

Az evészavarok és a terhesség összefüggései

Doktori tézisek

Dukay-Szabó Szilvia

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



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

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

Komplex vizsga szakmai bizottság:

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

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

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

Budapest
2022

Bevezetés

A táplálkozási magatartással (az evéssel) kapcsolatos zavarok a múlt század második felétől egyre gyakoribbá váltak. Mára az evészavarok spektruma kiszélesedett, folyamatosan újabb kórképek jelennek meg, a testtel való elégedetlenség nagymértékben megnőtt. E krónikus lefolyású pszichoszomatikus betegségekhez gyakran más zavarok társulnak, mortalitásuk magas (Arcelus és mtsai, 2011). Ismert típusai az anorexia nervosa, bulimia nervosa, túlevéses zavar. Az elhízás terjedését is figyelembe véve az evészavarok kapcsán már népegészségügyi jelentőségről beszélhetünk (Túry és mtsai, 2013; Martos és Bakacs, 2017).

A klinikai súlyosságú evészavarok prevalenciája fiatal nők körében 1-4%, a szubklinikai formák előfordulása azonban egyes csoportokban (például sportolók, egyetemisták körében) az adott populációnak akár az egyharmadát is elérheti (van Eeden és mtsai, 2021; Szumska és mtsai, 2008). Az evészavarok alapvetően serdülő- vagy fiatal felnőttkorban alakulnak ki, a nővé és/vagy anyává válás kritikus szakaszában. Az anorexia nervosa sokszor még fiatalabb gyermekeknél is jelentkezik, késleltetve ezáltal nemi fejlődésüket. Az evészavarok mind a táplálkozási faktorokon, mind a társuló pszichés zavarokon keresztül kihatnak a nemi érése, a reprodukív funkciókra, a várandósságra, valamint a születendő magzatra. A nemzetközi szakirodalomban az utóbbi három évtizedben egyre nagyobb számban jelennek meg az evészavarok és a terhesség kapcsolatáról szóló beszámolók, kutatási eredmények. Az eddigi tapasztalatok többsége összességében arra mutat rá, hogy evészavar-érintettség esetén megnő a menstruációs és fertilitási zavarok, a terhességi és szülészeti komplikációk előfordulásának esélye. Mind a túl alacsony, mind a túl magas testsúly, valamint a rapid testsúlyingadozás is megnövekedett rizikót hordoz.

Maga a terhesség jótékonyan hathat az evészavarra, azonban a posztpartumban a visszaesés fokozott kockázata jelentkezik. A magzatra ható anyai evészavarnak akár hosszú távú, felnőttkori egészségre vonatkozó hatása is lehet, valamint ezen zavarok átörökítésének lehetősége is felmerül. Hazai viszonylatban azonban ez a terület még feltáratlan. Mindazonáltal, az evészavarban érintett nők nagy része is idővel anyává válik. Különösen fontos tehát a nőgyógyászati gyakorlatban is e sokszor a háttérben meghúzódó, eltitkolt zavar felfedése, valamint jellegzetességeinek, következményeinek és kezelési lehetőségeinek ismerete.

Célkitűzések

A dolgozatban megfogalmazott fő célkitűzések a következők voltak:

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

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

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

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

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

Módszerek

A Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2012 májusa és 2013 áprilisa között keresztmetszeti, kérdőíves felmérést végeztem 1300, a 37. gesztációs hét betöltése után szült kismama bevonásával (válaszadási ráta 88%)¹.

A kutatási kérdőív a szociodemográfiai jellemzők felmérésén túl a testsúllyal és testalakkal kapcsolatos antropometriai adatokra, változásokra, elégedettségre, attitűdökre kérdez rá, majd a korábbi és az aktuális terhességre, annak létrejöttére, lefolyására, kapcsolódó betegségekre, a szülésre és az újszülöttre vonatkozóan gyűjt információkat. Emellett kitér a válaszadó életstílusára, sportolási, dohányzási, alkoholfogyasztási szokásaira is. Végül az evészavar-érintettség meghatározásához felhasználja az

¹ A kutatáshoz a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével rendelkezem (Nr 12631/2012/EKU. [212/PI/12.]), a vizsgálatot az Orvosok Világszövetsége Helsinki Nyilatkozatának elveit tiszteletben tartva végeztem.

Evészavartünetek Súlyossági Skáláját (Yager és mtsai, 1987), az Evészavar Kérdőív (EDI) három diagnosztikai alskáláját, a *Karcsúság iránti készletés*, a *Bulimia* és a *Testi elégedetlenség* alskálát (Garner, 1983; magyar adaptáció: Túry és mtsai, 1997), a SCOFF tesztet (Morgan és mtsai, 1999b; magyar adaptáció: Dukay-Szabó és mtsai, 2016a), valamint az önbevallás módszerét alkalmazva kérdez rá az evészavarok esetleges előfordulására. Emellett felméri az ORTO (Donini és mtsai, 2005; magyar adaptáció: Varga és mtsai, 2014) egyes tételeit.

Az adatok elemzése az SPSS statisztikai programcsomag 22-es és 23-as verziójának használatával történt. Az elemzés során leíró statisztikákat, valamint többváltozós elemzési technikákat, lineáris vagy logisztikus regressziót alkalmaztam. Az Evészavar Kérdőív tételeinek belső konzisztenciáját item-totál korreláció és Cronbach alfa számításával, faktorális validitását konfirmatív faktoranalízis segítségével, diszkriminatív validitását pedig – tekintettel a kis elemszámra és az alskálák normálistól eltérő eloszlására – Mann-Whitney U próbával ellenőriztem.

Eredmények

A válaszadók átlagéletkora 32,1 év (szórás 5,16; terjedelem 18-47 év), fele fővárosi, fele vidéki lakos. A mintában a diplomások, s a szellemi munkát végzők felülreprezentáltak. A válaszadók testtömegindex (BMI) átlaga és kategóriáinak megoszlása nem tér el az azonos korú magyar nők BMI adataitól,² azaz a BMI szempontjából a minta jól leképezi a reprodukív korú magyar női populációt.

Az evészavar tesztek alkalmazhatósága

Az Evészavar Kérdőív validitásvizsgálat három egymást követő lépésből állt: a mérőeszköz megbízhatóságának ellenőrzése, a faktorális validitás vizsgálata, valamint a diszkriminatív validitás ellenőrzése. Először a tesztet leíró Garner (1983) által megadott küszöbértékek elérését ellenőriztem, nevezetesen azt, hogy az evészavar szempontjából érintettként definiáltak alcsoportjában, illetve a kontrollcsoportban az EDI alskáláin a Cronbach alfa érték 0,8 feletti, az egyes tételek esetén az item-totál korreláció (ITC) pedig

² A Hungarostudy 2013 adataival összevetve, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet hozzájárulásával.

0,4 feletti érték-e. Referenciapontként az önbevallás alapján magát „jelenleg”, azaz még a terheesség során is evészavarosnak tekintett válaszadókból létrejött csoportot tekintettem (n=26), kontrollcsoportként pedig a többi válaszadó szolgált. Ahhoz, hogy egy vizsgálat során a mérés elég szenzitív legyen, ahhoz a tesztnak az evészavarosokra kell konzisztensnek lennie, ahhoz pedig, hogy elég specifikusak legyenek az eredmények, a teljes mintára is. E két szempont figyelembevételével döntöttem az egyes tételek megtartása, vagy elvetése mellett.

A *Karcsúság iránti késztetés* alskálán az „Édességeket és szénhidrát tartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.”, a „Diétázásra gondolok.”, valamint az „Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.” tételeit hagytam el, így ez az alskála végül négy tételre redukálódott. A *Bulimia* alskálán az „Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.” tétel a teljes kismama mintán inkonzisztens volt, elhagyása hat tételre redukálta a *Bulimia* alskálát. A *Testi elégedetlenség* alskálán ugyanilyen indokkal váltam meg az „Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.” tételtől.

A mérőeszköz faktorális validitását konfirmatív faktoranalízissel ellenőriztem: a belső konzisztencia vizsgálat során elhagyott öt tétel nélkül elvégzett három faktoros faktoranalízis megfelelő illeszkedést mutatott.

A tételek elhagyása miatt az alskálákhoz tartozó kritikus tartományok szintén változtatásra szorultak. A korábbi tételszámok és ponthatárok alapján az újonnan kialakított alskálák esetében a kritikus ponthatár alsó értékét arányosítással a következőkben határoztam meg: a *Karcsúság iránti késztetés* alskála esetén 8, a *Bulimia* esetén 12, a *Testi elégedetlenség* alskála esetén 19 pont.

Az EDI új, kismama populációra validált változatával mindhárom alskála esetében szignifikáns különbség mutatható ki a jelenleg magát evészavarosnak, illetve nem evészavarosnak valló válaszadók EDI alskáláinak átlagai között, ami igazolja a módosított verzió diszkriminatív validitását. Az EDI specificitása a *Karcsúság iránti késztetés* alskála esetében 97,95% (95% CI 96,88-98,73), a *Bulimia* alskálát alkalmazva 99,81% (95% CI 99,31-99,97), a *Testi elégedetlenség* alskála esetében pedig 96,9% (95% CI 95,65-97,87) volt, azaz a teszt a nem evészavaros eseteket nem is sorolta annak.

A SCOFF állításai közül a testi tünetek kapcsán, az önhánytatásra vonatkozó tétel esetében nincs szignifikáns eltérés a magát evészavarosnak vallók, illetve a többiek válaszai között, a fogyásra vonatkozó kérdés pedig a vizsgált kismama populációban

egyszerűen nem értelmezhető. Mindez visszavezethető arra, hogy ezeket a tényezőket a terhesség erőteljesen befolyásolja. A kognitív eltérésekre vonatkozó tételek (az evés feletti kontroll elvesztése miatti aggodalom, az étel élet feletti dominanciája, mások véleményével szemben többen tartják magukat kövérnek) esetén azonban éles különbség rajzolódik ki a jelenleg evészavaros és nem evészavaros kismamák válaszai között. Az ötből háromra redukálódott tétel esetében a teszt standard két igen válaszként definiált kritikus határa nem alkalmazható. A kérdésekre adott pozitív válaszokra számított egyszerű átlag ugyanakkor arra utal, hogy a SCOFF az evészavarok esetén fellépő kognitív diszfunkciókat jól megragadja.

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

Az evészavar érintettség meghatározása

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

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

A tágabban értelmezett „evészavaros” csoportba a következő szempontok alapján kerülhetett be valaki:

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

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

Ez nem klinikai diagnózist takar, nem tekinthető prevalencia adatnak, evészavar érintettségként fogom értelmezni. Olyan egyének körét jelenti, akik életük során valaha (akár régen, a terhességét jóval megelőzően, akár közvetlenül előtte vagy akár alatta is) táplálkozási magatartásukban vagy a testük észlelésében, a hozzá való viszonyukban patológiás viselkedésformákat mutattak. Az elemzések során kontrollcsoportként – mindkét esetben – azokat tekintem, akik a tágabb kritériumok szerinti evészavar meghatározás esetén sem tekinthetők érintettnek (n=976).

Az evészavarosként definiált alminták jellemzői

Az evészavaros és nem evészavarosként definiált alminták szociodemográfiai szempontból nem különböznek egymástól. A két csoport BMI átlaga és BMI-kategóriáinak megoszlása azonban szignifikánsan ($p < 0,001$) eltér. Az evészavarosként kategorizált válaszadók körében több magas testtömegindexű, azaz túlsúlyos vagy elhízott személy található. A terhesség előtti BMI átlaga a kontrollcsoportban 23,09 (SD=4,27), az ED EDI szerinti csoportban 29,15 (SD=5,93; $p < 0,001$), ED összesen csoportban 25,20 (SD=6,00; $p < 0,001$).

A terhességhez kapcsolódó testsúly- és alakváltozás, valamint annak percepciói

Az evészavar szempontjából érintett személyek terhesség előtti testsúlya és BMI-je magasabb volt, mint a kontrollszemélyeké. A kontrollcsoporthoz képest ezekben az

almintákban a válaszadók inkább sorolták magukat kövérnek egy ötfokú skálán (ED EDI alapján 4,33; ED összesen 3,69; kontroll 3,34; mindkét esetben $p < 0,001$), és kevésbé voltak elégedettek testsúlyukkal (ED EDI alapján 1,98; ED összesen 2,88; kontroll 3,56; mindkét esetben $p < 0,001$). Kevésbé kritikusan, de testalkatukkal is kevésbé voltak megelégedve, mint a nem evészavaros válaszadók (ED EDI alapján 2,14; ED összesen 3,08; kontroll 3,61; mindkét esetben $p < 0,001$). A BMI-szel kontrollált regressziós modell szerint – a BMI mellett – az evészavarnak is szignifikáns hatása van a testsúllyal kapcsolatos szubjektív érzetre.

Az evészavarral valaha küzdők ($n=170$) háromtizedét (31,2%), míg a nem érintettek egytizedét (11,1%) jellemezte erőteljesen várandóssága előtt az elhízástól való félelem. Mindkét csoport feléről (49,4% és 49,3%) mondható az el, hogy valamelyest foglalkoztatta őket ez a kérdés, míg egyáltalán nem törődött a súlygyarapodás lehetőségével az evészavarosok egyötöde (21,8%), a kontrollcsoport kétötöde (41,2%) ($p < 0,001$). A terhesség alatti súlygyarapodással kapcsolatos aggodalmak is hasonló módon alakultak ($p < 0,001$). Az EDI alapján evészavarosnak sorolt ($n=50$) válaszadók körében ezek a félelmek még fokozottabban vannak jelen mind a terhesség előtt ($p < 0,001$), mind a terhesség folyamán ($p < 0,001$). Emellett azt láthatjuk, hogy mint a terhességet megelőzően, úgy annak során is az alak megváltozását kisebb fokú félelem veszi körül, mint a testsúlykilogrammok változását.

A válaszadók abszolút többsége, 93,3%-a szerint egy terhesség során optimális esetben 9-15 kg-mal növekszik meg egy kismama testsúlya. Evészavar-érintettség tekintetében nem volt különbség a vizsgált almintákhoz tartozók ismeretei között.

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

túlsúlyhoz köthető kisebb súlynövekedés az emelkedés abszolút számát tekintve jórészt kiegyenlítődik.

Az ötfokú skálán adott értékelések átlagát összehasonlítva az látható, hogy az evészavaros válaszadók elégedetlenebbek a terhességükkel járó testsúlyváltozással, mint a kontrollcsoport tagjai (ED EDI szerint 2,90; ED összesen 3,38; kontroll 3,85; mindkét esetben $p < 0,001$). Ennek háttérében – a lineáris regressziós modell tanúsága szerint – két hatás összegződik: egyrészt a terhesség előtti testsúly emelkedésével párhuzamosan (testsúlykilogrammonként $-0,01$ -dal; $p < 0,001$) csökken a terhesség alatti testsúlyváltozással kapcsolatos elégedettség, másrészt az evészavar önmagában is – a testsúly kontrollálása mellett – negatívan hat a terhességhez kapcsolódó testsúlynövekedés megítélésére (ED EDI szerint $p < 0,001$; ED összesen $p < 0,001$).

A kontrollcsoportnál (32,4%) az evészavaros válaszadók körében szignifikánsabb magasabb (ED EDI szerint 76,0%, ED összesen 48,8%; mindkét esetben $p < 0,001$) volt azok aránya, akik a szülés után a terhesség előttinél alacsonyabb testsúlyt szeretnének elérni.

Akiknek már több terhessége is volt, azon válaszadók 42,0%-a állítja, hogy van olyan súlyfeleslege, amely korábbi terhességeivel összefüggésbe hozható. Ez gyakrabban fordul elő az evészavaros (ED EDI szerint 66,7%; ED összesen 53,1%), mint a kontrollcsoportban (40,1%; ED EDI szerint $p < 0,01$; ED összesen szerint $p < 0,05$).

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

Terhességgel kapcsolatos előzmények

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

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

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

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

A jelen várandósság ismérvei

A mintába került személyek csaknem ötödénél a terhesség nem volt tervezett. Ez az arány nem különbözik érdemben az evészavaros (ED EDI szerint 12,2%; ED összesen 21,0%) és a kontrollcsoportban (18,6%). Az oligo- vagy amenorrhoea gyakrabban fordul elő az evészavarban érintett válaszadók (ED EDI szerint 26,5%, $p < 0,01$; ED összesen 26,3%, $p < 0,001$), mint a kontrollszemélyek (11,8%) körében. A legerősebb befolyásoló tényező a korábbi nőgyógyászati betegség vagy műtét előfordulása, amely 2,5-szeresére (OR=2,491; 95% CI: 1,728-3,590) növeli az irreguláris menzesz esélyét. Az evészavar-érintettség hasonló, 2,26-szoros (95% CI: 1,486-3,421) eséllyel jár együtt oligo- vagy amenorrhoeával. A BMI egységnyi emelkedésével 1,05-szörösére (95% CI: 1,015-1,089) nő az esélye a rendszertelen menstruáció előfordulásának.

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

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

mutatkozott szignifikáns eltérés (bármelyik) evészavaros, illetve a kontrollcsoport tagjai között.

Várandóssággal összefüggő megbetegedés a kismamák 21,4%-ánál fordult elő, ezek közül gesztációs diabétesz 10,8%-nál, terhességi magas vérnyomás 3,9%-nál, toxaemia 2,1%-nál alakult ki. Szignifikáns különbség az evészavaros és a kontrollcsoport tagjai között a terhességi magas vérnyomás esetében figyelhető meg, ám a logisztikus regressziós elemzés alapján kijelenthető, hogy ezt nem az evészavar érintettség, hanem a csoportban lévők magasabb testsúlya okozza.

A teljes minta 5,1%-ánál fordult elő szülési szövődmény. Az elvégzett logisztikus regressziós modell szerint az evészavarok bármikori előfordulása csaknem kétszeresére (OR=1,932; 95% CI: 1,011-3,693) növeli a szülési szövődmény kialakulásának kockázatát.

A mintába került személyek egynegyedénél (25,3%-ánál) a terhesség lefolyása veszélyeztetett vagy szövődményes volt. A kontrollcsoport tagjai körében 23,7%, az összes érintettet tartalmazó evészavar csoportban (n=170) 34,1% ez az arány. Ez a különbség egyrészt szignifikáns ($p < 0,01$), másrészt két hatásból adódik össze: a válaszadó terhesség előtti BMI-je, valamint az evészavar-érintettség is befolyással van rá: evészavar-érintettség esetén csaknem másfélszeresére (OR=1,473; 95% CI: 1,026-2,116; $p < 0,05$) nő az esélye annak, hogy a terhesség lefolyása veszélyeztetetté vagy szövődményessé válik.

A szülés menete az esetek közel felében császármetszéssel történt: a kontrollcsoportban 44,0%, míg a tágabb definíció szerinti evészavar csoportban szignifikánsan magasabb, 53,6% ($p < 0,01$) ez az arány. A logisztikus regressziós modell arra világított rá, hogy az evészavar nem közvetlenül befolyásolja a szülés menetét.

Az anyaság és a szoptatás kérdései

Az anyák kétharmada (67,5%-a) a baba igényeihez tervezi igazítani az anyatejjel való táplálás időtartamát, s ebben semmilyen különbség nem mutatkozott (bármelyik) evészavaros és a kontrollcsoport között. Azzal kapcsolatban azonban, hogy egyáltalán fog-e tudni majd szoptatni, az evészavaros anyák nagyobb aggodalmat élnek át, mint a kontrollcsoport tagjai (ED EDI szerint 44,0%; ED összesen 36,3%; kontrollcsoport 27,5%; mindkét esetben $p > 0,05$).

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

Jelentős különbség mutatkozik ugyanakkor az anyasággal kapcsolatos félelmek terén: az evészavarban érintett válaszadói csoportokban tíz százalékponttal magasabb az aránya azoknak, akik az anyasággal járó felelősség miatt nagyfokú aggodalmat élnek át (ED EDI szerint 28,0%, $p < 0,01$; ED összesen 27,1, $p < 0,01$; kontrollcsoport 17,7%).

Táplálkozási szokások és a mögötte rejlő pszichés különbségek

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

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

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

Az evészavarok kognitív tünetei kiugróan magas arányban fordultak elő mind az EDI alapján, mind a tágabb definíció alapján evészavarosnak tekintett válaszadók előtörténetében. Az evés feletti kontroll elvesztése feletti aggodalom a kontrollcsoport 4,3%-nál, az evészavarosok körülbelül felénél (ED EDI szerint 43,8%; ED összesen 50,6%) jelentkezett bármikor a terhességet megelőzően (mindkét esetben $p < 0,001$). Az étel élet feletti dominanciájának érzése a kontrollcsoport 1,2%-ánál fordult valaha elő, ez az arány az evészavarosok körében közel hússzoros (ED EDI szerint 21,3%; ED összesen 24,8%; mindkét esetben $p < 0,001$). Testsúllyal és testalkattal kapcsolatos állandó aggodalmak a kontrollcsoport tagjainak életében a terhességet megelőzően 13,9%-ban

voltak jelen, míg az evészavarosok abszolút többségénél (ED EDI szerint 71,4%; ED összesen 65,2%) előfordult ez a tünet (mindkét esetben $p < 0,001$).

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

A várandósság alatti tudatosabb, a részletekre jobban odafigyelő táplálkozás általános jelenség, e tekintetben nem tapasztalható különbség a zavart táplálkozási magatartásformákat mutató, illetve nem mutató válaszadók között. Ugyanakkor a korábban evészavarosak ($n=170$) étkezése nagyobb arányban vált rendszeressé, mint a kontrollcsoporté (83,9% vs. 74,4%, $p < 0,01$). A jobb minőségű ételek választása szintén nagyobb arányban nőtt az aktuálisan vagy korábban evészavarosok között (72,4% vs. 55,5%, $p < 0,001$).

Következtetések

A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy terhesség során a várandósság élettani változásait – a testsúlygyarapodás, hányinger, hányás, táplálkozás változását – figyelembe véve az evészavar-érintettség meghatározását a szokásostól eltérő módon kell végezni: a testi és viselkedésbeli indikátorok egy jó része – úgy mint a jelentős testsúlyvesztés, az önhánytatás – ilyenkor nem szolgál támpontul, az evészavarokhoz kapcsolódó kognitív eltérések azonban jól megragadhatók. A kismama populáción az EDI három diagnosztikai alskáláján összesen öt tétel elhagyásával, módosított kritikus tartományokkal (a *Karcsúság iránti késztetés* alskála esetén 8, a *Bulimia* esetén 12, a *Testi elégedetlenség* alskála esetén 19 pont) megfelelő eszköznek bizonyult az evészavarok szűrésére. A SCOFF egyes tételei bár jól megragadják az evészavarok esetén fellépő kognitív diszfunkciókat, azonban a terhesség okán irrelevánssá váló tételek elhagyásával a megmaradt tételek önmagukban szűrésre nem elégségesek. Az ORTO vizsgált tételei

közül is csupán az érzelmi töltetre utaló tételek – mint például az evéssel, egészséggel kapcsolatos aggodalmak – mutattak eltérést az evészavaros és a kontrollcsoport között.

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

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

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

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

Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. Dukay-Szabó Sz., Simon D., Varga M., Koller O., Pataki Z., Rigó J., Túry F.: The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01197-2>

2. Dukay-Szabó Sz, Simon D, Varga M, Szabó P, Túry F, Rathner G: Egy rövid evészavar kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle* 2016;69 (3-4). DOI: <http://dx.doi.org/10.18071/isz.69.E014>
3. Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F: A SCOFF kérdőív értéke az evészavarok szűrésében. *LAM* 2016;26(03), 086-090.
4. Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F: Az evészavarok és a terhesség összefüggései – irodalmi áttekintés *Ideggyógyászati Szemle*, 2016;69 (9-10). DOI: <http://dx.doi.org/10.18071/isz.69.0299>

A disszertációtól független közlemények

Folyóiratokban megjelent lektorált közlemények:

1. Dukay-Szabó Sz.: Evés- és testsúlyzavarok magyar műkorcsolyázók körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (3):193-202, 2007.
2. Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Testkép- és evészavarok látássérültek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 9:139-147, 2008.
3. Túry F., Babusa B., Dukay-Szabó Sz., Varga M.: Az evés- és a testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magyar Tudomány* 171:1306-1315, 2010.
4. Varga M., Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Orthorexia nervosa és háttértényezői. *Ideggyógyászati Szemle* 66:220-227, 2013.
5. Varga M., Dukay-Szabó Sz., Túry F., van Furth, EF.: Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* 18:103-111, 2013.
6. Varga M., Thege B.K., Dukay-Szabó Sz., Túry F., van Furth E.F. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 28;14:59. doi: 10.1186/1471-244X-14-59. PMID: 24581288; PMCID: PMC3943279.
7. Túry F., Szabó P., Dukay-Szabó Sz., Szumska I., Simon D., Rathner G.: Eating disorder characteristics among Hungarian medical students: Changes between 1989 and 2011. *Journal of Behavioral Addictions*: 4 pp. 1079-1087., 9 p., 2020.

Könyvfejezetek:

1. Szabó Sz.: Politikai ideológiai önbesorolások. In: Kurtán S., Sándor P., Vass L. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2003-ról. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2004, 685-689 o.
2. Szabó Sz.: Pártok elutasíthatósága. In: Sándor P., Vass L., Sándor Á., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2004-ről. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2005, CD.
3. Szabó Sz.: Győzelmi várakozások és a pártpreferencia változásai In: Sándor P., Vass L., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2005-ről. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2006, DVD.
4. Dukay-Szabó Sz.: A 2006-os parlamenti választások súlya In: Sándor P., Vass L., Tolnai Á. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2006-ról. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2007, DVD.
5. Dukay-Szabó Sz.: Nyilvános eszmecsere az Európai Unióról. In: Sándor P., Vass L. szerk.: Magyarország politikai évkönyve 2007-ről. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2008, DVD.
6. Dukay-Szabó Sz.: A sportolás és az evészavarok összefüggései. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008, 63-77.
7. Dukay-Szabó Sz., Túry F.: Az evészavarok, a testkép és a vakság kapcsolata. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008, 287-297.
8. Dukay-Szabó Sz., Závecz T.: Népszavazási eszmecsere. A deliberative közvélemény-kutatás tanulságai. In: Enyedi Zs. szerk.: A népakarat dilemmái. Népszavazások Magyarországon és a nagyvilágban. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2009, 253-268.
9. Dukay-Szabó Sz.: A politikai intézmények támogatottsága 1988/90-2008. In: Sándor P., Stumpf A., Vass L. szerk.: Magyarország politikai évtizedkönyve: Kormányzati rendszer a parlamenti demokráciában 1988-2008. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Közhasznú Alapítvány, Budapest, 2009, CD.
10. Túry F., Babusa B., Dukay-Szabó Sz.: New psychiatric conditions and body image disorders in sport psychiatry. In: Thimetikos Tomos Georgiou Christodoulou. Ekdoseis, Athens, 2011, 220-226.

11. Túry F., Lukács L., Dukay-Szabó Sz.: Az evés és a testkép zavarai a sportban. In: Kurimay T., Faludi V., Kárpáti R. szerk.: A sport pszichológiája. Fejezetek a sportlélektan és határterületeiről I. A Magyar Pszichiátriai Társaság és az Oriold és Társa Kiadó közös kiadása, Budapest, 2012, 209-234.
12. Dukay-Szabó Sz., Ádám Sz., Susánszky A., Győrffy Zs.: Gyermekvállalás fiatal felnőttek körében: vágyak kontra tények. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 227-245.
13. Győrffy Zs., Susánszky A., Ádám Sz., Dukay-Szabó Sz.: A 35 év alatti felnőtt fiatalok párkapcsolati szokásai – Hogyan látják a férfiak, és hogyan a nők? In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 199-213.
14. Susánszky A., Dukay-Szabó Sz., Győrffy Zs., Ádám Sz.: Fiatalok házassággal és gyermekvállalással kapcsolatos beállítódása a férfi és női nemi szerep-stressz viszonylatában. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 245-255.
15. Ádám Sz., Susánszky A., Győrffy Zs., Dukay-Szabó Sz.: Családtervezési stratégiák, családdal kapcsolatos értékek és attitűdök a fiatalok körében. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 213-227.
16. Dukay-Szabó Sz., Győrffy Zs., Ádám Sz., Varga M.: Nőnek lenni: négy hetente, negyven hétig, közben, és azután. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 255-265.
17. Győrffy Zs., Czeglédi E., Dukay-Szabó Sz., Sándor I.: A bántalmazás szociodemográfiai háttértényezőinek alakulása Magyarországon. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 161-175.
18. Túry F., Czeglédi E., Papp I., Dukay-Szabó Sz., Babusa B., Güleç, H., Mezei Á., Szabó K., Varga M., Szumska I.: A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest, 147-160.