlődéséhez elengedhetetlen  
 3- nem szedem, mert túlzottan megnöveli az étvágyamat  
 4- tudatosan csak néha szedem, hogy ne hízzak  
 5- hisz, de a gyerek érdekében bármit megteszek  
 6- túlzottan elhizlalja a gyereket
53. Mennyire volt kíváncs terhessege előtt:  
 1- egyáltalán nem voltam kíváncs  
 2- néha megkívántam ételeket  
 4- gyakran megkívántam ételeket  
 5- nagyon kíváncs voltam
54. Amióta terhes, mennyire kíváncs:  
 1- nem vagyok kíváncs  
 2- néha megkívánok egyes ételeket  
 3- gyakran megkívánok ételeket  
 4- nagyon kíváncs vagyok
55. Kíván-e olyan dolgokat, amiket nem szoktak megenni/amit nem tekintenek tápláléknak? (meszet, földet, stb.)  
 1-igen 2-nem
56. Esetleg más, tápláléknak nem számító dolgokat.....
- 57.Fogyasztott-e tápláléknak nem számító dolgot :  
 1-egyszer  
 2-néhányszor  
 3-többször is  
 4-gyakran fogyaszttam
58. Gyakran felpróbálom terhesség előtti ruháimat, hogy kontrolláljam, hogy mennyit híztam:  
 1- igen, gyakran  
 2- nem  
 3- néha, nem túl nagy gyakorisággal
- 59.Amióta terhes vagyok, gyakrabban sírok, mint a terhesség előtt.  
 1-igen 2-nem
60. Amióta terhes vagyok, ritkábban sírok, mint a terhesség előtt.  
 1-igen 2-nem
61. Kb. ugyanannyit sírok, mint a terhesség előtt.  
 1-igen 2-nem
- 62.Havonta átlagosan hányszor sír, amióta terhes.....

63. Hogyan változott meg a sírása a terhesség előtti időszakhoz képest? Pl. könnyebben/nehezebben sír, hosszabb/rövidebb ideig sír, másképpen, más okok miatt sír? Kérjük, részletezze a különbségeket:

64. A saját megítélése szerint, elegendő társas támogatással rendelkezik:

1-igen 2-nem

65. Ön szerint a médiban a tergességük után is nádszálvékonyan megjelenő hírességek befolyásolják a kismamák testképét:

1-igen 2-nem

66. Ha igen, akkor milyen irányban:

1- elégedetlenséget keltve

2- pozitív irányban

3-a soványságot elérendő célul tűzik ki

4-falcs képet mutatva a szülés utáni állapotról

5-reális képet mutatva a szülés utáni állapotról

67. Hogyan szeretne szülni?

1-természetes szülés

2-előre betervezett császármetszés saját kérésre

3-előre betervezett császármetszés orvosi javaslatra

68.Ha császármetszéssel azért mert ( több válasz is bekarikázható):

1- félek a szüléstől

2-félek a fájdalomtól

3-egyszerűbb mint a szülés

4-a barátnőim ezt javasolták

5-a fórumokon ezt javasolják inkább

6-az orvosom azt javasolta

A következő kérdések a **jelenlegi állapotát vizsgálják!** Nincs helyes, vagy helytelen válasz, kérem ne gondolkodjon sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ x-elje be.

|    |                                       | Egyáltalán<br>nem | Valamennyire | Eléggé | Nagyon/teljesen |
|----|---------------------------------------|-------------------|--------------|--------|-----------------|
| 1  | Nyugodtnak érzem magam.               | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 2  | Biztonságban érzem magam.             | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 3  | Feszültnek érzem magam.               | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 4  | Valami bánt.                          | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 5  | Gondtalannak érzem magam.             | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 6  | Zaklatott vagyok.                     | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 7  | Aggódok, hogy bajba keveredem.        | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 8  | Kipihentnek érzem magam.              | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 9  | Szorongok.                            | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 10 | Kellemesen érzem magam.               | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 11 | Elég önbizalmat érzek magamban.       | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 12 | Ideges vagyok.                        | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 13 | Nyugtalannak érzem magam.             | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 14 | Fel vagyok húzva.                     | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 15 | Minden feszültségtől mentes vagyok.   | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 16 | Elégedett vagyok.                     | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 17 | Aggódok.                              | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 18 | Túlzottan izgatott és feszült vagyok. | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 19 | Vidám vagyok.                         | 1                 | 2            | 3      | 4               |
| 20 | Jól érzem magam.                      | 1                 | 2            | 3      | 4               |

A következő kérdések azt vizsgálják, hogy **általában hogyan érzi magát**. Nincs helyes, vagy helytelen válasz, kérem ne gondolkodjon sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ x-elje be.

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

Kérjük értékelje az 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

Kérem , jelölje be, milyen gyakran fordultak elő Önnél a következő viselkedések az utóbbi 3 hónap alatt.

Jelölje be x-szel az Önre vonatkozó gyakoriságot:

**Amióta terhes:**

|                                     | Soha | Havonta<br>egyszer | Havonta<br>többször | Hetente<br>egyszer | Hetente<br>többször | Naponta | Naponta<br>többször |
|-------------------------------------|------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------|---------------------|
| Diétázás                            |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Testedzés, testsúly vagy alak miatt |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Étvágycsökkentők                    |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Falásrohamok*                       |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Hányás                              |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Hashajtók                           |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |
| Vízhashajtók                        |      |                    |                     |                    |                     |         |                     |

\* A falásroham olyan nagy mennyiségű táplálék gyors elfogyasztása, melyet mások szokatlanul nagy mennyiségnek tartanak.

A kérdőív az evéssel kapcsolatos érzéseket, véleményeket, viselkedéseket mér. Kérjük x-szel jelölje be azt, amelyik a legjobban kifejezi az érzéseit:

|                                                                                                         | Mindig | Rendszerint | Gyakran | Néha | Ritkán | Soha |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|---------|------|--------|------|
| 1.Édességeket és szénhidráttartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.                   |        |             |         |      |        |      |
| 2. Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.                                                                      |        |             |         |      |        |      |
| 3. Jó lenne, ha vissza tudnék térni a gyermekkor biztonságához.                                         |        |             |         |      |        |      |
| 4. Eszem, ha nyugtalan vagyok.                                                                          |        |             |         |      |        |      |
| 5. Teletömöm magam étellel.                                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 6. Szeretnék fiatalabb lenni.                                                                           |        |             |         |      |        |      |
| 7. Diétázásra gondolok.                                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 8. Megrémülök, ha érzelmeim túl erősek.                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 9. Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 10. Hasznavehetetlen embernek érzem magam.                                                              |        |             |         |      |        |      |
| 11. Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 12. Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.                                                              |        |             |         |      |        |      |
| 13. Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó,megfelelő a családban.                                       |        |             |         |      |        |      |
| 14. A legboldogabb időszak az életben a gyermekkor.                                                     |        |             |         |      |        |      |
| 15. Ki tudom fejezni az érzelmeimet.                                                                    |        |             |         |      |        |      |
| 16. Rettenetesen félek a hízástól.                                                                      |        |             |         |      |        |      |
| 17. Megbízom másokban.                                                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 18. Egyedül érzem magam a világban.                                                                     |        |             |         |      |        |      |
| 19. Elégedett vagyok az alakommal.                                                                      |        |             |         |      |        |      |
| 20. Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom életemben.                             |        |             |         |      |        |      |
| 21.Zavarba ejt, hogy nem tudom, milyen érzelmet érzek.                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 22. Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.                                                                |        |             |         |      |        |      |
| 23. Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.                                                         |        |             |         |      |        |      |
| 24. Szeretném, ha valaki más lennék.                                                                    |        |             |         |      |        |      |
| 25. Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.                                                   |        |             |         |      |        |      |
| 26. Világosan meg tudom határozni, milyen érzelmet érzek.                                               |        |             |         |      |        |      |
| 27. Elégedetlen vagyok magammal.                                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 28. Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.                     |        |             |         |      |        |      |
| 29. Gyermekként nagyon erősen próbáltam elkerülni, hogy csalódást okozzak szüleimnek vagy tanárainknak. |        |             |         |      |        |      |
| 30. Vannak szoros kapcsolataim.                                                                         |        |             |         |      |        |      |
| 31. Tetszik a fenekem formája                                                                           |        |             |         |      |        |      |

|                                                                                                                        | Mindig | Rendszerint | Gyakran | Néha | Ritkán | Soha |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|---------|------|--------|------|
| 33. Nem tudom, mi zajlik bennem.                                                                                       |        |             |         |      |        |      |
| 34. Nehezemre esik, hogy kimutassam érzelmeimet másoknak.                                                              |        |             |         |      |        |      |
| 35. A felnőttkor elvárásai túl nagyok.                                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 36. Gyűlölöm, ha különböző dolgokban nem a legjobb vagyok.                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 37. Biztonságot érzek saját magammal kapcsolatban                                                                      |        |             |         |      |        |      |
| 38. Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.                                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 39. Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.                                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 40. Nem tudom pontosan, hogy éhes vagyok-e vagy sem.                                                                   |        |             |         |      |        |      |
| 41. Rossz véleményem van magamról.                                                                                     |        |             |         |      |        |      |
| 42. Úgy érzem, meg tudok felelni a vele kapcsolatos elvárásoknak.                                                      |        |             |         |      |        |      |
| 43. Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.                                                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 44. Aggódom, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.                                                               |        |             |         |      |        |      |
| 45. Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.                                                                            |        |             |         |      |        |      |
| 46. Mások előtt mérsékelten eszem, magam, ha elmennek.                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 47. Normális étkezés után is felfúvódottnak érzem magam.                                                               |        |             |         |      |        |      |
| 48. Úgy érzem, az emberek gyerekkorukban a legboldogabbak.                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 49. Ha hízzom egy kg-ot, aggódom, hogy folytatódik a hízás.                                                            |        |             |         |      |        |      |
| 50. Úgy érzem, értékes személy vagyok.                                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 51. Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú, rémült vagy dühös vagyok-e.                                          |        |             |         |      |        |      |
| 52. Úgy érzem, hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat vagy sehogysem                                               |        |             |         |      |        |      |
| 53. Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.                                                       |        |             |         |      |        |      |
|                                                                                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 54. Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál kerülni hozzám). |        |             |         |      |        |      |
| 55. Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.                                                                     |        |             |         |      |        |      |
| 56. Belül (érzelmileg) üresnek érzem magam.                                                                            |        |             |         |      |        |      |
| 57. Tudok személyes gondolatokról, érzésekről beszélni.                                                                |        |             |         |      |        |      |
| 58. Az élet legszebb éve az az, amikor az ember felnőtté válik.                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 59. Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.                                                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 60. Vannak érzelmeim, melyeket nem tudok pontosan meghatározni.                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 61. Titokban eszem vagy iszom.                                                                                         |        |             |         |      |        |      |
| 62. Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű                                                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 63. Igen magas céljaim vannak.                                                                                         |        |             |         |      |        |      |
| 64. Ha zaklatott vagyok, aggódom, hogy enni kezdek.                                                                    |        |             |         |      |        |      |
| 65. Azok az emberek, akiket valóban szeretek, végül csalódást okoznak.                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 66. Szégyellem magam emberi gyengeségeimért.                                                                           |        |             |         |      |        |      |

|                                                                                                        | Mindig | Rendszerint | Gyakran | Néha | Ritkán | Soha |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|---------|------|--------|------|
| 68. Bárcsak kontrollálni tudnám testi szükségleteimet.                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 69. Csoporthelyzetben többnyire oldottnak érzem magam.                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 70. Meggondolatlanul mondok olyan dolgokat, amiket később megbánok.                                    |        |             |         |      |        |      |
| 71. Mindent azért csinálok, hogy örömöm legyen benne.                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 72. Vigyáznom kell magamra, mert hajlamos vagyok arra, hogy drogokkal vagy gyógyszerekkel visszaéljek. |        |             |         |      |        |      |
| 73. Az emberekkel többnyire őszinte (társaságkedvelő) vagyok.                                          |        |             |         |      |        |      |
| 74. A kapcsolatokban csapdában érzem magam                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 75. Az önmegettartóztatás azt az érzést kelti, hogy lelkileg erősebb vagyok.                           |        |             |         |      |        |      |
| 76. Mások megértik az igazi problémáimat.                                                              |        |             |         |      |        |      |
| 77. Furcsa gondolataimat nem tudom kivenni a fejemből                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 78. Ha valaki élvezetből eszik, az az erkölcsi gyengeség jele.                                         |        |             |         |      |        |      |
| 79. Hajlamos vagyok dühkitörésekre.                                                                    |        |             |         |      |        |      |
| 80. Úgy érzem, megkapom azt az elismerést, amit megérdemlek.                                           |        |             |         |      |        |      |
| 81. Vigyáznom kell magamra, mert hajlamos vagyok arra, hogy alkohollal visszaéljek.                    |        |             |         |      |        |      |
| 82. Úgy gondolom, a kikapcsolódás tiszta időpocséklás.                                                 |        |             |         |      |        |      |
| 83. Mások azt mondanák rólam, hogy ingerlékeny vagyok                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 84. Úgy érzem, általában én húzom a rövidebbet.                                                        |        |             |         |      |        |      |
| 85. Jelentős hangulati hullámzásokat élek át.                                                          |        |             |         |      |        |      |
| 86. Testi szükségleteim zavaróak számomra.                                                             |        |             |         |      |        |      |
| 87. Inkább vagyok egyedül, mint mások társaságában                                                     |        |             |         |      |        |      |
| 88. A szenvedés által jobb ember válik belőlünk.                                                       |        |             |         |      |        |      |
| 89. Tudom, hogy szeretnek az emberek.                                                                  |        |             |         |      |        |      |
| 90. Úgy érzem, magamnak vagy másoknak ártanom kell.                                                    |        |             |         |      |        |      |
| 91. Azt hiszem, valójában tudom, ki vagyok.                                                            |        |             |         |      |        |      |

A következő kérdések a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos véleményeket és viselkedéseket vizsgálja.

|                                                                                                                 | Teljes m mértékben<br>szavaztatok | Nagymértékben egyetértek | Közömbös | Nem értek egyet | Egyáltalán nem értek egyet |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------|-----------------|----------------------------|
| 1. Aggódom, hogy elhízhatok a terhességem alatt.                                                                |                                   |                          |          |                 |                            |
| 2. 10-15 kg között szeretnék hízni a terhesség alatt.                                                           |                                   |                          |          |                 |                            |
| 3. Próbálom alacsony szinten tartani a súlynövekedésemet, hogy ne látszódjon rajtam a terhesség.                |                                   |                          |          |                 |                            |
| 4. 5-10 kg között szeretnék hízni a terhességem alatt.                                                          |                                   |                          |          |                 |                            |
| 5. Mindaddig, ameddig egy kiegyensúlyozott diétát követek, nem érdekel, hogy mennyit hízik a terhességem alatt. |                                   |                          |          |                 |                            |
| 6. Szerintem egy terhes nő csodálatos.                                                                          |                                   |                          |          |                 |                            |
| 7. Büszke vagyok arra, hogy a terhességem látható.                                                              |                                   |                          |          |                 |                            |
| 8. A változás érdekében képes leszek hízni.                                                                     |                                   |                          |          |                 |                            |
| 9. Zavar, hogy a terhesség alatt milyen nagy lettem.                                                            |                                   |                          |          |                 |                            |
| 10. Képes volnék 18-kg-ot is hízni, ha ez a gyermekem egészségét jelentené.                                     |                                   |                          |          |                 |                            |
| 11. Szeretem a terhes ruhákat hordani.                                                                          |                                   |                          |          |                 |                            |
| 12. Visszataszítónak érzem magam a terhesség alatt felszedett kilóktól.                                         |                                   |                          |          |                 |                            |
| 13. Mindig zavar, ha a nővér/orvos megméri a súlyomat.                                                          |                                   |                          |          |                 |                            |
| 14. Zavar, hogy a terhességem alatt nem tudom követni a divatot.                                                |                                   |                          |          |                 |                            |
| 15. Úgy gondolom, hogy a nőknek kifejezetten kell vigyázniuk az alakjukra a terhesség alatt.                    |                                   |                          |          |                 |                            |
| 16. Ha egyik hónapban túl sokat híztam, ezt megpróbálom elkerülni a másik hónapban.                             |                                   |                          |          |                 |                            |
| 17. Mielőtt az orvoshoz megyek, megpróbálok nem enni.                                                           |                                   |                          |          |                 |                            |
| 18. 16 kg-ot szeretnék hízni, ha ez a gyermekem egészségét jelentené.                                           |                                   |                          |          |                 |                            |

A következő kérdések a terhességi súlynövekedéssel kapcsolatos véleményeket és viselkedéseket vizsgálja

A következő kérdések a terhesség alatt a kismamára ható pozitív, valamint negatív tényezők felbecsüléséről szólnak:

0 - egyáltalán nem

1 - részben

2 - kis mértékben

3 - teljes mértékben

**Az alábbiak közül mennyire boldogítják, vagy dobják fel?**

|                                                                                     |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Ahogy érzi, a gyerek mozgását                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Beszélgetés a házastárssal a gyerek nevééről                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. A külvilágtól kapott visszajelzések a terhesség alatti kinézetével kapcsolatosan | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. A gyerekszoba berendezésén tevékenykedni vagy gondolkodni                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. A terhességével kapcsolatos érzelmek                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Nőgyógyászati vizsgálat a gyerek fizikai állapotáról                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Spirituális érzések a terhességről                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Előzékenység az emberek részéről a terhessége miatt                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. A gyerek fizikai kinézetére gondolni                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Beszélgetés a házastárssal a terhességről/gyereknevelésről                      | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Az alábbiak közül melyek hangolnak le, vagy tesznek boldogtalanná?**

|                                                                                                                  |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Eleget aludni                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Fizikai intimitás                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. A terhességgel járó normális diszkomfort érzések<br>(vizeletvisszatartási képtelenség, gyomorégés, hányinger) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. A testsúlya                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. A terhességnek köszönhető testsúlyváltozások                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. A gyerek egészségességéről való gondolkodás                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. A szüléssel kapcsolatos gondolatok                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Fizikai feladatok elvégzésére való képesség                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. A fizikai tünetekkel kapcsolatos aggodalmak (fájdalom, vérzés)                                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Ruhák/ cipők, amik nem jók már Önre                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 |

Köszönöm a segítséget!