

Az orthorexia nervosa korrelátumai, különös tekintettel az evészavarokra és a kényszeres tünetekre

Doktori értekezés

Varga Márta

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



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

Hivatalos bírálók: Dr. Géczy Anna egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Hoyer Mária egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László egyetemi tanár, D.Sc.
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Demetrovics Zsolt egyetemi tanár, Ph.D.
Dr. Tölgyes Tamás egyetemi adjunktus, Ph.D.

Budapest
2014

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	1
Táblázatjegyzék	3
Ábrajegyzék.....	7
Rövidítések jegyzéke	8
1. Bevezetés	9
1.1. A klasszikus evészavarokról röviden	12
1.2. Az evészavarok más pszichés zavarokkal való kapcsolata	13
2.1. A kényszerbetegségről és a kényszerességről röviden	14
2. 1. 1. A kényszerbetegség tünettana	14
2. 1. 2. A kényszeres személyiségzavar	15
1. 3. Az evészavarok, a kényszerbetegség és a kényszeresség kapcsolata	16
1. 3. 1. Komorbiditás	18
1. 3. 2. Az evészavarok és a kényszerbetegség modelljének haszna.....	23
1. 4. Az Adonisz-komplexus, az izomdiszomorfia, a testépítő típusú evészavar és a testdiszomorfias zavar kényszeres jellege	24
1. 5. Orthorexia nervosa	26
1. 5. 1. Diagnosztikai kritériumok, mérőeszközök, differenciáldiagnózis	26
1. 5. 2. Az orthorexia nervosa komorbid tényezői	29
1. 5. 3. Az orthorexia nervosa biopszichoszociális keretben.....	29
1. 5. 4. Epidemiológia.....	31
1. 6. Összefoglalás	35
Empirikus vizsgálatok	40
A vizsgálatok célja és felépítése	40
2. Célkitűzések.....	42
Célkitűzés és hipotézisek.....	42
3. Módszerek	44
3. 1. Vizsgálati személyek és eljárás	44
3. 2. Eljárás leírása.....	45
3. 3. Mérőeszközök.....	45
3. 4. Alkalmazott statisztikai elemzés	51
4. Eredmények	52

4. 1. A vizsgálat alapstatisztikája	52
4. 2. Az ORTO-15, az orthorexia nervosát mérő kérdőív magyar adaptációjának kidolgozása és pszichometriai jellemzői	56
4. 2. 4. Orthorexia nervosával kapcsolatos konstruktumok vizsgálata.....	68
4. 3. Az orthorexia nervosa hajlam korrelátumai és magyarázó változói	74
4. 4. Evészavarok gyakorisága	90
4. 5. Orthorexiás hajlam fokozott kockázati csoportjának feltérképezése	95
5. Megbeszélés.....	112
6. Összefoglalás	134
7. Summary.....	135
8. Irodalomjegyzék	136
9. Saját publikációk jegyzéke	144
10. Köszönetnyilvánítás.....	146
Mellékletek	147

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Az orthorexia nervosa prevalencia adatainak összefoglalása	32
2. táblázat: A minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén nemi bontásban	53
3. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált változók mentén nemi bontásban.....	54
4. táblázat: Az ORTO-15 (orthorexiás hajlamot mérő skála) (Donini és mtsai, 2005) item analízisének eredményei magyar mintán (N=810).....	59
5. táblázat: A Mann-Whitney teszt eredménye, ORTO-11-Hu átlagok és szórások a kiegészítő orthorexiához kapcsolódó tételek alapján	65
6. táblázat: A Mann-Whitney teszt eredménye, ORTO-11-Hu átlagok és szórások a kiegészítő orthorexiához kapcsolódó tételek alapján nemek szerinti bontásban....	66
7. táblázat: A kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdésekből alakult két főkomponens faktorsúlyai	67
8. táblázat: A Mann-Whitney teszt és Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, az életmódhoz kapcsolódó jellemzők és kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdések átlag- és szórásértékei.....	69
9. táblázat: A Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, a fogyasztott ételfélékhez kapcsolódó jellemzők átlag- és szórásértékei.....	70
10. táblázat: A Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, a fogyasztott ételfélékhez kapcsolódó jellemzők átlag- és szórásértékei nemek szerinti bontásban	71
11. táblázat: A Mann-Whitney teszt és Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, az életmódhoz kapcsolódó jellemzők és kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdések átlag- és szórás értékei nemek szerinti bontásban	72
12. táblázat: Az ORTO-11-Hu és az egyes Evési Zavar Kérdőív alskálák közötti korreláció (n=810)	74
13. táblázat: Az ORTO-11-Hu és az egyes Evési Zavar Kérdőív alskálák közötti korreláció nemek szerint.....	75
14. táblázat: Az ORTO-11-HU és az egyes MOCI alskálák közötti korreláció (n=810)	75
15. táblázat: Az ORTO-11-HU és az egyes Maudsley Kényszer Kérdőív alskálák közötti korreláció nemek szerinti csoportban	76

16. táblázat: A minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén	77
17. táblázat: Orthorexiás hajlam demográfiai és antropometriai jellemzők nemek szerint	78
18. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív).....	78
19. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Evési Zavar Kérdőív alskálák).....	79
20. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Maudsley Kényszer Kérdőív alskálák)	80
21. táblázat: Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív alskálák és Beck Depresszió Kérdőív átlag és szórás eredményei orthorexiás hajlam szerinti csoportokban nemek szerinti bontásban	81
22. táblázat: Többváltozós hierarchikus regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára (n=810)	84
23. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára (n=810)	85
24. Táblázat Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel (n=810).....	86
25. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel (n=810).....	87
26. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel és a patológiás esetekkel (n=810)	88
27. táblázat: A fokozott orthorexiás hajlam bináris változóra (26-os határérték alapján kialakított kategória) illesztett binomiális logisztikus regressziós modell (n=810)	89
28. táblázat: Nemek és fokozott orthorexiás hajlam szerinti gyakoriság szubjektív önjellemezés alapján alakult három evészavar-csoportban.....	91
29. táblázat: Fokozott orthorexiás hajlam szerinti gyakoriság szubjektív önjellemezés alján alakult három evészavar-csoportban nemek szerinti bontásban	91
30. táblázat: Fokozott orthorexiás hajlam átlag és szórás értékei a szubjektív önjellemezés alapján alakult három evészavar-csoportban a teljes mintán, illetve nemek szerinti bontásban.....	91

31. táblázat: Önjellemzés alapján evészavar miatt kapott kezelés gyakorisága nemek szerinti bontásban	92
32. táblázat: ORTO-11-Hu változó átlag és szórás értékei nemek szerinti bontásban az evészavar miatt kapott kezelés szerinti csoportokban	92
33. táblázat: Az ORTO-11-Hu átlag és szórás értékei az evészavarok objektív kritériumai szerint alakított csoportokban a nők körében	93
34. táblázat: A fokozott orthorexiás hajlam (26-os határérték alapján) előfordulási gyakorisága az evészavarok objektív kritériumai szerint alakított csoportokban a nők körében	94
35. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén	97
36. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (ORTO-11-Hu, Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív).....	98
37. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén.....	100
38. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén.....	101
39. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén nemek szerinti bontásban	102
40. táblázat: Többváltozós regressziós modell az ORTO-11-Hu változó magyarázására az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók (n=810) körében	104
41. táblázat: Többváltozós regressziós modell az ORTO-11-Hu változó magyarázására az egészségügyi és nem egészségügyi hivatású csoportban, a főkomponensek bevonásával (n=810)	105
42. táblázat: Többváltozós regressziós modell az Evési Zavar Kérdőív által képzett változó magyarázására hivatás mentén való bontásban (n=810).....	107
43. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak csoportjának bemutatása valaha fennálló evészavar, az Evési Zavar Kérdőív három alsókálaja alapján és evészavar miatt kapott kezelés mentén, a gyakorisági mutatók, illetve a χ^2 próba eredményei (%, χ^2 , ,p)	109

44. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak csoportjának bemutatása valaha fennálló evészavar, az Evési Zavar Kérdőív három alskálája alapján és evészavar miatt kapott kezelés mentén, a gyakorisági mutatók, illetve a χ^2 próba eredményei (%, χ^2 , ,p) nemek szerinti bontásban.....	110
45. Táblázat Az orthorexia nervosa és evészavarok tüneti különbségei és hasonlóságai	132

Ábrajegyzék

1. ábra Az evészavarok tüneti dinamikájának modellje.....	10
2. ábra Az ORTO-15 faktorstruktúrája Donini és munkatársai (2005) feltételezésére alapozva (strandardizált regressziós súlyokkal a jelen mintán vizsgálva).....	57
3. ábra A magyar rövidített ORTO-11-Hu legjobban illeszkedő modellje.....	60
4. ábra ORTO-15 megfigyelt és elméleti eloszlása (N=810)	62
5. ábra ORTO-15 megfigyelt és elméleti eloszlása (N=810).....	63

Rövidítések jegyzéke

AN = anorexia nervosa

BN = bulimia nervosa

ED = evészavar (eating disorder)

ON = orthorexia nervosa

OCD = kényszerbetegség

EDI = Eating Disorder Inventory, magyar változata Evési Zavar Kérdőív

MOCI = Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, kérdőív magyar neve

BDI = Beck Depression Inventory, Beck Depresszió Kérdőív

BED = binge eating disorder = falászavar

BMI = body mass index (testtömeg-index)

1. Bevezetés

A 21. század fogyasztói társadalma jó alapot jelent az úgynevezett obezogén környezet számára, amely kettős üzenetet tartalmaz. Egyrészt vásárlásra és fogyasztásra buzdít, mutatva, hogy ez az út a boldogság felé. Másrészt a társadalmi, szociokulturális ideál arra motivál minket, hogy egyidejűleg soványak, izmosak és egészségesek legyünk, mert ez jelenti a boldogság alapját. Ez a közeg igen meghatározó az evés- és testképzavarok kialakulása szempontjából.

Az evés- és testképzavarok divatbetegségnek számítanak, gyors patomorfozísuk miatt egyre újabb típusai jelennek meg, gyakori az átfedés a kórképek között, és még gyakoribb a szubklinikai megnyilvánulás. Nagyon súlyos testi szövődményeket vonnak maguk után, s emiatt is magas a mortalitásuk. Sok esetben a gyógyulás csak részleges, amikor is megmaradnak a torzult attitűdök és viselkedésformák.

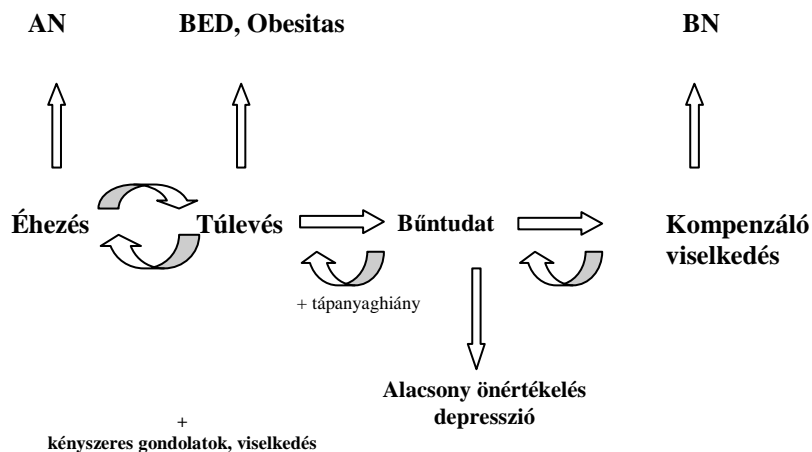
A társadalmi nyomás által támasztott soványságideál után megjelent az egészségesség mint kívánt állapot. Az elhízás magas aránya és az ennek következményeképpen kialakuló egészségügyi szövődmények miatt az egészséges táplálkozás értékké és követendő magatartássá vált. Úgy tűnik azonban, hogy az egészséges táplálkozásra való figyelem is kóros mértéket ölthet és a megszállottság középpontjába kerülhet, egészségügyi szövődményeket és társas izolációt vonva maga után. Leginkább ennek a kényszeres jellege az, amely zavarrá változtatja az amúgy kívánt táplálkozási viselkedést. Az evészavarok civilizációs betegségnek számítanak, a tünettani változások időben a társadalmi háttér változásait is követték, ennek megfelelően az orthorexia nervosa (ON) is illeszkedik a rendszerbe, hiszen olyan időszakban bukkant fel, amikor is az egészséges életmód társadalomban megjelenő ideálként jelent meg a súlyos egészségügyi következményekkel járó elhízás és egészségügyi szövődményeivel szemben.

Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolatában bár igen szoros kapcsolatot mutató zavarok, továbbra is még számos tisztázatlan elem áll fenn ezzel kapcsolatban. Ezen kapcsolat természetének jobb megértése segíthet hatékonyabb kezelési stratégiák kialakításában. A kényszerbetegségben szenvedő személyek száma látszólag nem változott az elmúlt években, a kényszeres jelenségek azonban növekedni látszanak (Ruscio és mtsai, 2010). A társadalmi változások, a fogyasztói társadalom felgyorsult

tempója és pazarló elvárásai mind a mértéktelenség növekedését eredményezik. Mindez jó táptalaj a szélsőséges viselkedés kialakulásának, s ez válik megfigyelhetővé az evészavarok és a túlzások területén is. Az evészavarok kényszerekkel való kapcsolata a következőképpen valósul meg. A kényszerek túlzásba vitt szokások, és az evés, az étkezés a létfenntartó funkciója miatt az egyik legfontosabb szokásunk. Számos rítus kapcsolódik hozzá, s ezek túlzásba vitele kórossá válhat. Az evészavarok számtalan kényszeres sajátosságot tartalmaznak, a kényszerbetegségben pedig több esetben megjelenik az étkezéshez, evéshez fűződő motívum.

A következő ábrán az evészavartünetek összefüggésének egy lehetséges modelljét vetem fel. A kényszeres gondolatok és viselkedések mindezt áthatóan színezve vannak jelen (1. ábra).

1. ábra. Az evészavarok tüneti dinamikájának modellje



A pszichiátriai nozológiai rendszerek változnak, újabb és újabb diagnózisok kerülnek a mentális zavarok közé. Alakulásuk sok esetben az aktuális szociokulturális közeget képezi le. Ez kifejezetten igaz az evés és testkép zavaraira, de a kényszeres tünetekre is, amelyek bár alapjukban állandóak, a tüneti dinamika részleteit tekintve igazodnak a szociokulturális környezet aktuális kihívásaihoz. Az ON a civilizációs ártalmak egyik új példája; Bratman egészségesétel-függőségként definiálta (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000). Az új szindróma megjelent a hazai szakirodalomban is (Dudás és Túry, 2008; Túry és mtsai, 2010; Varga és mtsai, 2010; Dudás és Varga, 2011). Saját

szakirodalmi áttekintő tanulmány volt az első a magyar közlemények között, amely átfogóan az ON háttértényezőinek kutatási eredményeit összegezte (Varga és mtsai, 2013). A nemzetközi szakirodalomban is elsőként jelent meg az a tanulmány, amely nem csak az ON tudományos szakirodalmát és kutatásait veszi górcső alá, de kritikai elemzést ad azok hiányosságairól, erősségeiről, felvetve az ON konstruktrum vitatott aspektusait (Varga és mtsai, 2013).

Jelen értekezésben mind az evészavar-, mind a kényszerespektrumhoz kötődő új jelenség, az ON konstruktrumot járjuk körbe, illetve ennek korrelátumait, fokozott fókusszal az evéssel kapcsolatos zavarok, diétázás és a kényszeresség összefüggéseire. Átfogó betekintést kívánok adni az ON háttértényezőiről és kutatási adatairól. Az ON bár igen vitatott téma a szakemberek között, egyre nagyobb érdeklődésre tart számot. A DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) előkészítése kapcsán is felmerült a diagnosztikai rendszerbe történő felvétele, azonban az nem valósult meg. Tudományos és klinikai megítélése kétes, az ON-t vizsgáló mind hazai, mind nemzetközi kutatások száma alacsony, szűk körűnek tekinthető mind elemszámában, a célcsoport jellegét tekintve, s a változók vizsgálata szempontjából.

Az ON egy vitatott konstruktrum, a mérésére kidolgozott módszerek is még kialakulóban vannak. Az ON mérésére alkalmas mérőeszköz magyar adaptációja igen fontos hiányt tölt be. A jelen vizsgálat az első magyar nagy mintán készült átfogó vizsgálat a témakörben, illetve az első, amely kísérletet tesz pszichometriailag helytálló mérési módszer kidolgozására. Mivel az ON irodalmában nagyon sok nem tudományos igényű írás található, a jelen vizsgálat célja a tudományos igényű vizsgálatok és bizonyítékokon alapuló eredményekkel alátámasztott mérőeszköz kidolgozása volt, illetve az ON hajlam korrelátumainak felderítését célozta meg, fokozott figyelemet fordítva az evészavarokkal és kényszerekkel való kapcsolatára.

A jelenség pontos helye a pszichés zavarok között nem tisztázott, a kritériumai homályosak. Bár a tünetegyüttes létezése nyilvánvaló, önálló zavarként való elfogadottsága vitatott. Új, exploratív jellegű kutatások segíthetnek tisztázni, hogy milyen formában és minőségben is kaphat helyet az ON a viselkedési zavarok osztályozásában.

1.1. A klasszikus evészavarokról röviden

A már régóta ismert és a diagnosztikai rendszerekben is helyet kapó, klasszikus evészavarok közé tartozik az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN). Közös jellemzőként jelenik meg az evési viselkedésnek, a súlyszabályozás jellegzetes mintázatainak, a testsúllyal és a test alakjával kapcsolatos attitűdök s a testkép észlelésének torzulása (Kaye és mtsai, 2000). A legveszélyeztetettebb réteg a 18-35 éves nők csoportja, akik főként a közép- és felső osztálybeliek közül kerülnek ki. A karcsúság fontosságával járó szakmákban (modellek, sportolók) a leggyakoribb. A férfiaknál ritka, általában a zsokéek közt terjedt el, és homoszexuálisok között gyakoribb. A klasszikus biopszichoszociális szemléletet követve a háttérükben álló tényezők között szerepelnek biológiai elképzelések, amelyekben többek között genetikai faktorok, egyes neuropeptidok és neurotranszmitterek, agyi területek fontossága vetődik fel. Más elképzelések a stabilizációs pont szerepére hívják fel a figyelmet, a glükosztatikus, a liposztatikus szabályozás, a perifériás telítettségi és a centrális táplálkozásserkentő rendszer jelentőségét tartják fontosnak. A táplálékfelvétel különböző zavarai, az orális tényezők, a gyomortelítődés jelzései szintén szerepet játszanak e zavarok kialakulásában. A pszichológiai tényezők között megtalálhatóak a korai kötődési zavarok, a szexualitással kapcsolatos feszültségek, a szeparáció-individuáció nehézségei, a családi rendszer zavarai, a perfekcionizmus, a kontroll kérdésköre stb.. A szociokulturális háttérben a karcsúságideál, a média szerepe emelhető ki.

E két klasszikus kórképen túl az újabb keletű izomdiszomorfia, a testépítő típusú evészavar, és az ON az, amelyeket az evés- és testképzavarok közé szokás sorolni. Az 1993-ban Pope és mtsai által önálló kórképként leírt izomdiszomorfia elsődlegesen testképzavar, inverz anorexiaként is szokták emlegetni, hiszen az AN-val ellentétben ez férfiakra jellemző, akik izmosak, súlytöbbletük van, de soványságfóbiától szenvednek, azaz a testképzavar ebben az esetben is jelen van. Minél izmosabbak, nagyobb testűek szeretnének lenni (atlétaideál), jellemző a kényszeres testedzés, sok esetben megjelenik a rejtőzködés, nem ritka az anabolikus szteroidok használata sem. Az elsősorban nőket is érintő új keletű, ún. testépítő típusú evészavart Gruber és Pope (2000) írta le először. Legfőbb jellemzője a testzsírfóbia, ezek a személyek gondosan figyelnek az ételek zsírtartalmára, ezen kívül merev étkezési szokások jellemzik őket, szigorúan csak magas

fehérje-, magas energia- és alacsony zsírtartalmú ételeket fogyasztanak, meghatározott időközönként. Bratman az általa 1997-ben leírt ON-t szintén az evéssel kapcsolatos zavarok közé sorolta, annak ellenére, hogy az sok szempontból eltér a klasszikus evészavaroktól. ON esetében a figyelem az egészséges ételek kényszeres felhasználására kerül, az ilyen személyek az egészséges ételek megszállottjának tekinthetők, az életükben az étel minősége foglalja el a központi szerepet, az elfogyasztott ételnek mindenképpen egészségesnek kell lennie. Más diétás megszorításokkal szemben személyiség- és viselkedésbeli zavarról is szó van (Dudás és Túry, 2008).

Az evészavarok kezelésében a következő terápiákat alkalmazzák: biológiai és gyógyszeres terápiák (mesterséges táplálás, gyógyszerek alkalmazása), pszichodinamikus terápia, viselkedésterápia, kognitív terápia, interperszonális pszichoterápia, testorientált terápia, hipnoterápia, családterápia (Kaye és mtsai, 2000; Túry és Szabó, 2000a).

1.2. Az evészavarok más pszichés zavarokkal való kapcsolata

Az evészavarok komorbid kórképeként felléphet számos más pszichiátriai kórkép: hipochondria, pánikbetegség, szociális fóbia, személyiségzavarok, pszichózisok (Túry és Szabó, 2000a). Számos zavarral, a depresszióval, kényszerbetegséggel, szenvedélybetegségekkel, disszociációs zavarokkal szorosabb összefüggést is feltételeznek (ezek az evészavarok szelektív modelljei). Ezek nem nyújtanak teljes magyarázatot, azonban fontos szerepük van az evészavarok megértésében, segítenek az adott tünetképződés egyes sajátosságainak magyarázatában, egy-egy betegségalcsoport megértésében és terápiás lehetőségeket vetnek fel, így közreműködnek a megfelelő terápiás eljárás kiválasztásában. Jelen esetben az evészavarok kényszerbetegség modelljét vesszük alapul, és empirikus módon vizsgáljuk összefüggéseit. Ez feltételezi, hogy az evészavarok a kényszerspektrum zavarai közé tartoznak.

2.1. A kényszerbetegségről és a kényszerességről röviden

A kényszerbetegség meglehetősen rejtett zavar, sokszor a tünetek éppen a rejtőzködés miatt a mindennapi élet részévé válnak. Ezt erősíti tovább a szégyen érzése, a fokozott bizalmatlanság, a külső ingerek veszélyesnek való minősítése, amely a szakemberhez való fordulás esélyét tovább rontja.

2. 1. 1. A kényszerbetegség tünettana

A kényszerbetegség (obsessive-compulsive disorder, a továbbiakban OCD) diagnózisa akkor teljesített, ha a fennálló kényszer gondolatok és kényszer cselekedetek visszatérők, tartósak, irreálisak, túlzottak, értelmetlenek, zavaróak, inadekvátak, interferálnak más cselekedetekkel, tevékenységekkel, nehezen lehet tőlük megszabadulni, sok időt vesznek el, akadályt jelentenek a mindennapi élet során. Ellenállás esetén a szorongás tovább fokozódik, a kényszer cselekvések hivatottak ennek csökkentését szolgálni (WHO, 1992).

Az OCD-nek két jellegzetes tünetegyüttese van, a kényszer gondolatok és a kényszer cselekvések. Az előbbieket sztereotip, a személy akarata ellenére megjelenő fantáziák, impulzusok, elképzelések lehetnek, amelyek többnyire visszataszítóak, elfogadhatatlanok, szorongást, diszkomfort érzést váltanak ki, szenvedést okoznak, minden védekezési próbálkozás ellenére fennmaradnak. A kényszer cselekvések sztereotip jellegűek, nem járnak sem örömmel, sem haszonnal, valamilyen nem kívánt veszélytől óvják meg az egyént vagy annak környezetét, illetve ennek a látszatát keltik. Sok esetben a kényszer cselekvések hasztalansága nyilvánvaló, a személy próbál megszabadulni tőlük, ha azonban a kényszer cselekvés nem megy végbe, a szorongás fokozódik. Mind a kényszeres gondolatok és cselekedetek ego-synton jellegűek (De Silva és Rachman, 1992; Németh, 1994, 2000; WHO, 1992).

A kényszer gondolatok és a kényszer cselekvések szoros kapcsolatban állnak. A kényszeres magatartás általában a kényszer gondolatok semlegesítését hivatott szolgálni, csak kisebb részben fordulnak elő önmagukban az obszessziók és a kompulziók.

Tartalom szerint a következő kényszer gondolatok különböztethetők meg: beszennyeződéssel, megfertőződéssel, kóros kételkedéssel, testtel, szimmetriával, renddel, agresszivitással, szexualitással kapcsolatos obszessziók. A kompulziók a

következő tartalmak köré szerveződhetnek: ellenőrzés, tisztálkodás, számolás, kérdezés, beismerés, szimmetria, precizitás, gyűjtögetés. A kényszerbetegség gyakran társul egyéb tünetekkel, depresszív hangulattal, alvászavarral, suicid gondolatokkal, szkizofréniával, fóbiákkal, az evészavarokkal, Tourette-szindrómával és bizonyos agyi károsodásokkal, bipoláris zavarral, pánikzavarral, generalizált szorongással, étvágycsökkenés, koncentrációzavarok, döntésképtelenség, deperszonalizációs zavarok, hipochondria, fóbiás tünetek is sokszor társulnak a kórképhez (De Silva és Rachman, 1992; Németh, 2000; Angst és mtsai, 2004).

A kényszerbetegség hátterében fellelhetők biológiai okok, amelyek agyi területekkel és neurotranszmitterekkel állnak összefüggésben, vagy genetikai sérülékenységre utalnak. A pszichológiai okok között pszichodinamikus, tanuláselméleti elképzelések kapnak helyet. A szociokulturális vonatkozások a rítusok, a rituálék, a kognitív rumináció, biztonságérzet hiány szerepére hívják fel a figyelmet, s összefüggést mutatnak a vallás témakörével.

2. 1. 2. A kényszeres személyiségzavar

Az OCD és a kényszeres személyiségzavar (a továbbiakban obsessive compulsive personality disorder, OCPD) kapcsolatát sokan úgy tekintik, hogy az OCD az OCPD felfokozottabb formája, azonban a kényszerbetegséggel szemben a kényszeres személyiségzavarban szenvedők elfogadják a tüneteiket, kevésbé jelentkezik belső ellenállás és distressz, továbbá a személyiségnek ezen sajátosságai nagyobb stabilitást mutatnak. Gyakran megjelennek OCD-s betegeknél kényszeres személyiségjellemzők, bár az esetek nagyobb részében más személyiségjellegzetességekkel társul az OCD. A kényszeres személyiségzavar esetén a kényszeres személyiségjegyek beépülnek a személyiségstruktúrába, jellemző a túlzott rigiditás, perfekcionizmus, részletekben való elmélyedés, határozatlanság, döntésképtelenség (De Silva és Rachman, 1994), extrém mértékű lelkiismeretesség, kételkedés, ellenőrzés, makacsság, óvatosság, rigiditás, értelmetlen mértékű ragaszkodás szabályokhoz, részletekhez, listákhoz, rendhez, szervezéshez, régi, érzelmi vonatkozástól mentes tárgyakhoz, rugalmatlanság, fukarság, túlzott spórolás, továbbá nagymértékű odaadás a munka iránt, amely sokszor a társas

kapcsolatok rovására történik (WHO, 1992). Ezeken kívül csökken a meleg és gyengéd érzelmek kifejezésre juttatásának képessége (Döme, 2001).

A kényszerbetegség kezelésében a gyógyszeres terápiák és a kognitív-viselkedésterápiák a leggyakoribbak, emellett a pszichodinamikus terápia és családterápia alkalmazása terjedt el (Gádoros, 1994; Lukács és Mórotz, 2000; Németh, 2000). A terápiaerezisztens esetekben pedig pszichiátriai sebészeti beavatkozásokra is sor kerülhet (Lukács és mtsai, 2000). A kényszeres személyiségzavar esetén a pszichodinamikus terápia tekinthető a kezelés alapjának (Döme, 2001).

1. 3. Az evészavarok, a kényszerbetegség és a kényszeresség kapcsolata

Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolatát korábbi munkáink alapján foglalom össze (Varga és Túry, 2008a; 2008b 2008c).

Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata

Az evészavarban szenvedők fenomenológiai sajátosságai voltak azok, amelyek a kényszeres vonások, kényszeres személyiség és a kényszerbetegség (obsessive-compulsive disorder, a továbbiakban OCD) felé irányították a figyelmet. Az anorexiás és bulimiás betegek esetén a soványsággal kapcsolatos megszállottság, az evéssel kapcsolatos ritualisztikus viselkedések, a testedzés, az önhánytatás, hashajtó-, vízhajtóhasználat, amellyel igyekeznek megelőzni a súlygyarapodást, továbbá az újabb evészavarok, a testdizmorfiás zavar, a testépítőket érintő zavar, valamint az ON jellegzetes tünetei mind kényszeres jellegűek.

A két zavartípus közötti kapcsolatra már évtizedekkel ezelőtt fény derült, azonban számos ellentmondó adat áll rendelkezésre ennek természetéről. Néhány aspektus egyelőre tisztázatlan, bár a klinikai megfigyelések egybehangzóan rámutattak a rigid diétákra, rituálékra, az étellel kapcsolatos ruminációra, az ismétlődő testsúlymérésekre, a kalóriaértékek megszállott számlására, amelyek általános jellemzői az evészavaroknak. A kényszeres jellemzők aránya AN esetében szokatlanul magas. Az evészavarok és az OCD kapcsolatát alátámasztó bizonyítékok fenomenológiai, komorbiditási adatokkal, neurotranszmitterekkel kapcsolatosak, a központi idegrendszer funkcionális metabolizmusával vannak összefüggésben, s a kezelési eljárások közös

lehetőségeit vetik fel. A fenomenológiai hasonlóságok mellett tehát irodalmi adatok sokasága támogatja a két zavar közötti részleges átfedést.

Az evészavarok és a kényszeresség kapcsolatát vizsgálva fontos értékelni, hogy az evészavaros páciensek kényszercselekvései, -gondolatai az étellel és az étkezéssel kapcsolatos rituálékra és a testsúllyal kapcsolatos kényszeres, megszállott gondolatokra korlátozódnak, vagy más jellegzetes kényszertünetek is előfordulnak. Egyes feltételezések szerint az evészavarok bizonyos aspektusból az OCD egy változatának tekinthetőek, mások szerint az OCD spektrum egyik tagjának számítanak.

A kényszerspektrumba számos zavar beletartozik, többek között a testdiszmorfiás zavar (korábbi nevén diszmorfofóbia), a hipochondriázis, az evészavarok, a hajtépegetés (trichotillomania), a körömrágás (onychophagia), a kényszeres vásárlás, a kleptomania, a kóros játékszenvedély, a szexuális perverziók, parafíliák (Németh, 2000). Egy rövid mondat erejéig érdemes megemlíteni, hogy ezek a zavarok kapcsolatba hozhatók más pszichiátriai spektrummal is, az addikciókkal. Az addikció definíciója így fogalmaz: „a drogok fogyasztásának olyan kényszeres viselkedésmintáját nevezzük addikciónak, amelyet a drogok iránti erős vágy, valamint a drogelvonást követő gyors visszaesés jellemez” (Németh és Gerevich, 2000, 13. o.). Az addiktív viselkedés dinamikájában helyet kap a kívánt állapotba való jutás vágya mellett a kellemetlen állapottól való szabadulás is, amely a kényszerek kialakulásában igen fontos szerepet játszik. A kényszerekhez hasonlóan az addikciókra is jellemző, hogy hétköznapi cselekvések válnak kórossá azok túlzásba vitele miatt, ez pedig csökkenti a feszültséget és a szorongást, azonban csak időlegesen. Egyes szerzők magát az OCD-t is az addikció spektrumába sorolják (Németh és Gerevich, 2000).

A hipochondriázis szerepe azért említendő, mivel e kórkép kognitív téren az evészavarokkal és az OCD-vel is összekapcsolódik. A hipochondriázisban irreális félelem mutatkozik bizonyos betegségekkel szemben, s ez az evészavarokat tekintve az elhízástól, kövérségtől való félelemnek feleltethető meg. Ezek a félelmek hasonlóak a kényszerszorgolathoz, irreálisak, visszatérők, sok időt és energiát vonnak el az adott személytől.

Az evészavarok és a kényszeresség kapcsolatának kutatásában kezdetben a figyelem kifejezetten az AN-ra és a BN-ra irányult, az AN sokkal nagyobb hangsúlyt kapott, majd ez átkerült a testdiszmorfiás zavarra. Az ON a legfiatalabb az evészavarok között,

és a kényszeres jelleg ebben az esetben is egyértelműen látható: az egészséges ételek fogyasztásának kényszere.

Bár a legtöbb vizsgálat az AN és az OCD kapcsolatát emeli ki, ennek ellenére megjegyzendő, hogy egyes vizsgálatok szerint az anorexiások csak enyhén kényszeresebbek, mint a bulimiások (Speranza és mtsai, 1999). A vizsgálatok során az AN-t többnyire altípusokra bontva vizsgálják, és a bulimiás típusú AN esetén hasonló eredményeket kapnak, mint a restriktív altípusnál.

Az evészavarok folyamatos spektrumon képzelhetők el, ahol az egyes típusok között átfedés van (1. ábra). Kezdetben a BN az AN-n belül létezett és később vált csak külön attól, hiszen Russell (1979) még az AN ominózus változataként írta le. Így az AN bulimiás altípusára vonatkozó eredmények a BN-ra is érvényesek lehetnek.

1. 3. 1. Komorbiditás

A komorbid pszichiátriai diagnózisok gyakran nehezítik az adott eset, betegség konceptualizálását, a kezelés kiválasztását, megtervezését. Fontos minél tisztább komorbid modelleket kidolgozni egy-egy betegség jobb megértéséhez, s a kezelés gondos megválasztásához, megfelelő tervezéséhez a kezelés hatékonyabbá tétele érdekében (O'Brien és Vincent, 2003).

Blinder és mtsai (2006) eredményei szerint az evési zavarokban szenvedő betegek 97%-ában lelhető fel legalább egy komorbid diagnózis (részletes áttekintés: Túry és Szabó, 2000.) Sok esetben nem mutatkozik különbség az evészavaros alcsoportokon belül, azonban a szerhasználat esetében, amely 22%-ban fordul elő, már vannak különbségek. Az alkoholabúzus vagy -dependencia kétszer olyan gyakori, a többféle anyagra vonatkozó abúzus vagy dependencia háromszor olyan gyakori BN esetén, mint AN-ban. Az OCD kétszer olyan gyakori restriktív és bulimiás anorexiások között, mint bulimiások között. Az AN esetén több pszichotikus jellegű diagnózis jelenik meg. A szorongásos zavarok komorbitásában nincs különbség az evészavar-altípusok között, azonban az ezzel jellemezhető anorexiás személyek kétszer olyan gyakran voltak OCD-vel jellemezhetőek, mint a bulimiások (Blinder és mtsai, 2006).

Az OCD-s személyekre jellemző a magas pszichiátriai komorbiditás (Bienvenu és mtsai, 1999). Az AN OCD-vel való komorbiditása magasabb, mint amennyi véletlen

társulás alapján várható lenne. A kényszeresek anamnézisében 11%-ban fordul elő AN, illetve anorexiások 1/3-ánál fordulnak elő az OCD diagnosztikus kritériumai (Németh, 2000). A korai leírásokban az anorexiások 50-100%-a mutat kényszeres sajátosságokat, azonban a későbbi kutatások eredményei ennél alacsonyabb, de szignifikáns kapcsolatot jeleznek (Serpell és mtsai, 2002).

Az AN a BN-val szemben magasabb komorbiditást mutat az OCD-vel. AN esetén ez a harmadik leggyakoribb komorbid zavar. Az OCD 15-ször gyakoribb az anorexiások között, mint az átlagpopulációban. Az anorexiás páciensek 15-69%-a jellemezhető az élete folyamán az OCD diagnosztikai kritériumaival, míg a bulimiásoknak a 37%-a (Serpell és mtsai, 2002). Milos és mtsai (2002) eredményei szerint az evészavaros egyének 29,5%-a mutat az OCD-vel komorbiditást, s ez megerősíti az előzőeket.

Más vizsgálatokban az evészavaros csoport 21%-a volt jellemezhető az OCD diagnosztikai kritériumaival. Az anorexiás betegek 37%-a rendelkezett komorbid OCD-vel, míg a bulimiás betegek mindössze 3%-a. Az OCD általában megelőzi a diétázással járó zavarok kialakulását. A betegek 19%-ánál találtak premorbid OCPD-t, így a kényszeresség premorbid jellemzőnek tekinthető (Thornton és Russell, 1997).

Az anorexiás egyének jelentős része hordoz kényszeres sajátosságokat a kezelés időtartama alatt, és még gyakoribb az OCD kritériumainak megjelenése valamikor az életük folyamán (Serpell és mtsai, 2002). Lilienfeld és mtsai (2004) összegzésében a klinikai súlyosságú AN-ban az OCD élettartam-prevalenciája 10-66%, BN-ban pedig 3-43%.

Milos és mtsai (2002) eredményei szerint az OCD-ben az evészavarok prevalenciája 29,5%, és AN-ra, illetve BN-ra vonatkozóan nincs nagy különbség. Eredményeik szerint az OCD főleg a krónikus evészavarban szenvedő betegek között jelent meg. Ezek alapján az OCD-vel való komorbiditás szerepet játszhat az evészavar lefolyásában. Az elemzések szerint az OCD komorbiditással rendelkező személyek hosszabb evészavar-előzménnyel rendelkeznek, és azok a személyek, akik OCD-ben szenvednek, hajlamosabbak arra, hogy már korán evészavaruk alakuljon ki. Az anorexiások esetén az OCD komorbiditási aránya 28,6%. A szerzők elképzelése szerint szignifikáns kapcsolat van az OCD komorbiditás és az evészavar tartama között. Az OCD-ben szenvedő személyek szignifikánsan hosszabb evészavartartamról számoltak be, mint azok, akiknél nem volt jelen OCD, ezenkívül az OCD-vel rendelkező személyeknél az

evészavar fiatalabb korban alakul ki, mint az OCD-vel nem rendelkezőknél. Az evészavarok kialakulásának korai kezdete kockázati tényezőnek tekinthető más pszichiátriai morbiditás kialakulásában is.

Az AN és a BN OCD-vel való társulását Anderluh és mtsai (2003) eredményei is megerősítették: az AN esetén 25-69%-os, a BN esetén 25-36%-os összefüggés mutatkozott. Blinder és mtsai (2006) eredményei szerint az OCD kétszer olyan gyakori az anorexiás páciensek között, mint más evészavar esetén. Speranza és mtsai (1998) azt találták, hogy az anorexiások a bulimiásokhoz képest csak enyhén kényszeresebbek, azonban ez a vizsgálati minta kis elemszámú volt. Fahy és mtsai (1993) OCD-ben szenvedő betegek esetében 11%-ban találtak AN-t a kórelőzményben, és az AN-val rendelkező személyek esetén a kényszertünetek korábbi megjelenése volt jellemző. Az elképzelés, miszerint a korai kényszertünetek jelenléte növeli az evészavarok kialakulásának esélyét, megerősítődött. A mindkét zavarral rendelkező személyeknél a két zavar hasonló életkori megjelenése jellemző. Az OCD-vel rendelkező női páciensek 11%-a rendelkezik anorexiás előtörténettel, s ez a prevalencia magasabb, mint az a véletlen társulás alapján elvárt lenne. A szerzők eredményei azonban nem támasztják alá Rothenberg (1986) elképzelését, mely szerint minden evészavar az OCD manifesztációja. Elképzelésük szerint specifikus kapcsolat áll fenn az OCD és AN között.

Holden (1990) összefoglalójában számos eredményt sorakoztat fel, amelyek alátámasztják, hogy az anorexiások egészen magas százalékánál (akár több mint felénél) megtalálhatók a premorbid kényszeres vonások. Az anorexiások továbbá magasabb pontszámokat mutattak a Leyton Obsessional Inventory-n (LOI) a kontrollcsoporthoz képest a kényszertünetek, a kényszeres vonások, az ellenállás és az interferencia terén, azonban a kényszeres csoporthoz képest a tünetek, az ellenállás és az interferencia kategóriában alacsonyabb pontszámokat értek el. A vizsgálatok általában az AN bulimiás altípusát kényszeresebbnek találják, bár ezzel kapcsolatban sok az ellentmondásos eredmény.

Speranza és mtsai (1998) eredményei szerint a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) alapján mért emelkedett kényszerességgel jellemezhető evészavaros személyek szignifikánsan magasabb számban rendelkeznek zavart attitűdökkel és viselkedéssel az alacsonyabb szintű kényszerességgel jellemezhetőkhöz képest. A

depresszió az OCD-hez képest sokkal inkább hatással van az evészavar súlyosságára, ennek intenzitása befolyásolja a kényszeres tünetek intenzitását. A magasabb kényszerességgel jellemezhető páciensek sokkal súlyosabb depresszív tüneteket mutatnak. A depresszió kizárásával a különbség eltűnik, tehát a depresszió közvetítő tényezőnek tekinthető. Ez fontos eredmény, mivel a legtöbb tanulmány a kényszeres tünetek súlyosságát az evészavarok súlyosságával hozza kapcsolatba. A súlyosabb evészavar súlyosabb depresszív tüneteket von maga után, amelyek súlyosabb kényszeres tünetekkel járnak együtt, így az evészavar és az OCD kapcsolata a depresszió hatásán keresztül alakul.

Anderluh és mtsai (2003) retrospektív vizsgálatában a gyermekkori vonások prediktív jellegét tárták fel evészavaros nők körében. A gyermekkori kényszeres személyiségvonásoknak magas prediktív értékük van az evészavarok kialakulására vonatkozóan, és ezek a vonások a felnőttkori kényszertünetek magasabb gyakoriságát is előrejelzik evészavaros felnőtt nők esetén. A gyermekkori perfekcionizmusról, rigiditásról beszámoló, evészavarban szenvedő nők a későbbi életük folyamán szignifikánsan magasabb komorbiditással jellemezhetőek OCPD-re és OCD-re vonatkozóan azokkal az evészavaros betegekkel szemben, akikre gyermekkorukban nem volt ez jellemző. Eredményeik szerint az evészavarban szenvedő nőket a kényszeres személyiségvonások magasabb szintje jellemzi az egészséges nőkhöz képest, illetve erőteljesen növekvő kapcsolat van a feltárt gyermekkori kényszeres személyiségvonások száma és az evészavar kialakulásának esélye között – minden egyes ilyen vonás közel 7-szeresével növeli az evészavar kialakulásának esélyét. Így a gyermekkori kényszeres személyiségvonások fontos rizikófaktoroknak tekinthetők az evészavarok kialakulásában.

Az OCD spektrum zavarok az elmúlt néhány évben kerültek előtérbe és váltak népszerűvé a pszichiátriában. A kapcsolat az OCD és a vélt kényszerspektrum zavarok között azonban nem teljesen világos. Ezen zavarok jellemzői hasonlóak az OCD fenomenológiájához (kialakulás kora, komorbiditás, feltételezett etiológia, családi átörökítés, és a szelektív farmakológiai vagy a viselkedéses kezelésekre adott válasz). Számos pszichiátriai zavar tartozik ebbe a spektrumba, például a szomatiform zavarok, a hipochondriázis, a testdiszmorfiás zavar (BDD); az evészavarok; patológiás grooming zavarok (körömrágás: onychophagia; bőrtépetés; hajtépetés: trichotillomania);

továbbá az impulzuskontroll zavarai: kleptománia, játékszenvedély, pirománia. Ezek jelentős komorbiditást mutatnak az OCD-vel. Ennek a kapcsolatnak a tisztázására Bienvenu és mtsai (1999) családvizsgálatot végeztek. Eredményeik szerint a BDD, a hipochondriázis, az evészavarok, és számos grooming zavar sokkal gyakrabban fordul elő az OCD-vel érintett csoportban. A zavarok mindegyike a kleptomániától eltekintve gyakoribb volt az érintettek rokonai között. A BDD, a szomatiform zavarok, a grooming zavarok sokkal gyakoribbak az érintettek családjánál, mint a kontrollcsoportban, attól függetlenül, hogy a vizsgálati személynél megjelent-e hasonló diagnózis. A körömrágás szignifikánsan gyakrabban fordult elő azoknál a rokonoknál, akik a vizsgálati személyekkel hasonló diagnózissal rendelkeztek, s ugyanez mutatkozott a BDD-vel kapcsolatban is. Bizonyos szomatiform és patológiás grooming zavarok a családi OCD spektrum részeinek tekinthetők, átörökíthetődnek az OCD-s betegek családjában. A kényszerbetegek esetén a kényszerspektrum zavarok élettartam-prevalenciája a következőképpen alakul: hipochondriázis 15%, patológiás körömrágás 25%, trichotillománia 4%, kleptománia 3%, szerencsejáték-függőség 0%. Ezek a zavarok relatíve ritkák a kontrollszemélyek és rokonaik között, kivéve a patológiás körömrágást (14% és 9%), és a patológiás bőrtépkedést (6% és 4%). Ezek alapján úgy tűnik, hogy bizonyos szomatiform zavarok átörökíthetők az OCD-s betegek családjában és a családi OCD spektrum részének tarthatóak. Míg a spektrum egyes részei általánosnak tűnnek a betegek rokonainál, az evészavarokkal való kapcsolat nem feltétlenül bizonyul szignifikánsnak, így ez nem feltétlenül tekinthető a családi kényszerspektrum prominens részének, még a fenomenológiai és más hasonlóságok ellenére sem (Bienvenu és mtsai, 1999). Más szerzők eredményei szerint a krónikus tic zavarok, a hipochondriázis, a BDD, a trichotillománia prevalenciája szignifikánsan magasabb az OCD-ben szenvedőknél a kontrollszemélyekhez képest. A szexuális kényszerek, a patológiás szerencsejáték, az evészavarok, a deperszonalizációs zavarok esetén az előzőekhez hasonló különbség nem volt. Indiai OCD-s betegmintán vizsgálva a kényszerspektrum zavarok prevalenciája hasonló az előző vizsgálathoz: magas szomatiform zavar, hipochondriázis, BDD prevalencia és alacsonyabb prevalencia az evészavarok esetében. A tic zavarok szintén szignifikánsan gyakoribbak voltak a kényszerbetegek között, annak az elképzelésnek megfelelően, hogy a tic zavarok az OCD spektrum részei. A vokális és motoros tic 18%-ban, a Tourette szindróma 3%-ban

volt jelen a mintában. Ezek alapján úgy tűnik, hogy a tic zavarok, a hipochondriázis, a testdiszmorfiás zavar, a trichotillománia a kényszerspektrumba tartoznak (Jaisoorya és mtsai, 2003).

Bellodi és mtsai (2001) lehetségesnek látják, hogy azoknál az evészavarban szenvedő betegeknél, akiknél komorbid kényszerspektrum zavar nem jelenik meg, az talán későbbi időpontban alakulhat ki. Bár vizsgálataikban nem találtak különbséget a kor tekintetében a kényszerspektrum zavarral rendelkező és ezzel nem rendelkező evészavaros személyek között, mivel a komorbid diagnózissal rendelkezők mindössze 2 évvel voltak idősebbek.

Bellodi és mtsai (2001) vizsgálata szerint nincs különbség a morbiditási rizikó tekintetében a kényszerspektrum zavarral rendelkező és nem rendelkező evészavarosok elsőfokú rokonai között. Egyes rokonokkal kapcsolatban további eredmények adódtak. Emelkedett morbiditás mutatkozott az OCD-re és az ahhoz kapcsolódó zavarokra a bulimiás betegek lánytestvéreinél (12,13%), a bulimiás típusú anorexiások lánytestvéreinél (13,35%) és az anorexiások fiútestvéreinél (27,36%). Általánosan is jellemző, hogy az evészavaros személyek lánytestvérei magasabb morbiditási rizikóval rendelkeznek a kényszerspektrumba tartozó zavarok tekintetében. A tic zavarok gyakoribb előfordulását találták férfi rokonoknál, míg a női rokonok inkább OCD-vel érintettek bizonyultak. Angst és mtsai (2004) szerint az evészavarok és a kényszerspektrumba tartozó zavarok komorbiditása általános sérülékenységre vezethető vissza.

1. 3. 2. Az evészavarok és a kényszerbetegség modelljének haszna

A komorbid zavarokra épülő szelektív betegségmodellek mind a kutatás, mind a gyógyítás szempontjából jelentősek, segíthetnek az egyes zavarok, ez esetben az evészavarok megértésében, és az előnyös kezelési stratégiák kialakításában. Segítséget nyújtanak az egyes evészavar altípusok esetén a gyógyuláshoz vezető legmegfelelőbb út kiválasztásában.

A rendelkezésre álló kutatás és szakirodalom jelentősen szűkösebb, azonban az újabb típusú evés- és testképzavarok esetében is meghatározó a kényszeres jellemzők szerepe.

Az evészavarok és a kényszeresség kapcsolatát számos mindkét tünetegyüttes esetén fennálló tényező erősíti. Közös biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők jelennek meg a tünetegyüttesek kialakulásában és fennmaradásában (szerotonin, kontroll, perfekcionizmus, civilizációs ártalmak).

1. 4. Az Adonisz-komplexus, az izomdiszmorfia, a testépítő típusú evészavar és a testdiszmorfiás zavar kényszeres jellege

Pope és mtsai (2000) írták le a férfiakat érintő Adonisz-komplexust, amelyet leginkább testi obszessziók jellemeznek. Ezek a férfiak alakjuk és testsúlyuk megszállottjai, rengeteg időt töltenek edzőteremben, igen sok pénzt költenek táplálék-kiegészítő és izomnövelő készítményekre, szteroidokra, kozmetikai szerekre. Tele vannak aggodalmakkal a testük iránt, sok esetben plasztikai sebészhez fordulnak.

Az evés- és testképzavarokat gyors patomorfózis jellemzi. Az izomdiszmorfia és a testépítő típusú evészavar rövidebb múltra visszatekintő zavarok: az előzőt 1993-ban Pope és mtsai írták le önálló kórképként, az utóbbit pedig Gruber és Pope (2000). Az izomdiszmorfia esetén, amely elsődlegesen testképzavar, a kényszeres túlhajtottság felveti az OCD-vel való kapcsolat lehetőségét. Ugyanez vonatkozik a testépítő típusú evészavarra is.

Az izomdiszmorfia esetén a szteroidhasználat mellett – amelyről tudható, hogy növeli a kényszeres tünetek megjelenését – a kényszeres testedzés kap különösen fontos hangsúlyt (Túry és mtsai, 2003). Míg Pope és mtsai (2000) az izomdiszmorfiát inkább a testdiszmorfiás zavarhoz közelebb állónak véli, annak egy altípusának tekinti, Chung (2001) inkább a kényszerbetegség körébe sorolja a kényszeres testedzések miatt.

A testépítő típusú evészavar legfőbb jellemzője a testzsír fóbia. E betegek kizárólag magas fehérje- és magas energiatartalmú ételeket fogyasztanak, gondosan figyelnek az ételek zsírtartalmára, kényszeres gondossággal kiszámolják az ételek kalóriatartalmát, szigorúan betartott menürend szerint fogyasztják el ételeiket, ez sokszor a társas kapcsolatok rovására történik. Ezen eljárások szigorú betartásának hiányában intenzív szorongás jelentkezik. Tehát az evés és a testedzés túlzott kontrolljáról, és túlzott mértékű, kényszeres beszabályozottságáról van szó (Túry és mtsai, 2003).

A testdiszmorfiás zavar leírásában is láthatóan megjelenik annak kényszeres jellege. A test ép, megjelenése a normálistól nem tér el, illetve ha van eltérés, akkor az emiatti

aggodalom túlzott mértékű, a személy állandóan ezzel foglalkozik, órákig a tükör előtt áll. Titkolózás, ismétlődő ellenőrzési, igazgatási rituálék jelennek meg, amelyek kényszercselekedet jellegűek, és a „mindenki engem néz” érzésével társulnak. Erős kisebbségi érzés alakul ki, társaságkerülés, magány, emiatt pedig depresszió jelentkezik, amely utóbbi akár tovább növelheti az aggodalmakat és a félelmeket. Ezek a személyek sok esetben fordulnak plasztikai sebészhez, azonban egy-egy ilyen műtét nem oldja meg a problémájukat, hiszen csak a hibátlant képesek elfogadni, ami számukra egyáltalán nem létezik. Gyakran előfordul, hogy szakemberhez kerülnek depresszió, szociális fóbia miatt, majd ekkor derül ki az alapp probléma, amelynek e két előbbi csak a következménye. E betegségre részleges betegségtudat jellemző, a testdiszmorfiás zavarban szenvedők nemigen fogadják el azt, hogy aggodalmaik túlzott mértékűek volnának (Németh, 2000).

Németh (2000) történeti áttekintésében beszámol korai esetleírásokról: ilyen volt Enrique Morselli 1891-es leírása 78 betegről, akikre kényszeres aggodás és a tükör előtti ellenőrzés volt jellemző. Kraepelin ezt a kórformát a kényszerneurózisokhoz sorolta, Pierre Janet 1903-ban a test alakjával kapcsolatos kényszergondolatnak minősítette, Hollander pedig 1991-es cikkében a testdiszmorfiás zavart a kényszerspektrumba sorolta.

A testdiszmorfiás zavar és az OCD között hasonlóság mutatkozik a betegségkezdet illetően, ami mindkét kórkép esetén 15-24 éves kor közé tehető. A nemek közötti arányt tekintve is hasonlóság mutatkozik a két betegségben. Közös jellemzők továbbá a rituálék jelenléte, a krónikus lefolyás, a depresszióval és más szorongásos kórképekkel való komorbiditás, illetve a szerotonerg szerek hatékonysága a kezelésben. Az OCD élettartam prevalenciája (2-2,5%) magasabb a testdiszmorfiás zavar prevalenciájánál (0,1-1%). Az OCD esetén a betegségbelátás többnyire jelen van, a testdiszmorfiás zavar esetén többnyire hiányzik. Az OCD-vel szemben a testdiszmorfiás zavar relatíve gyakran elérheti akár a pszichotikus szintet is, öngyilkossági gondolatok és kísérlet szintén hasonló gyakorisággal fordulnak elő (Németh, 2000).

1. 5. Orthorexia nervosa

A Bratman által 1997-ben leírt ON új jelenség az evészavar- és kényszerspektrumon. A kifejezés az egészséges ételek kényszeres felhasználására utal, az ilyen személyek az egészséges ételek megszállottjának tekinthetők, az életükben az étel minősége foglalja el a központi szerepet, az elfogyasztott ételnek mindenképpen egészségesnek kell lennie. Érzelmeket és egyéb más jellemzőket tulajdonítanak az ételeknek. Más diétás megszorításokkal szemben személyiség- és viselkedésbeli zavarról is szó van. A személyek igen szigorú és kényszeres jellemzőkkel bíró étkezési menetrenddel jellemezhetőek, pontosan kimérik az ételleket, azokat meghatározott időben fogyasztják el, pontos időbeosztás és kidolgozott terv szerint, akadályoztatásuk esetén komoly szorongást, büntudatot élnek át, amit szigorúbb megszorítások, akár koplalás követhet (Túry és Lukács, 2006).

1. 5. 1. Diagnosztikai kritériumok, mérőeszközök, differenciáldiagnózis

Az ON még nem számít önálló nozológiai egységnek, azonban a klinikai gyakorlatban egyre több, az ON kritériumainak megfelelő tünetképződéssel találkozhatunk. Bratman (1997) klinikai tapasztalatok alapján írta le az evéssel kapcsolatos új kényszert, amelyben az étel minőségi aspektusa kerül a központba. Az étel íze és a hozzá kapcsolódó élvezet elveszíti jelentőségét, és a vélt egészségesség és az értékes tápanyagok szerepe válik lényegessé. Az egészséges ételekkel kapcsolatos megszállottság sok esetben ártatlan egészségfejlesztő életmódként indul, az egészségmegőrzés eszközeként, akár saját vagy hozzátartozó mentális vagy testi betegségét követve. Az ON szigorú önfegyelemmel jár, amely a morális felsőbbrendűségi érzéssel társul azokkal szemben, akik nem követik a kitűzött diétás elveket. A leckéztető attitűd a családdal, a barátokkal és mindazokkal szemben, akik más életmódot folytatnak, társas izolációhoz vezethet. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos megszállottság, az ehhez társuló tervezés és kivitelezés, illetve az étel elfogyasztása igen jelentős időt vesz igénybe, és uralja a személy életét. A korábban kedvelt ételek tiltó listára kerülnek, a fogyasztásra alkalmasnak tartott ételfajták köre leszűkül. A szigorú diétás megszorítások a könnyedség, a tisztaság, az erő pozitív

érzésével társulnak, ezáltal megerősítve és fenntartva az eredeti viselkedést. A kontroll érzése intenzív megerősítő hatása révén tartja fent a patológiás evési mintázatokat. A zavar következményei nem csak egészségi jellegűek, de kihatnak a társas életre, s leggyakrabban elszigetelődéssel járnak, mivel a különös evési szokások és az egészséges étellel kapcsolatos megszállottság akadályt gördít a normális hétköznapi kapcsolatok és tevékenységek útjába. A spirituális útkeresés, a vallásos elemek mind az egészséges étellel, mind azok elkészítésével kapcsolatban megmutatkoznak. A perfekcionizmus és az egyszerűség, megtisztulás magasztos célja sokszor képezi a diétás viselkedés hátterét, amely sokszor valamilyen speciális elméletre épül, vagy sajátos filozófiával kapcsolatos magyarázatot kap, s így jó és bűnös ételek kategóriáit alakítja ki (Bratman, 1997).

Vandereycken (2011) az ON kritériumait Bratman (1997) és Donini és mtsai (2004) leírását alapul véve, Mathieu (2005) gondolataival kiegészítve foglalta össze:

1. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos erős megszállottság, amely minden olyan étel elkerülését eredményezi, amely olyan összetevőket tartalmaz, amelyeket a személy egészségtelennek tart, például tartósítószer, adalékanyagokat tartalmaz.
2. Szokatlan aggodalmak az egészségi állapot miatt.
3. Jelentős distressz vagy társas problémák a munkahelyi, az emberi kapcsolatokban, vagy az élet más fontos területein.
4. A szelektív evés következtében nem megfelelő tápláltsági állapot és fogyás alakul ki.
5. A tünetek nem más mentális zavar következményei (például hypochondriasis, anorexia nervosa).

Az ON mérésére csupán néhány mérőeszköz áll rendelkezésünkre: a 10 tételes Bratman teszt (1997), valamint a Donini és mtsai (2005) által létrehozott és validált ORTO-15 skála. Ez utóbbi alapján dolgozták ki a pszichometriai elemzések után Arusoğlu és mtsai (2008) az ORTO-11-et, amely az ORTO-15 török változata.

Az ON mérésére szolgáló mérőeszközök validitása, pszichometriai jellemzői nem meggyőzőek. Számos kutatás ezek vizsgálata nélkül készült, így az eredmények is csak

ennek figyelembevételével értelmezhetőek. Bratman (1997), valamint Donini és mtsai (2005) tesztje is számos olyan tételt tartalmaz, amelyek nem ON specifikusak, így a mérőeszközök validitása is kérdésessé válik.

Az esettanulmányokon alapuló, egyre szaporodó klinikai tapasztalatok támpontot nyújthatnak az ON differenciáldiagnózisában. Fontos megtalálni a háttérmotivációt. A zavar rejtett jellege, illetve az azt fedő ideológiai keret miatt kifejezetten nehéz azonosítani az amúgy is kevésbé ismert zavart. A diétás megszorítások, egyes ételek kerülése utalhat klasszikus evészavarok jelenlétére, fóbiára, kényszerbetegsége, paranoid mérgeztetési téveseszmékre, de jelenthetnek egyszerűen belgyógyászati problémát is (allergia, bélgyulladás, IBS stb.). A zavar hátterében megjelenő vallásos, spirituális ideológiák is jó alapot jelenthetnek az ON gyanújának felvetődéséhez.

A zavar kényszeres jellege már Bratman (1997) leírásában is megjelenik. Swain (2005) egy esetvignettán keresztül mutatja be az ON differenciáldiagnosztikájának nehézségeit. Mivel az ON esetén is gyakori a testsúlycsökkenés, így az AN-tól, illetve más evészavartól való elkülönítése elsődleges. ON esetén hiányzik a testképzavar, a fogyás utáni vágy. A fogyás hátterében az egészséges életmód szolgálatába állított diéta helytelensége áll. Az alultápláltság következtében kialakuló testi-lelki következmények hasonlóak. A súlyfóbia és a testképzavar jelenléte az ON ellen szól, bár sokszor rejtik a fogyási szándékot az egészséges táplálkozás nemes eszméje mögé. ON esetén hiányzik a testképzavar és a testzsírfóbia.

Cartwright (2004) rövid esetleírása az ON-s tünetegyüttes és az egészségtudatosság közötti különbséget tárgyalja, kitérve az ételre, az evésre, a megrögzött diétás korlátozásokra, illetve bizonyos egészségesnek tartott és egyszerű/tiszta étellel kapcsolatban kialakuló megszállottságra. A ON-s személyek jellemzően elítélik azokat, akik nem követik a szigorú megkötéseket, és nagymértékű büntudatot élnek át, ha megszegik a diétás előírásokat.

Mathieu (2005) az evészavarokat a kényszerbetegség megjelenési formáinak tekinti, amelyeket az aktuális társadalmi környezet befolyásol. Evolúciós aspektusoknak tulajdonít kiemelkedő jelentőséget, miszerint a kényszeres gondolatok és magatartás egyes esetekben adaptív is lehet, amíg nem akadályozza a személyt a mindennapi feladataiban. Az emberi elme és a társadalmi háttér határozza meg, hogy a belső kényszeres impulzusok milyen specifikus tünetegyüttesben manifesztálódnak.

Zamora (2005) esettanulmányokra épülő közleményében differenciáldiagnosztikai ajánlást tesz azzal kapcsolatban, hogy ON esetén mire kell helyezni a fókuszot. Nagyon fontos, hogy a szelektív evés háttérében meghúzódó doxasmákat felfedezzük, és elkülönítsük az ON-t a pszichotikus állapottól, a paranoid szkizofrénia mérgeztetési téveszméitől. Az egészséges táplálkozási magatartás motivációjának ismerete segítheti az ON és AN elkülönítését.

Az e témakörbe tartozó, hazai tapasztalatokról beszámoló írás (Dudás és Varga, 2011), amely szintén az ON hajlam lehetséges felismerési és kezelési útjait feszegeti.

1. 5. 2. Az orthorexia nervosa komorbid tényezői

A klinikai tapasztalatok, illetve az esetleírások arról számolnak be, hogy az egészséges ételeket középpontba helyező diétát valamilyen testi betegség előzi meg, s az egyén az egészséges táplálkozás megszállottjává válik (Bratman, 1997, Cartwright, 2004).

Átfedések figyelhetők meg a kényszeresség és az evéssel kapcsolatos problémák között (Donini és mtsai, 2005; Matthieu, 2005; Cartwright, 2004; Bartrina, 2007). Az ORTO-11-gyel mért ON hajlam kapcsolatot mutat mind a fokozott kényszerességgel (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, továbbiakban MOCI), mind a kóros evési attitűdökkel (Eating Attitude Test, továbbiakban EAT-40 – Arusoğlu és mtsai, 2008). A korábban meglévő vagy aktuális evészavar szintén kapcsolatban áll az ON-s tünetképződéssel, és az erre való hajlam magasabb kognitív kontrollal párosul (Kinzl és mtsai, 2005). A társas szorongás szintén összefüggésben állhat az ON tünetekkel, mivel intenzívebbé teszi a szociokulturális testideálhoz kapcsolódó tudatosságot (Eriksson és mtsai, 2008).

1. 5. 3. Az orthorexia nervosa biopszichoszociális keretben

Az ON leképezhető a biopszichoszociális szemléletben: a biológiai, a pszichológiai és a szociokulturális tényezők együttesen játszanak szerepet a zavar kialakulásában és fennmaradásában.

Biológiai aspektusok

Az életmódváltás vagy egészségtudatosság kialakulásának előzménye többnyire valamely, a személyt vagy közeli hozzátartozóját érintő, krónikus szomatikus zavar. Az egészségfejlesztésre irányuló igyekezet akkor válik kórossá, amikor a személy feladja az addigi normális életvitelét, s a szélsőséges diéta miatt egészségügyi következmények, illetve szociális izoláció következik be. Az egészségügyi és a funkcionális következmények mérlegelése segíthet elkülöníteni az egészséges táplálkozást a megszállottan egészségességre törekvő evéstől.

Jellemző orvosi szövődményként más evészavarhoz hasonlóan megjelennek: az alultápláltság, a téves diétás szabályok, a kiegyensúlyozatlan egyoldalú diéta hiánybetegségek, mint vitamin- és nyomelemhiány (Bratman, 1997; Bağcı Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010), illetve a szigorú, korlátozó diéta gasztrointesztinális zavarokat, az éhezés pedig akár szívelégtelenséget okozhat (Cartwright, 2004; Kinzl és mtsai, 2006). Ezek bár magának a szélsőséges diétának a következményei, azonban fenntarthatják vagy akár fokozhatják az egészségre irányuló fokozott figyelmet és az annak javítását célzó viselkedésformákat.

Az ON szakirodalmában jelenleg nem található az ON-val kapcsolatos olyan vizsgálat, amely az ON kialakulásában résztvevő biológiai tényezőket, eltéréseket tárná fel.

Pszichológiai aspektusok

A zavar megjelenésének pszichés háttérében számos tényező húzódhat meg. Ide tartozik a fokozott kontroll iránti igény, a perfekcionizmus, a kényszeres személyiség.

A túlzásba vitt egészséges táplálkozás a személyt a diétája megszállottjává teszi. Ez a mindennapi életének működési nehézségeihez vezethet, nemcsak a magatartást, de a személyiséget is érintve (Donini és mtsai, 2004; Arusoğlu és mtsai, 2008; Fidan és mtsai, 2010). A jellemzően szélsőséges diéta, a szelektív evés, a szociális elszigetelődés mellett a szigorú diéta megszegését követő büntudat okozta önsanyargatás nehezíti az egyén életét (Cartwright, 2004). Az egészséges evésre beszűkült figyelem az életet uralja (Cartwright, 2004; Kinzl és mtsai, 2005). Ugyanakkor a kontroll érzése és az öntudatosság illúziója segíthet a stresszel terhelt időszakokban a kontroll érzését kelteni. A kényszeresség, az ideologizálás és a csökkent rugalmasság igen jellemző. Az egészséges ételekkel kapcsolatos megszállottság megnyugtató lehet és csökkentheti a

stresszt, illetve a jó és megfelelő ételek fogyasztása a spiritualitás élményét is erősítik (Cartwright, 2004).

Az ON hajlam hátterében meghúzódó kontroll iránti fokozott vágy és a kompenzációs törekvések az egészséges étkezés kényszeres rituáléi alakjában mutatkoznak meg, uralva az ON hajlam szempontjából érintettek életét. A túlzott beszabályozottság egyfajta ösztönpótlékként jelenik meg, pótolva a kapcsolatokban, illetve az érzelmek területén megjelenő hiányosságokat (Varga és Babusa, 2012).

Szociokulturális tényezők

Az úgynevezett obezogén környezet kettős üzenettel rendelkezik, egyrészt stigmatizálja a kövérséget, másrészt idealizálja a diétázást. Az obezitás prevalenciájának igen magas mértéke szintén az egészségtudatos attitűdöt erősíti. Magyarországon a túlsúly (BMI: 25-30) és az elhízás (BMI>30) a lakosság 66%-át érintő társadalmi probléma (Martos, 2010), amely szerepet játszik számos, korai elhalálozást okozó kórkép kialakulásában (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos megbetegedések stb.). Ellenpólusként megjelenik a túlzásba vitt diétázás. Ebben a kétpólusú képben jelenik meg az egészséges táplálkozás ideálja, amely kényszeres formát öltve kórossá válhat.

1. 5. 4. Epidemiológia

Korlátozott mennyiségben és minőségben állnak rendelkezésünkre adatok az ON epidemiológiájáról. Incidenciát vizsgáló kutatások egyáltalán nem találhatók a szakirodalomban. Reprezentatív mintához tartozó prevalencia adatokról sincs beszámoló. Donini és mtsai (2004) vizsgálata az átlag népesség körében készült, s 6,9%-os prevalenciát találtak. Ők fejlesztették ki a Bratman által javasolt 10 tétel alapján néhány kényszeres jellemzővel kiegészítve az ORTO-15 kérdőívet. A legtöbb kutatás Bratman (1997) kritériumaira alapoz vagy a Donini és mtsai (2005) által kibővített kérdőívet használja. Kinzl és mtsai (2005) a Bratman teszttel végeztek felmérést dietetikusok körében, a minta 34,9%-át ON hajlamúnak találták, a 12,8%-át pedig magas kockázatúnak. Bağci Bosi és mtsai (2007) az ORTO-15 teszttel végzett vizsgálatukban 45,5%-os ON prevalenciát találtak török rezidensek között (cut-off point: 40). Aksoydan és Camci (2009) az ORTO-15-tel végzett felmérésükben 56,4%-

os ON prevalenciát találtak a török előadóművészekből álló mintájukon, operaénekesek körében 81,8%-ot, balett táncosoknál 32,1%-ot, szimfonikus zenekari zenészek között pedig 36,4%-ot írtak le. Fidan és mtsai (2010) az ORTO-11 validált kérdőívet (Arusoğlu és mtsai, 2008) használták és 27-es cut-off point használatával 43,6%-os ON tendenciát találtak orvostanhallgatók között. A Ramacciotti és mtsai (2011) által vizsgált minta 57,6%-os ON prevalenciát mutatott. Az ON prevalenciáját célzó vizsgálatok összefoglalása a 1. táblázatban található.

1. táblázat: Az orthorexia nervosa prevalencia adatainak összefoglalása

Tanulmány	Minta				Módszer	Eredmények
	Minta forrása	Minta mérete Teljes/ speciális csoportok /kontroll-csoport	Nemi arány Nő/férfi %	Életkor átlag (SD)	Mérőeszköz	Prevalencia (%)
Donini és mtsai, 2005	Lakossági minta (I)	404	41,9/ 58,1	Hiányzó Adat	ORTO-15	6,9%
Kinzi és mtsai, 2006	Dietetikus (D)	283	nők	36,2(n.a.)	Bratman teszt	12,8%/34,9%
Bağci Bosi és mtsai, 2007	Rezidens orvosok (T)	318	46,9/53,1	27,2(2,9)	ORTO-15 (török)	45,5%
Aksoydan és Camci, 2009	Művészek opera-énekesek, balett-táncosok (T)	94	55/39	33(n.a.)	(török verzió)	56,4%
Fidan és mtsai, 2010	Orvostanhallgatók (T)	464		21,3(2,1)	ORTO-11 (validált török változat)	43,6%
Ramacciotti és mtsai, 2011	Lakossági minta	177		39,8(15,8) (ON) 35,6(14,1) (non-ON)	ORTO-15	57,6%

1. 5. 5. Az orthorexia nervosa háttértényezői

Nincsenek egyértelmű adatok az ON és az életkor összefüggéséről. Egyes kutatások nem találtak az életkort fontos változónak az ON-ra való hajlam szempontjából (Arusoğlu és mtsai, 2008), míg mások az idősebb kor és az ON-ra való hajlam között szignifikáns kapcsolatot mutattak ki (Donini és mtsai, 2005). Fidan és mtsai (2010) vizsgálatában az ORTO-11 pontszámok különbségei az életkori csoportokban

szignifikánsan különböztek a török orvostanhallgatók mintáján, fiatalabb hallgatók esetén magasabb ON tendenciát mértek (Fidan és mtsai, 2010). Ezek az eredmények hasonlóak a Bağci Bosi és mtsai (2007) által kapottakhoz. Az idősebb életkor más kutatásokban is az egészséges táplálkozás egy faktoraként mutatkozik (Shelton, 2007).

A tanulmányok többsége nem talált kapcsolatot a BMI és az ON-ra való hajlam között, azonban összefüggés mutatkozott a magasabb BMI értékek és az egészséges diétás törekvések között (Arusoğlu és mtsai, 2008; Kinzl és mtsai, 2005; Fidan és mtsai, 2010; Aksoydan és Camci, 2009). A túlsúlyt vagy kövérséget jelző magas BMI szignifikánsan növelheti az ON kialakulásának kockázatát (Fidan és mtsai, 2010). A BMI azonban az ON hajlamot csak más változókkal együttesen előfordulva jelezheti előre, úgymint egészségi okok, diétázás, egészséges táplálkozás (Arusoğlu és mtsai, 2008).

Az ON hajlamban mutatkozó nemi különbségek nem egyértelműek. Néhány kutatás azt találta, hogy az ON hajlam statisztikailag szignifikánsan magasabb férfiak körében a nőkkel összevetve (Donini és mtsai, 2004; Donini és mtsai, 2005; Fidan és mtsai, 2010). Más vizsgálatokban ezek a különbségek nem jelentkeztek szignifikáns eredményként (Bağci Bosi és mtsai, 2007), sőt más kutatások éppen az ellenkezőjéről számolnak be, nők körében magasabb ON hajlamot mutattak ki (Arusoğlu és mtsai, 2008).

Magasabb ON hajlam összefüggésben állhat a testi megjelenéssel kapcsolatos szociokulturális attitűd internalizációjával, amely nemtől független. Női fitnesszterem látogatók magasabb tudatosságot mutattak a szociokulturális ideálokkal, és a szociális szorongás összefüggést mutatott az ON tünetekkel. A gyakoribb testedzés magasabb ON tendenciára utalt a nők körében (Eriksson és mtsai, 2008).

Az ON és a képzettség kapcsolatát tekintve is különböző eredmények mutatkoznak a szakirodalomban. Néhány kutatásban orvostanhallgatók mintáján az alacsonyabb évfolyamokon magasabb ON hajlamot találtak (Donini és mtsai, 2005). A magasabban képzettebb egyének között alacsonyabb ON tendencia mutatkozott más képzettségi szintűekkel összevetve (Arusoğlu és mtsai, 2008). Más kutatásokban azonban az ON hajlam függetlennek mutatkozott a képzettségi szinttől és a munkával kapcsolatos tapasztalattól (Aksoydan és Camci, 2009). Az ON tendencia nem mutatott összefüggést a szülők foglalkozásával vagy képzettségi szintjével az ezek vizsgálatára is kitérő kutatásokban (Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010).

Azt találták, hogy a diétás megszorítások csökkennek a tanulmányokban való előrehaladással táplálkozástudományi hallgatóknál, azonban a mért „rigid” és a „rugalmas kontroll” változóknál nem mutatkozott különbség az alacsonyabb és a felsőbb évfolyamok között (Fairburn és Cooper, 2011). A képzettség nélküli egyénekről általánosságban elmondható, hogy kevésbé egészségesen táplálkoznak (Shelton, 2007).

A táplálkozástudományi hallgatók magasabb diétás megszorítással jellemezhetőek a kontrollcsoporttal összevetve, ez a tanulmányaik elején szignifikáns. Sokkal inkább jellemezhetőek rigid és rugalmas kontrollal, ez a különbség nem volt jelentős az első két évfolyamban. Az ON tendencia stabil változónak tűnt a kontrollcsoportban és csökkent a táplálkozástudományi hallgatóknál. Az ételszelekció javult a tanulmányok végéhez közeledve, de csak a táplálkozástudományt hallgatóknál (Fairburn és Cooper, 2011). Kinzl és mtsai (2005) Bratman kritériumait alapul vevő kutatásukban azt találták, hogy a nő dietetikusok magasabb ON tendenciával rendelkeznek (34,9%) és 12,8%-uk kifejezetten veszélynek van kitéve ilyen szempontból. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos magasabb képzettség fokozottabb figyelmet eredményez az egészséges és megfelelő táplálkozásra és így az ON hajlammal is kapcsolatban állhat (Bağci Bosi és mtsai, 2007).

Fidan és mtsai (2010) vizsgálatukban azt találták, hogy az egyszerű diéta előfordulásának különbségei egyes szociális osztályokban nem az anyagi/vagyoni különbségekkel áll összefüggésben, sokkal inkább az étel elérhetőségével, a munkahellyel és az ételválasztásokhoz kapcsolódó hagyományokkal. Az anya és az apa képzettségi szintje és foglalkozása nem volt hatással az egyén ON-ra való hajlamához. Bár Bağci Bosi és mtsai (2007) mintájában alacsonyabb SES mutatkozott, mint Fidan és mtsai (2010) mintáján, ahol az ON hajlam tekintetében nem mutatkozott különbség az orvostanhallgatók mintáján. Bağci Bosi és mtsai (2007) tanulmányában a szocioökonómiai háttér messze meghaladta a török átlagot. Az alacsonyabb kereset, az autó hiánya és az, hogy valaki az ország depriváltabb részén él, általánosságban is kevésbé egészséges táplálkozással mutat összefüggést (Shelton, 2007).

Az ON tendencia nem függ a családi szerepmodellektől, vagy az azt jellemző egészségmagatartástól (dohányzás, alkoholfogyasztás – Aksoydan és Camci, 2009). A dohányzó nőket sokkal kevésbé jellemzi egészséges táplálkozási magatartás (Shelton, 2007).

A szociokulturális minták magasabb internalizációja magas ON hajlammal mutat összefüggést, és nők esetén magasabb tudatossággal a szociokulturális ideálokkal szemben. A magasabb társas szorongás magasabb ON hajlammal mutatott együttjárást (Eriksson és mtsai, 2008).

Az ON-ra hajlamos egyén sokkal valószínűbben egyedülálló (Kinzl és mtsai, 2005). Ez következménye lehet a szokatlan és igen merev evési szokásoknak. Az ON hajlammal rendelkező dietetikusok a következő jellemzőkkel bírnak:

- Egészséges táplálkozásuk képezi önértékelésük alapját (8,8%).
- Büntudatot és szégyent élnek át, amennyiben megszegik a diétás szabályokat (4,6%).
- Félelem a nem egészségesnek tartott ételektől (2,5%).
- Másokkal való étkezés elkerülése (2,5%).
- Kizárólag saját maguk által elkészített ételek fogyasztása (1,1%).

Az ON hajlammal rendelkezők több súlykontrolláló magatartásformát mutattak (Bağci Bosi és mtsai, 2007). Több vizsgálat szerint az ON tendencia kapcsolatban áll a zavart evési attitűdökkel (Arusoğlu és mtsai, 2008; Fidan és mtsai, 2010). Kevesebb testmozgás általánosságban is kevésbé egészséges táplálkozással mutat összefüggést (Shelton, 2007).

Az orvostanhallgatók körében az ORTO-15 teszten elért alacsonyabb pontszámok együttjártak jobb minőségű ételek vásárlásával és ezek az egyének sokkal inkább maguk vásároltak be, illetve az ételek tartalmát tartották a legfontosabbnak az ételválasztás során (Bağci Bosi és mtsai, 2007).

1. 6. Összefoglalás

Az ON definíciója nem egyöntetű, maga a koncepció sem egységesen értelmezett. Leginkább Bratmannak (1997) a tanácsadói tapasztalataira építő kritériumait használják, illetve ezeket kibővítik Donini és mtsai (2004) szempontjaival. Az ON incidenciája nem ismert, az általános populáción mért prevalencia 6,9% (Donini és mtsai, 2004), a minta azonban nem tekinthető reprezentatívnak. A magas kockázatú csoportok prevalenciája sokkal magasabb ennél, 35–57,6% közé tehető (Arusoğlu és mtsai, 2008; Kinzl és

mtsai, 2005; Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010; Aksoydan és Camci, 2009; Ramacciotti és mtsai, 2011).

Az ON kialakulásának háttéréről keveset tudunk, a nozológiai rendszerekben való helye sem tisztázott. Próbálkozások azonban már vannak a DSM-be való bekerülésével kapcsolatban (Korinth és mtsai, 2010). Az ON-t túlzásba vitt, egészséges evésen alapuló extrém diétának tekinthetjük. A más, evéshez kapcsolódó zavaroktól való legfőbb elválasztó kritérium a háttérben meghúzódó motiváció területén keresendő: a fogyás helyett az egészségességre való törekvés játssza a főszerepet. Az egészségtudatos személytől a megszállottság, a kényszeresség választja el.

Az ON a más evészavarokhoz vezető út egyik mérföldköve lehet, illetve az egészséges táplálkozás ideológiája mögött bújhatnak meg más rejtett evészavartünetek. Az AN-ból való gyógyulás egy alternatívájaként is emlegetik, felvetve annak a kérdését, hogy mennyiben tekinthető gyógyulásnak a tünetváltás, bár nem kétséges, hogy csökkentheti az egészségi ártalmakat megfelelő felügyelet mellett. Az egészségi következmények nagy hasonlóságot mutatnak más, evészavarokban jelentkező következményekkel. A diétás megszorítások mértéke és jellege nagyban befolyásolja ezt a folyamatot. A pszichológiai és a társas következmények jelentősége azonban emellett sem elhanyagolható.

A zavart evési attitűdök és a felbukkanó kényszeres tünetek az ON jó prediktorának mutatkoznak egyes vizsgálatokban (Arusoğlu és mtsai, 2008), ezen eredmények természetesen az ON evészavarokkal való kapcsolatának tisztázatlanságával együttesen értelmezendők.

Az ON-val kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok száma igen csekély. A rendelkezésre álló adatok számos módszertani problémával rendelkeznek, úgymint a minta nagysága, az alkalmazott mérőeszközök pszichometriai jellemzői, az esetek azonosításának nehézségei, a nem tisztázott kritériumok. A magas prevalencia adatok a fentiek miatt bekövetkező torzítások eredményeként értelmezhetők. A különböző és sok esetben nem validált mérési módszerek, a reprezentatívnak nem tekinthető minták az eredmények általánosíthatóságát nem teszik lehetővé, illetve a vizsgálatok összehasonlíthatóságát sem támogatják. A kvalitatív vizsgálatok hiányoznak.

Nem áll rendelkezésünkre megbízható epidemiológiai vizsgálat, amely az ON biopszichoszociális háttérét vizsgálná. Nincs jelentős kutatás, amely reprezentatív

mintán, megfelelő pszichometriai jellemzőkkel rendelkező mérőeszközökkel vizsgálná az ON fő faktorait. A legtöbb vizsgálatban speciális csoportok szerepelnek, kis elemszámú mintával (Kinzl és mtsai, 2006; Aksoydan és Camci, 2007; Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010; Ramacciotti és mtsai, 2011). Néhány vizsgálatban nem validált kérdőíveket használnak (Kinzl és mtsai, 2006; Bağci Bosi és mtsai, 2007; Eriksson és mtsai, 2008). Csak a már említett két tanulmány fordít figyelmet a pszichometriai elemzésre (ORTO-15: Donini és mtsai, 2005; ORTO-11: Arusoğlu és mtsai, 2008). A vizsgálatba való bekerülés – éppen a reprezentativitás hiányában – torzíthatja az eredményeket. A kontrollcsoport is többnyire hiányzik a vizsgálatokból (Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010).

Számos magas kockázatú csoportot azonosítottak a kutatásokban. A dietetikus és a táplálkozástudományi hallgatók (Kinzl és mtsai, 2005; Korinth és mtsai, 2010), más egészségügyi hivatásúak, mint orvostanhallgatók, rezidens orvosok (Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010), fitneszterem látogatók (Eriksson és mtsai, 2008) és bizonyos előadóművészek (Aksoydan és Camci, 2007) fokozott kockázatúnak mutatkoznak az ON-ra való hajlam szempontjából. Bizonyos hivatású és érdeklődésű egyénekről általánosságban is elmondható, hogy fokozottan fordulnak elő náluk evéssel kapcsolatos zavarok. Ezek többnyire a külső megjelenéshez kötöttek, vagy a hivatás sajátos elvárásaihoz kapcsolódnak. A fitneszterembe járók szintén inkább jellemezhetőek evéssel kapcsolatos zavarokkal, hiszen az edzőterem látogatásának motivációja sokszor éppen a fogyáshoz vagy egészséghez kapcsolódik.

Az egészséggel és megjelenéssel kapcsolatos hivatások hiteles személyeket követelnek meg, akik modellszerepet játszhatnak a társadalom számára, nehéz helyzetbe hozva a személyt, aki igyekezhet minél inkább betölteni ezt a szerepet. Az ételválasztás motivációja sokszor komplexebb annál, mint aminek első ránézésre tűnik. Bár a szocioökonómiai státusz (SES) kapcsolatot mutat az ON hajlammal, a motiváció vagy az ételválasztás oka ennél sokkal komplexebb lehet. Törökországban a családi háttér befolyásolja az egyén szocioökonómiai helyzetét. Az egészségoktatás üzenetei különböző mértékben érintik a különböző társadalmi osztályokat. Az alacsonyabb szociális osztályok szegényesebb táplálkozási szokásai a jövedelemhez is kapcsolódnak. Másrészt az étel elérhetősége is befolyásoló tényező, nem beszélve az ételválasztási hagyományokról.

Korinth és mtsai (2010) vizsgálatában a hivatás nemcsak emelte az ON kockázatát, hanem védőfaktoroként is mutatkozott. Nem volt különbség a táplálkozástudományi hallgatók és a kontrollcsoport között a tanulmányaik első évében, azonban ez megváltozott az előbb említettekénél a tanulmányaik végén, a kontrollcsoportban viszony változatlan maradt. Feltételezhetően azért, mert az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyre növekvő tudásuk mellett annak lényege is egyre érthetőbbé vált számukra. Az (egészséges) evés, a táplálkozásuk és az egészségük iránti érzékenységük a pályaválasztásuk egyik motívumaként szerepelhet, amely önmagában rejtje a sérülékenységet is az evészavarok kialakulására. Ebben az esetben a foglalkozás és a helyes táplálkozáshoz kapcsolódó tudás a magasabb évfolyamokban felülírhatta a hivatásválasztás esetleges korábbi motivációját. Sőt, a táplálkozástudományi hallgatók, dietetikusok, orvostanhallgatók vagy rezidensek, akik több ismeretanyaggal rendelkeznek az egészséges táplálkozással kapcsolatban, több diétázási megszorítással jellemezhetőek másokhoz képest a legtöbb vizsgálat szerint. A fokozott diétás megszorítások önmagukban is evéssel kapcsolatos zavarokat okozhatnak a legtöbb vizsgálat szerint (Shelton, 2007). Az étel korlátozásának célja lehet a fogyás vagy a testsúly megtartása az evéshez fűződő „rigid” és „rugalmas” kontrollal párosulva (Korinth és mtsai, 2010). A diétázás kényszeres aspektusa elveszíti a fontosságát, amennyiben több ismerettel rendelkezünk a témáról. A felsőbb évfolyamok hallgatói enyhén egészségesebbek voltak, mint az alsóbb évesek. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos tudásmennyiség hatással van a diétás viselkedésre, és a média által közvetített társadalmi ideálokkal kapcsolatos üzenetek együttesen eredményezhetik az ON-ra való hajlam kialakulását. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos magasabb képzettség magasabb ON tendenciával jár együtt (Bağcı Bosi és mtsai, 2007). A BMI a kutatások többségében független változóként szerepel, így a testsúly kontrollálása független a valós testsúlytól, illetve a test önészlelésétől. A kényszeres tendenciát érdemes lenne más vizsgálatokban is mérni, hiszen fontos faktor lehet az ON-val összefüggésben (Arusoglu és mtsai, 2008).

A család szerepe nagyon jelentős az evési attitűdök és szokások kialakulásában. Ezzel egyik vizsgálatban sem foglalkoztak.

Az evési attitűdök eltérőek lehetnek a különböző kultúrákban (Fidan és mtsai, 2010). Ezzel kapcsolatban sem készült korábban kutatás.

A kutatásban résztvevő csoportok nagy része inkább magasabb szocioökonómiai státusszal (SES) rendelkezik. Az egészségügyben dolgozók magasabb presztízzsel, viszonylag magasabb jövedelemmel jellemezhetőek, így magasabb szocioökonómiai státusszal is. A magasabb SES-szel rendelkező családokból származó személyek nagyobb eséllyel engedik meg maguknak, hogy egyetemre menjenek. Hasonló a helyzet az edzőtermekbe járókkal. Ők azok a személyek, akik megengedhetik maguknak, hogy jobb minőségű ételt vásároljanak. A magasabb SES bizonyos vizsgálatokban összefüggést mutatott az egészséges táplálkozásra való érzékenységgel (Bağcı Bosi és mtsai, 2007).

Egyre több esettanulmány lát napvilágot, és egyre több a kísérlet az ON helyének megtalálására a mentális zavarok osztályozó rendszerében. Az ON differenciáldiagnosztikájában a diétázási szokások mögött meghúzódó motiváció lehet irányadó. Más evészavarokkal szemben a fogyás helyett az egészségre való törekvés jelenik meg. Az ON esetén nincs testképzavar, testzsír fóbia. Néhány szakember szerint az ON egyszerűen a kényszerspektrum zavara, és nincs köze más evészavarokhoz, bár ez vitatott.

Jövőbeli kutatások szükségesek ahhoz, hogy magasabb elemszámú, reprezentatív mintán általánosítható eredményeket kapjunk, amelyek által pontosabb következtetések vonhatóak le az ON háttérével, kockázati tényezőivel, fokozott kockázati csoportjaival kapcsolatban. Egységes definíció, kritériumok és validált, jó pszichometriai jellemzőkkel bíró, egységes mérőeszközök segíthetnek az eredmények összehasonlításában, akár egyszerűen a vizsgálatok között, akár a különböző kultúrák között. További vizsgálatok segíthetnek tisztább képet kialakítani azzal kapcsolatban, hogy az ON mennyiben tekinthető az evészavar- vagy a kényszerspektrum részének, vagy inkább önálló kórképnek. Longitudinális és prospektív tanulmányok elengedhetetlenek az ON helyének és epidemiológiájának jobb megismeréséhez, illetve a jobb kezelési eljárások kialakításához.

Empirikus vizsgálatok

A vizsgálatok célja és felépítése

A klinikai gyakorlatban egyre gyakoribbá válnak a diétázási túlzások, túlkapások, amelyek sokszor az egészséges táplálkozás eszméje mögé rejtőznek. Az evészavarokhoz kapcsolódó legújabb, illetve az egyik legvitatottabb kutatások igyekeznek feltárni az új tünetegyüttes jellegzetességeit.

Mivel nem áll rendelkezésünkre az ON mérésére alkalmas magyar nyelvre adaptált kérdőív, így munkánk egyik célja a magyar nyelven hozzáférhető pszichometriailag vizsgált mérőeszköz elérhetővé tétele, amely alkalmas lehet az ON konstruktum mérésére. A kérdőív adaptálása az előírásnak megfelelően történt, több lépésben, független személyek általi fordítással, visszafordítással és a fordításoknak az eredeti kérdőívvel való összehasonlítása nyomán. Az eredeti szerző hozzájárult a kérdőív magyar adaptálásához.

Az értekezés empirikus része három részből épül fel, tartalmazza az ORTO-15 magyar adaptációját, pszichometriai vizsgálatát, az ON korrelátumainak feltárását, illetve a más kutatások alapján fokozott kockázatúnak vélt csoport ON hajlamának vizsgálatát.

A kutatás célja a vizsgálat időpontjában egyetlen publikált és pszichometriailag elemzett ON mérésére kidolgozott kérdőív az ORTO-15 (Donini és mtsai, 2005) adaptálása és pszichometriai elemzése volt. Mivel az ON nem diagnosztikus kategória és nem rendelkezik kidolgozott külső kritériumokkal az ON hajlamú és nem ON hajlamú személyek elkülönítésére, így az ON-t fedő tünetegyüttes: szélsőséges egészséges táplálkozás jól operacionalizált mérése, a korrelátumai és fokozott kockázatú csoportjainak feltárása feltérképezése mind elméleti, mind gyakorlati jelenőséggel bír. A kutatás keretében magyarra adaptáltuk a mérőeszközt, illetve megkíséreltünk külső kritériumokat állítani az ON hajlam konstruktumának megerősítéseként. A korábbi mérőeszköz igen magas értékeket eredményező cut-off pontjától független határértéket dolgoztunk ki, amely viszonylag jól elkülönítheti a magas ON hajlamú, illetve ON hajlam szempontjából nem érintett csoportot. Második lépésben az ON hajlam

prediktorait térképeztük fel, a megállapított határérték alatti ON hajlam szempontjából érintett csoportot hasonlítottuk össze a minta többi személyével, vizsgálva, hogy mely változók mentén különülnek el ezek a csoportok. A vizsgálat harmadik alrészében a nemzetközi kutatásokban igen hangsúlyozott kockázati tényezőt, az egészségügyi hivatást vettük górcső alá. Az egészségügyi pályát és a más, nem egészségügyi pályát választók csoportjait hasonlítottuk össze ON hajlam és más kapcsolódó változók szempontjából.

2. Célkitűzések

Célkitűzés és hipotézisek

Értekezésem középpontjában az ON korrelátumainak és fokozott kockázatú csoportjának vizsgálata áll. Mivel az ON új és vitatott jelenség az evészavar- és kényszerspektrumon, így a vele kapcsolatos kutatások is exploratív jellegűek.

A kutatás fő célja az ON mérését szolgáló nemzetközi kutatásokban használt ORTO-15 (Donini és mtsai, 2005) magyar adaptációjának kidolgozása, illetve pszichometriai vizsgálata. Az ON hajlamot elkülönítő lehetséges határérték megállapítására teszünk kísérletet. A tanulmány további részében a kérdőív magyar adaptációjával, az ORTO-11-HU-val végzett vizsgálatok, illetve az ON korrelátumainak feltérképezése kapnak helyet – különös tekintettel az evészavaros és kényszeres tünetképződéssel való összefüggéseire. A vizsgálat részét képezi az ON hajlam szempontjából veszélyeztetett csoport, az egészségügyi pályát választók csoportja.

A kutatás kitűzött céljai mellett, több hipotézist is tesztelni kívántunk, amelyek egy része exploratív jellegű, másik részük pedig korábbi kutatások eredményeihez kapcsolódik.

1. Az ORTO-15 kérdőív adaptálása és pszichometriai elemzése, amelynek során a kérdőívek megbízhatóságát és konstruktum validitását vizsgáltuk, illetve kísérletet tettünk a már problémás ON tünetek elkülönítésére (cut-off score).

2. Az ON hajlam potenciális determinánsainak feltárása.

a. Feltételeztük, hogy az ON hajlam kapcsolatot mutat más klasszikus evészavartünetekkel, kényszeres jellemzőkkel és a depresszióval.

b. Az ORTO-15 validitás vizsgálata (konstruktum validitás): mivel az ON nem rendelkezik tisztán definiált kritériumrendszerrel, se nem diagnosztikai kategória, amely alapján jól körülírhatóvá válhatna egy ON hajlamú csoport, így az ON szakirodalmában leírt ORTO-15-ben nem szereplő szempontokat állítottunk össze, feltételezve, hogy szoros kapcsolatot mutatnak az ORTO teszt által mért konstruktummal.

- c. Megvizsgáltuk, hogy a kor, a nem, az iskolai végzettség, valaha fennálló evészavar mennyire játszott szerepet az ON hajlam kialakulásában.
 - d. Mennyire különül el az ON, mennyiben inkább az evészavar, kényszeres tünetegyüttes része.
 - e. Feltételeztük, hogy az evészavar szempontjából érintett személyek fokozottabb ON hajlammal rendelkeznek. Az ON hajlam más evészavarok fedőtüneteként vagy más evészavarok részeként, egyféle kompenzációs viselkedésként jelenik meg, illetve azok alternatív gyógyulási útját képezi.
 - f. Feltételezzük, hogy a magas és az alacsony ON hajlamúak életmód, táplálkozásbeli különbségekkel rendelkeznek. A magasabb ON hajlam nem csak egészségesebb táplálkozással, de egészségesebb életmóddal is együtt jár.
3. Az egészségügyi hivatásúak fokozott kockázatú csoportnak számítanak ON hajlam szempontjából, amely lehetőségére korábbi kutatások felhívják a figyelmet.

3. Módszerek

3.1. Vizsgálati személyek és eljárás

A résztvevők Magyarország különböző egyetemeiről kerültek ki: Semmelweis Egyetem, Eötvös Loránd Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Debreceni Tudományegyetem. Az egyetemek rektori titkársága rektori engedélyezés után e-mailben juttatta el a „Táplálkozás és egészség” című linket a hallgatókhoz, emellett az egyetemi dolgozói levelező listákra került kiküldésre az online kérdőívcsomag elérhetősége.

A keresztmetszeti, kérdőíves, online vizsgálatban összesen 810 személy vett részt (724 nő és 86 férfi; 89,4%, 10,6%). A résztvevők átlagéletkora 30,5 év (SD=10,37; terjedeleme: 18–68 év). Iskolai végzettség tekintetében a válaszadók 57,5%-a (n=466) középfokú végzettséggel bír, míg 42,5%-a (n=344) diplomás. Lakóhelyüket illetően 43,8% (n=355) Budapesten él, 19,5% (n=158) megyeszékhelyen, 24,2% (n=196) városban, 12,5% (n=101) községben. Iskolai végzettség tekintetében a válaszadók 57,5%-a (n=466) középfokú végzettséggel bír, míg 42,5%-a (n=344) diplomás. A résztvevők a következőkből álltak össze: dietetikus hallgatók (N=69, 8,5%), orvostanhallgatók (N=107, 13,2%), más egészségügyi szakos hallgatók (egészségügyi és népegészségügyi tudományág: ápoló, gyógytornász, védőnő, szülésznő, csecsemőgondozó, optometrista, fizioterápia, sporttudományok) (N=240, 29,6%), nem egészségügyi szakos hallgatók (társadalomtudomány szak: szociológia, szociális munkás, tanár) (N=33, 4,1%), illetve a diplomások között dietetikusok (N=26, 3,2%), orvosok (N=18, 2,2%), más egészségügyi hivatásúak (N=55; 6,8%), és nem egészségügyi hivatásúak (N=262, 32,3%). Testtömegindexük átlaga 23,2 (SD=4,90, terjedeleme 14,88-56,06). A WHO (2000) felosztása alapján a válaszadók 8,8%-a (n=71) alultáplált (BMI<18,5), 66,7% (n=540) normális súlyú (BMI 18,5-24,9), 15,9% (n=129) túlsúlyos (BMI 25-29,9) és 8,6% (n=70) elhízott (BMI ≥30).

3. 2. Eljárás leírása

Az adatgyűjtés 2011 szeptember és 2012 júliusa között online módon történt (kényelmi mintavétel). Az online kérdőívcsomag tartalmazta a résztvevők beleegyezését a vizsgálatba, ezenkívül demográfiai adatokat, az ORTO-15 magyar nyelvű változatának kitöltését, étellistát, hozzáadott ON specifikus kérdéseket, amelyek kifejezetten erre a kutatásra lettek összeállítva. Ez utóbbiak klinikai gyakorlati tapasztalatok, illetve Bratman leírása alapján kerültek összeállításra (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000; Cartwright, 2004). Végül a résztvevők a saját életmódjukról, szokásaikról számoltak be (sporttevékenység, diétázási szokások, táplálékkiegészítők, gyógyszerek, drogok, alkohol használata, illetve kávéfogyasztás és dohányzás). A vizsgálatra összeállított online kérdőívcsomagot a Melléklet tartalmazza.

A tesztek felvételét megelőzte az előtesztelés 10 személlyel a vizsgálat hosszának megítélésére és az esetlegesen felmerülő problémák megelőzése érdekében. A vizsgálati személyeket minden esetben írásos információt kaptak a vizsgálat céljáról, körülményeiről. A részvétel anonimitása és titkossága biztosított volt. Az online kérdőív kitöltése a beleegyező nyilatkozatot is tartalmazta, ennek jóváhagyásával lehetett csak továbblépni annak kitöltésére. A vizsgálatban csak 18 éven felüliek szerepeltek.

A kutatási protokollt a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottsága (regisztrációs szám 4498-0/2011-EKU; 410/PI/11) elfogadta és engedélyezte.

3. 3. Mérészközök

Az alábbiakban bemutatjuk a vizsgálatban alkalmazott kérdőívcsomagot (ld. Melléklet).

Szociodemográfiai adatok: rákérdeztünk a válaszadók nemére, életkorára, iskolai végzettségére, családi állapotára, lakóhelyére.

Antropometriai adatok: a testtömegre (kg) és testmagasságra (cm) nézve önbeszámolóval gyűjtöttünk adatokat. BMI kiszámításának leírása (WHO, 2000).

Evészavarral kapcsolatos kérdések (szubjektív önjellemzés alapján): rákérdeztünk arra, hogy a résztvevőknek volt-e valaha evészavara (válaszlehetőségek: (1) igen, volt; (2) igen, jelenleg is van; (3) nem volt). A fenti kérdésre igennel felelők esetében

rákérdeztünk az evészavar típusára is, a következő válaszlehetőségekkel, amelyekből többet is bejelölhettek. Emellett megtudakoltuk, hogy részesült-e kezelésben az evészavara kapcsán (válaszlehetőségek: igen, nem).

HA VOLT/VAN EVÉSZAVARA: Milyen típusú evészavara volt? (Többet is jelölhet.)

- 1 - AN (anorexia nervosa)
- 2 - BN (bulimia nervosa)
- 3 - egyéb evészavar

Objektív evészavar kritériumok alapján kívántuk meghatározni a mintában szereplő személyek között az evészavar gyakoriságát. A DSM-V (APA, 2013) rendszerét figyelembe véve az AN, illetve BN diagnózisának kritériumait a következő módon állapítottuk meg:

Anorexia nervosa

- a. BMI $<17,5 \text{ kg/m}^2$
- b. EDI- bulimia faktor <14
- c. EDI - karcsúság iránti késztetés faktor) > 13
és/vagy
- d. EDI - testtel való elégedetlenség faktor > 20

Bulimia nervosa

- a. EDI - bulimia faktor > 13
- b. EDI - karcsúság iránti késztetés faktor > 13
és/ vagy
- c. EDI - testtel való elégedetlenség faktor > 20

Szubklinikai formák

Szubklinikai AN

- a. BMI $>17 \text{ kg/m}^2$
- b. EDI- bulimia faktor <6
- c. EDI - karcsúság iránti késztetés faktor: 10-13 (mindkét érték beletartozik)

és/vagy

d. EDI - testtel való elégedetlenség faktor >20

Szubklinikai BN

a. EDI - bulimia faktor : 6-13 (mindkét érték beletartozik)

b. EDI- karcsúság iránti késztetés faktor: 10-13 (mindkét érték beletartozik)

és/ vagy

c. EDI -testtel való elégedetlenség faktor> 20

Evési Zavar Kérdőív - EDI

Az Evési Zavar Kérdőívet (Eating Disorder Inventory) Garner és munkatársai 1983-ban dolgozták ki az evészavarok többdimenziós felfogására alapozva. A magyarországi adaptációt Túry és munkatársai (1997) végezték el. Az EDI önkitöltős Likert-típusú skálát használó 64 tételes kérdőív, amely a viselkedési és attitűdbeli tünetek mellett a pszichopatológiai jellegzetességek vizsgálatát is célul tűzi ki. Nyolc alskálát tartalmaz, három az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdökkel és viselkedésekkel kapcsolatos, öt az AN pszichopatológiai sajátosságaiként azonosított személyiségjellegzetességeket méri. A nyolc skálához tartozó tételeket és fordított tételeket a 2. melléklet végén találhatjuk. A leginkább patológiás válasz (ez a tételek egy részében a „mindig”, a fordított kódolásúaknál pedig a „soha”) 3 pontot ér, a mellette lévő válasz 2 pontot, a következő 1 pontot, míg a többi három válasz 0 pontot. *Az alskálák a következők:* A „Karcsúság iránti késztetés” alskála a diétázással való túlzott foglalkozásra, a testsúly miatti aggodalmaskodásra, a fogyásra, soványságra törekvésre, a hízástól való intenzív félelemre vonatkozóan tartalmaz állításokat. A „Bulimia” alskála a bulimiás tünetekre kérdez rá. A „Testtel való elégedetlenség” alskála a testképzavarhoz kapcsolódó jellemzőkre utal, kapcsolatba hozható az alacsony önértékeléssel és a negatív énképpel. Az „Elégtelenség érzése” alskála az általános elégtelenség és értéktelenség érzésére, a személyes hatékonyság hiányára utaló tételeket tartalmazza. Amelyek fontos szerepet játszanak az evészavarokban, és kapcsolatban vannak a negatív önértékeléssel és a külső kontroll dimenziójával. A „Perfekcionizmus” alskála a tökéletes teljesítmény túlzott mértékű elvárásához kapcsolódik. Az anorexiás

beteg meghatározó sajátossága, hiszen a szülőkre és ezáltal önmagukra is jellemzőek a magas elvárások és a szigorú felettes-én. Az „Interperszonális bizalmatlanság” alskála kérdéskörébe tartozik az elidegenülés érzése, a bizalmatlanság, az érzelmek kifejezésének nehézsége és a közeli kapcsolatoktól való idegenkedés. Az „Interceptív tudatosság”: az AN egyik alapvető jellegzetessége a belső érzékelések (éhség, jóllakottság) és érzelmek felismerésének és azonosításának való nehézsége, az alskála ezt a problémakört méri. A „Félelem a felnőtté válástól” alskála magába foglalja a pszichológiai érettség elutasítását, s a gyermekkori biztonságos időszakhoz való visszatérés vágyát, a felnőtté válással járó követelmények elutasítását is tartalmazza.

Maudsley Kényszer Kérdőív

A Maudsley (MOCI – Maudsley Obsessive Compulsive Inventory) Kérdőívet Hodgson és Rachman fejlesztette ki a londoni Maudsley Kórházban 1977-ben (Hodgson és Rachman, 1977; idézi Perczel Forintos és mtsai, 2007). A teszt 30 tétel. A kérdőív kitöltőjének mindegyik tételről el kell döntenie, hogy az adott állítások illenek-e rá vagy sem. A kérdőív négy alskálából áll: Az „Ellenőrizgetés” alskála a kényszeresség ellenőrzéshez kapcsolódó tüneteit méri fel. A „Mosakodás, tisztogatás” alskála a túlzott gyakoriságú és intenzitású tisztálkodási és tisztítási erőfeszítéseket méri. A „Lassúság, ismételtetés” alskála a kényszeresség ismételtetésben, lassúságban kifejeződő jellemzőit vizsgálja. Végül a „Rágódás, őrlődés, aggályoskodás” alskála révén a ruminálásra való hajlam operacionalizálására nyílik lehetőség.

A kérdőív nem használható diagnosztikai mérőeszközként, de a kényszeres tünetek változása jól követhető a segítségével. A kérdőív teszt-reteszt reliabilitása és belső konzisztenciája is megfelelő (Perczel Forintos, 2007).

ORTO-15

Az ORTO-15 Donini és mtsai (2005) által kidolgozott, az ON mérésére szolgáló 15 tétel Likert-típusú skálájú mérőeszköz. A kérdőív Bratman ON-modelljén alapszik és az MMPI kényszeres-fóbiás személyiségvonás kérdéseivel kombinálódik. Az önjellemzésen alapuló kérdőív 4 pontos Likert skálájú (mindig, gyakran, néha és soha). A tételek az ételválasztás, az étel elkészítése, az étel hatásaival és az egészséges ételhez kapcsolódó attitűdökkel kapcsolatosak. Donini és mtsai (2005) három faktort találtak a

15 tétel alapján: kognitív-rationális (1,5,6,11,12,14), klinikai (3,7,8,9,15) és érzelmi komponensek (2,4,10,13). A szerzők tesztelték a három különböző ORTO-15 határérték (<35; <40; <45) esetén a hatóerő, az érzékenység, a specificitás, a pozitív és negatív prediktív értékét. A szenzitivitás, specificitás, pozitív és negatív prediktív érték eltért az ORTO-15 megállapított három különböző határértéke mellett. Ezek közül a 40-es pontérték bizonyult megfelelőnek az orthorexiás és nem orthorexiás csoport elkülönítésére. A vizsgálatukban ez a határérték a következő mutatókkal járt együtt: 73,8% hatóerő, 55,6% szenzitivitás, 75,8% specificitás, 20,5% pozitív prediktív érték, 93,8% negatív prediktív érték, míg a validálási mintán ezek az mutatók 75% hatásfok, 100% szenzitivitás, 73,6% specificitás, 17,6% pozitív prediktív érték és 100% negatív prediktív érték mutatkozott.

Az ORTO-15 magyar adaptációja kidolgozásához két egymástól független szakember lefordította az ORTO-15 kérdőívet magyarra. Új kifejezések vagy változtatások nem kerültek a fordításba. A visszafordítást egy kétnyelvű fordító végezte és így került összevetésre az eredetivel. A végső változatot a kutatásban is dolgozó két klinikai szakpszichológus készítette el. A szükséges változtatások nem voltak jelenősek. A végső változatot 20 személyen teszteltük, hogy a tételek tisztán érthetőségét teszteljük.

Életmód és szokások

A résztvevők a következő, életmódhoz kapcsolódó jellemzőkről számoltak be: sportaktivitás, diétázás, koffein, alkohol-, drog- és cigarettafogyasztás, gyógyszer és táplálékkiegészítők szedése. A sportaktivitáshoz kapcsolódóan a következő kategóriák jelentek meg: nem sportol, nem rendszeresen, rendszeresen/hobbiszinten és rendszeresen/versenyszerűen. A cigarettafogyasztást illetően az igen, nem és nem, már leszoktam a dohányzásról kategóriák között lehetett választani. Az alkohol, koffein, gyógyszer, táplálékkiegészítő használatot illetően igen/nem típusú kérdéseket kellett a résztvevőknek megválaszolniuk.

Ételválasztás

A vizsgálatban résztvevő személyektől arra vártunk választ, hogy milyen típusú ételeket fogyasztanak. A táplálékkategóriákat dietetikus segítségével állítottuk össze, a

táplálékpiramist alapul véve (Skerrett és Willett, 2010). A résztvevők a fogyasztási gyakoriságot 6 kategóriában értékelték egy Likert-típusú skálán (többször egy nap, naponta, hetente többször, hetente, havonta, nagyon ritkán). Az életválasztási lista a következő étel kategóriákat tartalmazta: teljes kiőrlésű kenyérfélék, fehérkenyérfélék, zöldségek, gyümölcsök, hústermékek. A kérdések között szerepelt, hogy milyen gyakran látogatja a személy az egészséges ételeket áruló üzleteket (rendszeresen, alkalmanként, soha).

Az orthorexia nervosával kapcsolatos kiegészítő kérdések

Tíz ON specifikus tételt alakítottunk ki Bratman kritériumaira és az esettanulmányokra alapozva (Bratman, 1997; Bratman & Knight, 2000; Cartwright, 2004). Ezek az ételfogyasztási szokásokra vonatkoztak (úgynevezett egészséges étel, idői aspektus, étel választása szín alapján stb., előítéletek, attitűdök az elhízással és a vágyak kontrollálásával szemben. A személyektől azzal kapcsolatban kaptunk visszajelzést, hogy egyetértenek-e vagy sem az adott állításokkal.

A tíz állítás a következő:

1. Csak bioételeket fogyasztok.
2. Mindig meghatározott étkezési rend szerint eszem.
3. A sexualitás fontos szerepet játszik az életemben.
4. A kövérséget a gyengeség jelének tartom.
5. Bizonyos színű ételeket kerülök.
6. Elítélem azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni vágyaikon.
7. Úgy gondolom, hogy a legtöbb ember maga okolható a betegségeiért.
8. Mindig ugyanazokat az ételeket eszem.
9. Elítélem azokat az embereket, akik nem egészségesen táplálkoznak.
10. Rengeteg időt töltök az ételek elkészítésével.

Az alkalmazott kérdőívek belső megbízhatósága minden esetben elfogadhatónak vagy jónak bizonyult (3. és 4. táblázat).

3. 4. Alkalmazott statisztikai elemzés

A kérdőívek belső megbízhatóságának becslésére Cronbach-alfa mutatókat számítottunk azok 95%-os megbízhatósági intervallumaival együtt. A folytonos változók normalitásvizsgálata a Shapiro-Wilk W teszttel történt. Folytonos változók esetében a normális eloszlást mutató változók esetében kétmintás t -próbát és egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk a csoportok összehasonlítására. A normális eloszlás sérülése esetében Mann-Whitney-féle U -próbát és Kruskal-Wallis-próbát alkalmaztunk. Egyes esetekben a t -próba értékét tüntetjük fel, amennyiben a nem parametrikus tesztek nem hoztak eltérő összefüggést. A lineáris kapcsolatok tesztelése normális eloszlású változók esetében Pearson-féle korrelációs elemzéssel és többszörös lineáris regresszió elemzéssel történt. Nem normális eloszlású változók esetében Spearman-féle rangkorrelációs elemzést alkalmaztunk. A korrelációs együtthatók értékének interpretálásához Cohen (1988) meghatározását vettük alapul, nevezetesen 0,3 alatt gyenge, 0,3–0,5 között közepes erősségű, 0,5 felett erős. A kategoriális változók esetében khi-négyzet próbát végeztünk.

Az ORTO pszichometriai elemzése során exploratív és konfirmatív (Kline, 2005) faktoranalízist egyaránt alkalmaztunk. A kritikus pontértéket az ORTO-11-Hu elméleti és gyakorlati eloszlása alapján határoztuk meg. Az ON-ra való fokozott hajlam prediktorait többszörös bináris logisztikus regresszió elemzéssel teszteltük.

A tíz, ON-val kapcsolatos tétel esetén főkomponens elemzést végeztünk (PC), ahol minden esetben a hüvelykujj-szabályok érvényesültek. A kommunalitások mindenhol 0,25 felett fogadtuk el, ha a változók legalább 0,5-ös súllyal vettek részt.

A Konfirmatív Faktor Analízis (továbbiakban CFA) az AMOS 20.0, verziójával készült, míg minden más statisztikai eljárást az SPSS 20.0 szoftverrel végeztünk el.

4. Eredmények

4. 1. A vizsgálat alapstatisztikája

A változók alapstatisztikáját (átlag, szórás, terjedelem, belső megbízhatóság), nemek szerinti összehasonlítását az antropometriai és demográfiai változók mentén az 2.-3. táblázat tartalmazza. Életkor, iskolai végzettség, lakóhely tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség férfiak és nők között a vizsgált mintában. A BMI tekintetében a nők szignifikánsan alacsonyabb értékeket értek el, illetve a BMI kategóriákban szignifikánsan magasabb volt az alultáplált kategóriában a nők aránya, illetve a túlsúllyal és elhízással jellemezhető férfiak aránya.

A vizsgált változók tekintetében a következő nemi különbségek jelentkeztek. A nők szignifikánsan magasabb MOCI pontszámmal és több evési zavarra utaló tünettél rendelkeztek. Az Evési Zavar Kérdőív alapján a férfiakkal összevetve a nők között sokkal fokozottabb volt a karcsúság iránti késztetés, a bulimiás tünetek, a testi elégedetlenség, illetve alacsonyabb szintű volt az interoceptív tudatosság mértéke. A kényszeresség szempontjából a nők sokkal több tisztasággal kapcsolatos kényszeres jellemzővel rendelkeztek, több depresszív tünettél mutattak a férfiakhoz képest (3. táblázat).

2. táblázat: A minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén nemi bontásban

		Férfi (n=86)	Nő (n=724)	Próba statisztika t (df)	Kapcsolat erőssége/ hatásosság		
		Átlag (SD)	Átlag (SD)				
Életkor		31,49 (11,68)	30,39 (10,21)	0,930(808)	C-d=0,11		
BMI		24,94 (3,91)	23,00 (4,96)	3,493**	C-d=0,4		
		n (%)	n (%)	Khi² próba (df)			
Lakóhely	Budapest	29 33,72%	326 45,02%	4,384 (3)	CV=0,074		
	Megyeszékhely	21 24,41%	137 18,92%				
	Város	25 29,06%	171 23,61%				
	Község	11 12,79%	90 12,43%				
Iskolai végzettség	Diplomás	49 56,97%	417 57,59%			0,012 (1)	CV=-0,004
	Nem diplomás	37 43,03%	307 42,41%				
BMI kategória	Normális súlyú	47 54,65%	493 68,09%				
	Alultáplált	1 1,16%	70 9,66%				
	Túlsúlyos	28 32,5%	101 13,95%				
	Elhízott	10 11,63%	60 8,2%				

Megjegyzés: C-d: Cohen-d; CV: Cramer's V; ° – a variancia nem volt egyenlő; +- p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

3. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált változók mentén nemi bontásban

	Teljes minta (N=810)		Férfi (n=86)	Nő (n=724)	Próba- statiztika t(df=808)	Kapcsolat erőssége/ hatásosság C-d
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)		
ORTO-11-Hu	28,8 (3,15)	0,819 (11)	29,02 (3,25)	28,81 (3,14)	0,591	0,07
MOCI	7,5 (4,77)	-	6,36 (4,39)	7,64 (4,80)	-2,356*	0,27
EDI	29,6 (26,18)	-	20,97 (15,15)	30,57 (27,02)	-5,010^{c***}	0,57
Karcúság iránti készítetés	3,6 (5,13)	0,891 (7)	0,94 (1,61)	3,91 (5,31)	-11,308^{c***}	1,29
Bulimia	1,3 (3,12)	0,888 (7)	0,49 (1,25)	1,34 (3,26)	-4,711^{c***}	0,54
Testi elégedetlenség	7,3 (7,29)	0,895 (9)	3,74 (4,47)	7,74 (7,44)	-7,185^{c***}	0,82
Elégtelenség érzése	3,5 (4,71)	0,844 (10)	2,88 (3,72)	3,57 (4,81)	-1,271	0,15
Perfekcionizmus	5,2 (4,67)	0,834 (6)	4,52 (3,63)	5,26 (4,77)	-1,722 ^{c+}	0,2
Interperszonális bizalmatlanság	2,1 (3,11)	0,786 (7)	2,71 (3,65)	2,00 (3,03)	-1,738 ^{c+}	0,2
Interoceptív tudatosság	2,3 (4,08)	0,842 (10)	1,47 (2,17)	2,44 (4,24)	-3,439^{c***}	0,39
Félelem a felnőtté válástól	4,3 (4,27)	0,751 (8)	4,21 (3,66)	4,31 (4,33)	-0,211	0,02
Ellenőrizgetés	1,7 (1,85)	0,701 (9)	1,45 (1,67)	1,74 (1,87)	-1,507	0,17
Tisztogatás, mosakodás	2,4 (2,12)	0,670 (11)	1,65 (1,63)	2,46 (2,16)	-4,174^{c***}	0,48
Ismételgetés, lassúság	1,2 (1,18)	0,445 (6)	0,94 (1,07)	1,19 (1,19)	-1,876 ⁺	0,21

Aggályoskodás, rágódás, őrlődés	3,1 (1,71)	0,547 (8)	2,97 (1,80)	3,13 (1,70)	-0,842	0,1
BDI	13,4 (4,6)	0,874 (9)	12,51 (4,03)	13,48 (4,65)	-2,076*	0,24

^b – df=808; ^c – a variancia nem volt egyenlő; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

Megjegyzés: EDI = Evési ZavarKérdőív; MOCI = ; CI₉₅=95%-os megbízhatósági intervallum. ⁺

p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001. A hatásméret mutató (Cohen-d) értékeinek értelmezése:

0,20 kis hatás, 0,50 közepes mértékű hatás, 0,80 nagy hatás (Cohen, 1992). A közepes mértékű vagy

annál erősebb hatásméret mutatókat félkövér betűvel emeltük ki.

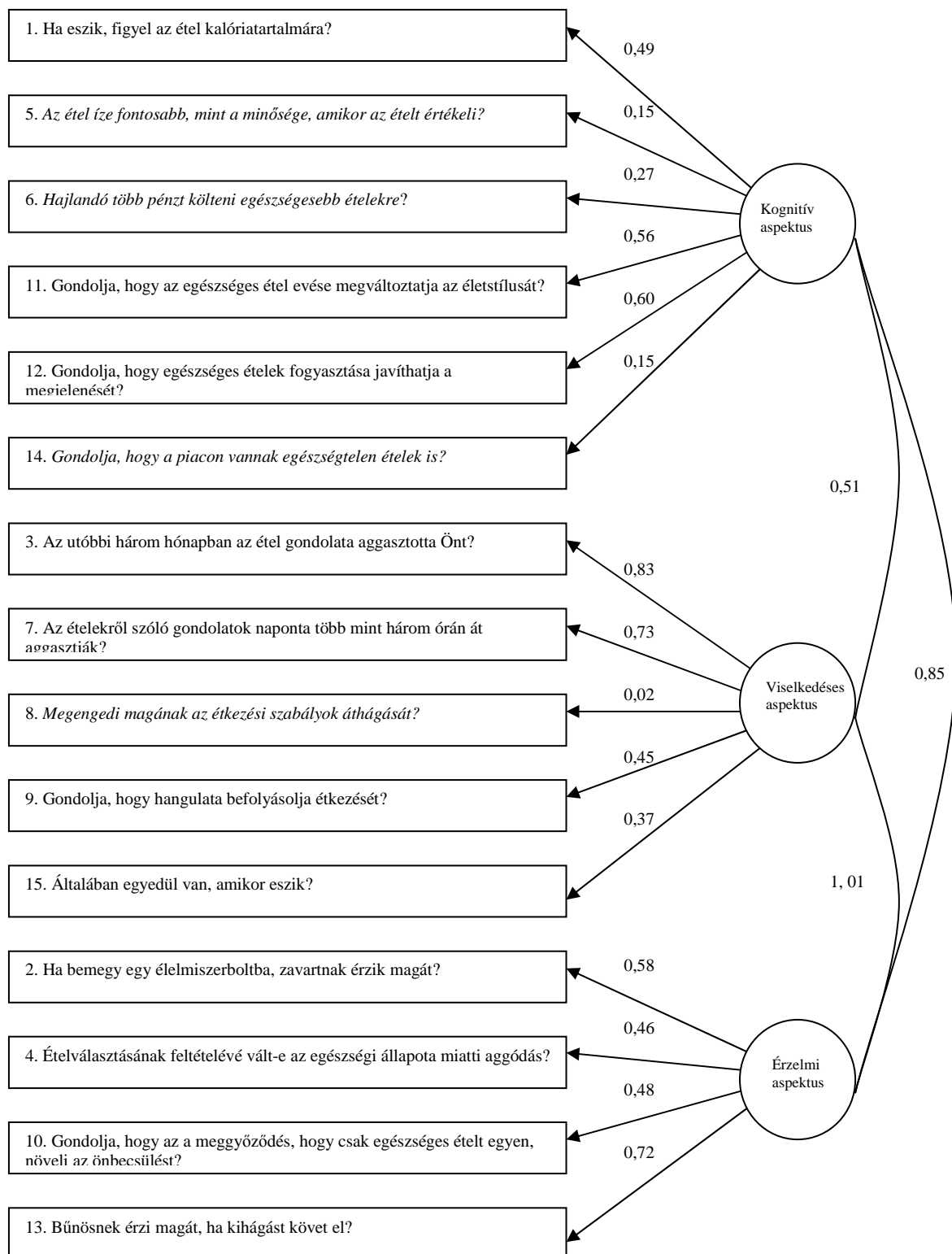
4. 2. Az ORTO-15, az orthorexia nervosát mérő kérdőív magyar adaptációjának kidolgozása és pszichometriai jellemzői

4. 2. 1. Faktorstruktúra

Az ORTO-Hu esetében konfirmatív faktoranalízist alkalmaztunk az elméleti faktorstruktúra illeszkedésének tesztelésére. Négy CFA modellt teszteltünk. Az 1. modell három faktorból épült fel a teszt eredeti szerzőjének elképzelése alapján (kognitív-rationális összetevő, klinikai összetevő és érzelmi összetevő) (Donini és mtsai, 2005), a második, egyfaktoros modellben egyetlen faktor adódott. Mivel a két modell egyike sem illeszkedett megfelelően az adatokra, a mérőeszköz rövidített változatát alakítottuk ki, elhagyva a legalacsonyabb item-total korrelációt és töltődést mutató négy itemet. A 11 tételes verzió faktorstruktúráját szintén értékeltük egy következő modellen egy faktoros megoldást használva. Végül a negyedik modellt a hibakovarianciákat vizsgálva alakítottuk ki. A 3. modell alapján adódott modifikációs indexeket azokban az esetekben vettük figyelembe, amikor a tételek tartalma szerint indokolhatóvá vált.

Először megvizsgáltuk, hogy az adatok jól illeszkednek-e a faktorstruktúrában - alapul véve az eredeti szerzők mérőeszközét (2. ábra). A konfirmatív faktoranalitikus modell alapján Donini és munkatársai (2005) által javasolt háromfaktoros modellt elvetettük (1. modell) ($\chi^2=931,2$; $p<0,001$; $CMIN/DF=10,7$; $CFI = 0,72$; $TLI=0,66$; $RMSEA=0,11$; $PCLOSE<0,001$). Az egy faktoros megoldás (2. modell) kissé rosszabb illeszkedést mutatott ($\chi^2=1080,8$; $p<0,001$; $CMIN/DF=12,0$; $CFI = 0,67$; $TLI=0,62$; $RMSEA=0,12$; $PCLOSE<0,001$); emiatt ez is elvetésre került.

2. ábra Az ORTO-15 faktorstruktúrája Donini és munkatársai (2005) feltételezésére alapozva (standardizált regressziós súlyokkal a jelen mintán vizsgálva)



Az első két modell gyenge illeszkedési mutatói miatt részletes tételelemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk minden egyes tétel minőségét (4. táblázat).

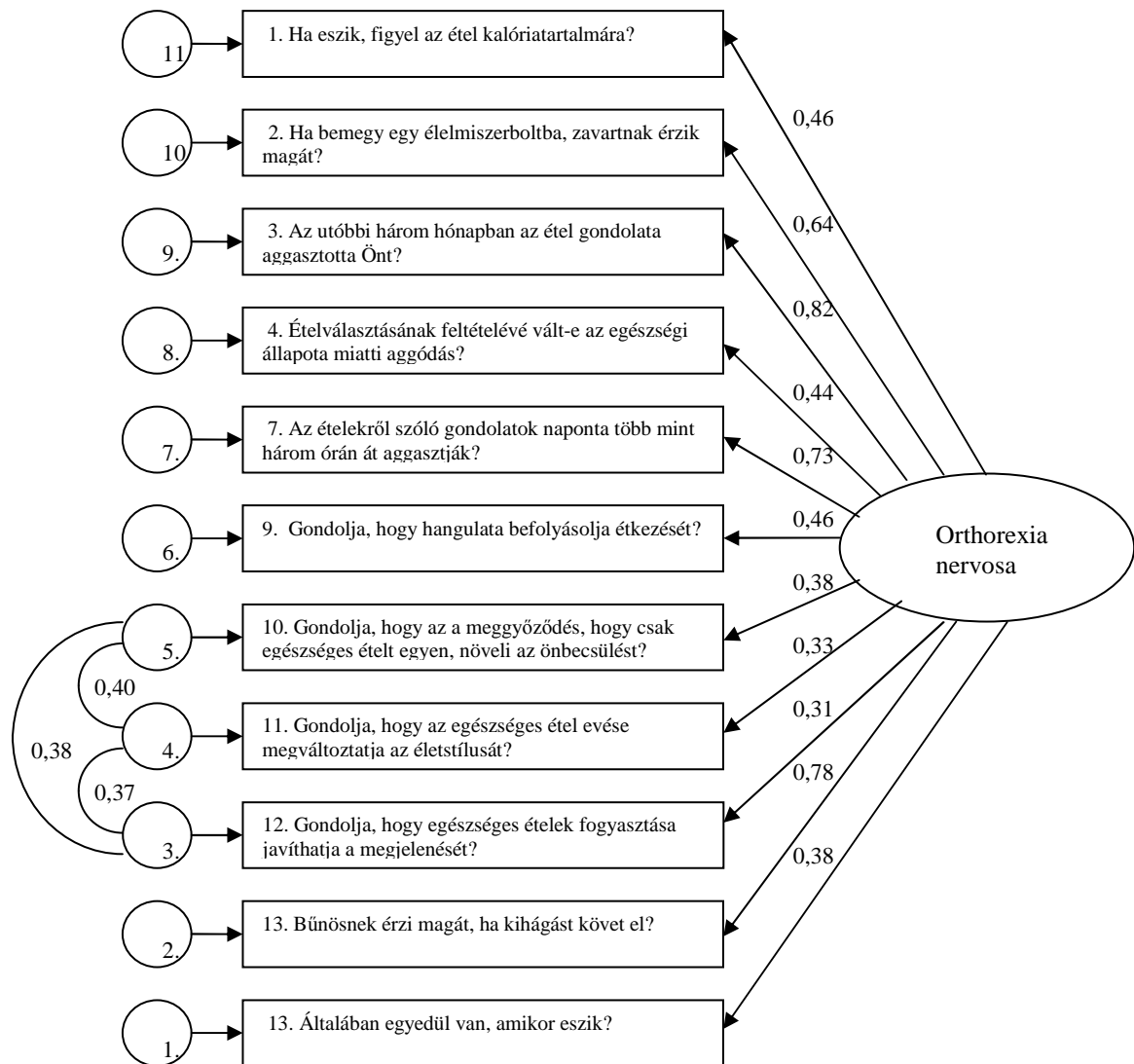
A második konfirmatív faktoranalitikus modell különösen alacsony item-total korrelációit és faktortöltéseit alapul véve az 5, 6, 8, 14-es itemek törlésre kerültek. A további CFA során vizsgáltuk az illeszkedés jóságát a rövidített verzió egyfaktoros struktúráján. Bár ez a megoldás jobb illeszkedési indexet adott ($\chi^2=530,8$; $p<0,001$; CMIN/DF=12.1; CFI=0.81; TLI=0.76; RMSEA=0.12; PCLOSE<0.001) a korábbi 2 modellel összehasonlítva, az indikátorok továbbra is elégtelenek maradtak. Emiatt a hibatagok kerültek elemzésre a modifikációs indexek segítségével.

A modifikációs indexek ≥ 50 cut-off kritériumát követve a hibatagok közötti 3 kovariancia került be a negyedik modellbe új egyfaktoros struktúrát hozva létre (3. ábra). A korreláló hibatagok a következő tételpárokhoz tartoztak (zárójelben a modifikációs mutatók): 10 és 11. tétel (116,5) 10 és 12. tétel (107.0), és a 11. és 12. tétel (96.4). A negyedik modell illeszkedési mutatói elfogadhatónak ($\chi^2=230,8$; $p<0,001$; CMIN/DF=5,63; CFI=0,92; TLI=0,90; RMSEA= 0,076; PCLOSE<0,001).

4. táblázat: Az ORTO-15 (orthorexiás hajlamot mérő skála) (Donini és mtsai, 2005) item analízisének eredményei magyar mintán (N=810)

	Átlag (SD)	Eredeti 15 tételes verzió			Végső, 11 tételes verzió		
		Korrigált item-total korreláció	Cronbach- alfa ha töröljük az elemeket	Standardizált faktortöltések (2. modell)	Korrigált item-total korreláció	Cronbach- alfa ha töröljük az elemeket	Standardizált faktortöltések (4. modell)
Tétel 1	2,09 (0,94)	0,47	0,76	0,48	0,43	0,81	0,46
Tétel 2	1,29 (0,63)	0,46	0,77	0,63	0,53	0,80	0,64
Tétel 3	1,76 (0,94)	0,57	0,75	0,80	0,65	0,79	0,82
Tétel 4	2,08 (0,88)	0,49	0,76	0,46	0,44	0,81	0,44
Tétel 5	2,71 (0,81)	0,11	0,79	0,04	–	–	–
Tétel 6	2,81 (0,73)	0,22	0,78	0,08	–	–	–
Tétel 7	1,42 (0,82)	0,51	0,76	0,71	0,58	0,80	0,73
Tétel 8	2,33 (0,66)	0,18	0,78	-0,07	–	–	–
Tétel 9	2,73 (0,86)	0,32	0,77	0,46	0,40	0,81	0,46
Tétel 10	2,24 (0,92)	0,52	0,76	0,43	0,48	0,81	0,38
Tétel 11	2,31 (0,94)	0,45	0,76	0,39	0,43	0,81	0,33
Tétel 12	2,96 (0,83)	0,45	0,76	0,37	0,42	0,81	0,31
Tétel 13	2,06 (0,97)	0,60	0,75	0,77	0,66	0,79	0,76
Tétel 14	3,11 (0,82)	0,10	0,79	0,07	–	–	–
Tétel 15	2,32 (0,62)	0,30	0,78	0,37	0,33	0,82	0,38

3. ábra. A magyar rövidített ORTO-11-Hu legjobban illeszkedő modellje



Az eredeti 15 tétel és a 11 ítemes verzió belső konzisztenciája megfelelőnek, illetve jónak mutatkozott (Cronbach's $\alpha=0,78$, illetve $0,82$). A mérőeszköz pszichometriai és validitás vizsgálatának eredményei Varga és mtsai (2014) When healthy eating is not healthy tanulmányban kerültek publikálásra.

4. 2. 2. Kritikus pontérték meghatározása

Korábban tettek kísérletet az ORTO-15 kérdőív cut-off pontjának meghatározására, azonban ennek helyessége kétséges. A határérték használata esetén igen magas prevalencia arányok mutatkoztak, amely megkérdőjelezi ennek helyességét. Az eredetileg Donini és munkatársai (2005) alapján megállapított 40-es cut-off pontszámot használva a jelen vizsgálati minta 74,2%-a (N=601) mutatkozott volna ON hajlamúnak, így ennek használatától eltekintettünk. Új határérték meghatározását tűztük ki célul.

Orthorexiára hajlamos csoport kialakítása

Az orthorexiára hajlamos csoport kialakítása az ON változó kialakításával történt. Az ON változó az ORTO-15 magyar adaptációja, az ORTO-11-Hu kérdőívet alapul véve jött létre. A változó két értéket vehet fel: 0-ás érték esetén nem mutatkozik ON hajlam, míg 1-es érték esetén az adott vizsgálati személy ON hajlammal rendelkezik.

Kiindulásként az ORTO-15 mérőeszközt került vizsgálatra, mikor is megmutatkozott, hogy a megfigyelt eloszlás logisztikus (khi-négyzet illeszkedésvizsgálat eredménye $p > 0,05$),¹ illetve a következő függvényekkel (F=eloszlás; f=sűrűségfüggvény) jellemezhető:

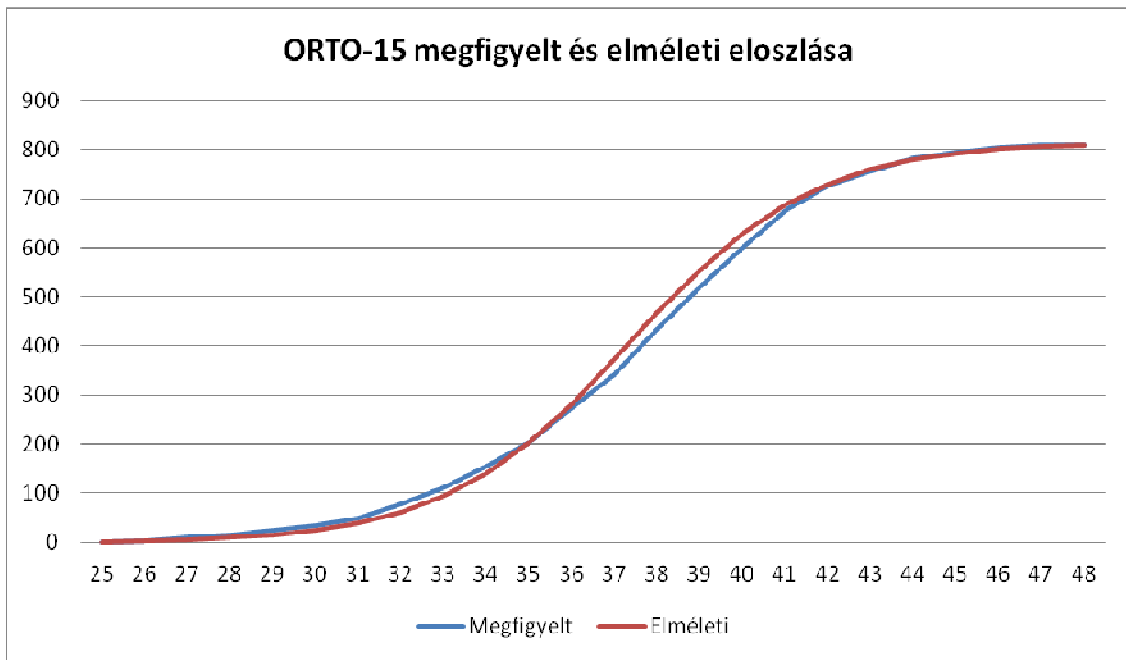
$$F(x, \mu, s) = \frac{1}{1 + e^{-\frac{x-\mu}{s}}}$$

$$f(x, \mu, s) = \frac{e^{-\frac{x-\mu}{s}}}{s \left(1 + e^{-\frac{x-\mu}{s}}\right)^2}$$

ahol μ az ORTO-15 átlaga, és s pedig az ORTO-15 szórásának $\sqrt{3\pi}$ szerese.

¹ p=0,096

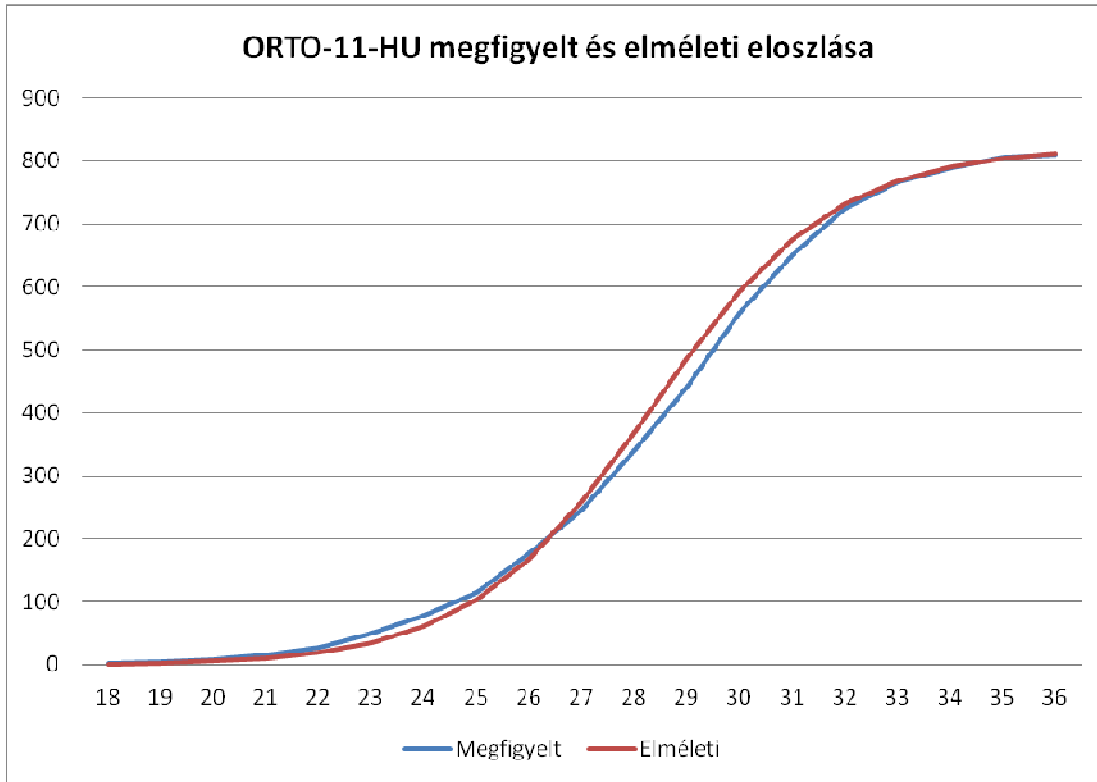
4. ábra: ORTO-15 megfigyelt és elméleti eloszlása (N=810)



A fenti ábra (4. ábra) alapján a vágópont a 35 pont környékére került, hiszen míg a 35 érték alatt a megfigyelt eloszlás inkább az elméleti eloszlás felett, addig 35 felett már inkább alatta futott, így megközelítőleg a 35-ös pontnál változott a megfigyelt eloszlás. A meghatározott pont körülbelül 25-75 arányban osztotta fel a mintánkat (25% ON hajlam).

A 15 tételből felépülő változó a korábbi leírás alapján 11-re csökkent. Ennek megfelelően az új skálán (amely 11-től 44-ig vehetett fel értékeket) a 35-ös vágópont helyett a 26-os vágópont adódott, ennek mentén került meghatározásra az ON hajlam határértéke (5. ábra). Az 26-os érték éppen az ORTO-11-Hu átlagától egy szórásnnyira lévő pontértékkel megegyezik ($28,83 \pm 3,15$), amely alátámasztja ennek a határértéknek a használatát, hiszen az ORTO-11 Hu változó eloszlása nem tér el nagymértékben a normális eloszlástól.

5. ábra: ORTO-15 megfigyelt és elméleti eloszlása (N=810)



4. 2. 3. Belső megbízhatóság és validitás vizsgálat

Mivel az ON nem diagnosztikai kategória, nem áll rendelkezésünkre jól definiált, pontos külső kritérium, amely alapján kialakíthatóvá válna ON hajlamú emberek csoportja. Így a külső validitási kritérium sem áll rendelkezésre a mérőeszköz és a megállapításra került határérték validitásának tesztelésére. A kutatás célja között szerepelt olyan szempontok tesztelése, amelyek egyféle külső kritériumként szerepelhetnek, de legalábbis függetlennek tekinthetők a mérőeszköz tételeitől. A 10 kérdésből álló listát a szakirodalomban leírtak alapján, elsősorban Bratman leírásaiból (Bratman 1997, Bratman és Knight 2000), illetve esettanulmányok alapján állítottuk össze.

Leíró statisztika és a szociodemográfiai tényezők szerepe

Az ORTO-11-Hu átlagértéke 28,83 (SD=3,15). (Ez az eredeti 15 tételes verzióval dolgozva 37,87 (SD=3,93) lett.) A meghatározásra került új határérték (26) alapján az ON hajlammal rendelkezők kategóriájába a minta 21,7%-a (n=176) tartozott, nemek szerinti bontásban 20,93% férfi és 21,82% nő bizonyult ON hajlamúnak. Nem mutatkoztak szignifikáns nemi különbségek az ORTO-11 pontszámot tekintve (nők vs. férfiak: n=724; 28,81±3,14 vs. n=86; 29,02±3,25).

Az ORTO-11-Hu pontszám és az életkor kapcsolatát vizsgálva gyenge, de szignifikáns korreláció mutatkozott (r=0,129, p<0.01), és nem mutatkozott szignifikáns összefüggés a BMI-vel összefüggésben.

Az orthorexia nervosa hajlammal kapcsolatba hozható kiegészítő tételek

Az eredmények megerősítették a kapcsolatot az ORTO-11-Hu pontszámok és a kiegészítő ON tételek között. Az ON hajlam szignifikánsan emelkedett volt a tételek többségénél, egyedül a szexualitással kapcsolatos tétel esetén nem mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között (5. táblázat).

Nemek szerinti bontásban a nők csoportjában mind a 10 tétel szignifikáns pozitív irányú együttjárást mutatott az ON hajlammal, míg a férfiak csoportjában ez egyedül a „Csak bioételeket fogyasztok” tétel esetén jelent meg (6. táblázat).

5. táblázat: A Mann-Whitney teszt eredménye, ORTO-11-Hu átlagok és szórások a kiegészítő orthorexiához kapcsolódó tételek alapján

	ORTO-11-Hu Átlag (SD)		Próba- statisztika Z (df=808)
	Egyetért	Nem ért egyet	
1. Csak bioételeket fogyasztok.	27,20 (3,14)	28,97 (3,11)	-4,193***
2. Mindig meghatározott időpontban eszem.	28,09 (3,28)	29,08 (3,06)	-3,702***
3. A szexualitás fontos szerepet játszik az életemben.	28,95 (3,14)	28,50 (3,16)	3,693+
4. A kövérséget a gyengeség jelének tartom.	28,08 (3,53)	29,39 (2,70)	-5,266***
5. Bizonyos színű ételeket kerülök.	27,69 (3,21)	28,95 (3,12)	-3,235***
6. Elítélem azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni vágyaikon.	28,26 (3,41)	29,07 (3,00)	-2,580**
7. Úgy gondolom, hogy a betegek többsége maga okolható betegségéért.	27,97 (3,31)	29,25 (2,98)	-5,428***
8. Mindig ugyanazokat az ételeket fogyasztom.	27,88 (3,58)	29,14 (2,93)	-4,177***
9. Elítélem azokat az embereket, akik nem tartják be az egészséges életmód szabályait.	27,60 (3,75)	29,08 (2,95)	-4,091***
10. Sok időt töltök azzal, hogy összeállítsam, amit eszem.	26,84 (3,50)	29,22 (2,92)	-7,135***
** p<0,01; *** p<0,001.			

6. táblázat: A Mann-Whitney teszt eredménye, ORTO-11-Hu átlagok és szórások a kiegészítő orthorexiához kapcsolódó tételek alapján nemek szerinti bontásban

		Férfi	Próba- statisztika	Nő	Próba- statisztika
		Átlag (SD)	Z	Átlag (SD)	Z
1. Csak bioételeket fogyasztok	inkább nem igaz	29,41 (3,11)	-2,579**	28,93 (3,11)	-3,458**
	inkább igaz	26,67 (3,20)		27,33 (3,15)	
2. Mindig meghatározott időpontban eszem.	inkább nem igaz	29,21 (3,49)	-1,204	29,07 (3,02)	-3,523***
	inkább igaz	28,54 (2,52)		28,04 (3,37)	
3. A szexualitás fontos szerepet játszik az életemben.	inkább nem igaz	29,38 (2,81)	-,303	28,44 (3,18)	-2,036*
	inkább igaz	28,96 (3,34)		28,95 (3,12)	
4. A kövérséget a gyengeség jelének érzem	inkább nem igaz	29,59 (2,75)	-1,634	29,37 (2,70)	-4,986***
	inkább igaz	28,27 (3,72)		28,07 (3,52)	
5. Bizonyos színű ételeket kerülök.	inkább nem igaz	29,15 (3,25)	-1,658	28,93 (3,11)	-2,876**
	inkább igaz	26,50 (2,38)		27,76 (3,26)	
6. Elítélem azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni a vágyaikon.	inkább nem igaz	29,02 (3,28)	-,187	29,08 (2,98)	-2,900**
	inkább igaz	29,03 (3,25)		28,15 (3,43)	
7. Úgy gondolom, hogy a betegek többsége maga okolható a betegségéért.	inkább nem igaz	29,48 (3,17)	-1,853+	29,23 (2,97)	-5,095***
	inkább igaz	28,25 (3,29)		27,94 (3,32)	
8. Mindig ugyanazokat az ételeket fogyasztom	inkább nem igaz	29,12 (3,17)	-,227	29,15 (2,90)	-4,354***
	inkább igaz	28,71 (3,54)		27,78 (3,58)	
9. Elítélem azokat az embereket, akik nem tartják be az egészséges életmód szabályait.	inkább nem igaz	29,07 (3,09)	-,151	29,09 (2,94)	-4,397***
	inkább igaz	28,77 (4,19)		27,49 (3,70)	
10. Sok időt töltök azzal, hogy összeállítsam, amit eszem.	inkább nem igaz	29,23 (3,11)	-1,598	29,22 (2,90)	-6,948***
	inkább igaz	27,00 (4,07)		26,83 (3,48)	

+- p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

A tíz tételből főkomponens elemzéssel két főkomponenst hoztunk létre (7. táblázat).

Önmegtartóztatás főkomponens

Étkezésre való fokozott figyelem főkomponens

1. Önmegtartóztatás főkomponens

A főkomponens a következő változókból jött létre: 4., 6., 7, 9. tételek

A hüvelykujj-szabályok teljesülése esetén a megőrzött információmennyiség: 53,31%.

2. Étkezésre való fokozott figyelem főkomponens

A főkomponens a következő tételekből jött létre: 1., 2., 10. tételek

A hüvelykujj-szabályok teljesülése esetén a megőrzött információmennyiség: 55,52%

7. táblázat: A kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdésekből alakult két főkomponens faktorsúlyai

Változók súlyai / faktorsúlyok	Komponens	Kommunalitás
1. főkomponens		
4. A kövérséget a gyengeség jelének tartom	0,711	0,505
6. Elítélem azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni vágyaikon	0,782	0,611
7. Úgy gondolom, hogy a betegek többsége maga okolható betegségéért	0,644	0,414
9. Elítélem azokat az embereket, akik nem tartják be az egészséges életmód szabályait	0,775	0,600
2. főkomponens		
1. Csak bioételeket fogyasztok	0,730	0,532
2. Mindig meghatározott időpontban eszem	0,758	0,574
10. Sok időt töltök azzal, hogy összeállítsam, amit eszem	0,747	0,558

A kimaradt három változó a következő volt: 3., 5., 8. tételek. „A szexualitás fontos szerepet játszik az életemben”, a „Bizonyos színű ételeket kerülök” és a „Mindig ugyanazokat az ételeket fogyasztom” tételek egyik kategóriába sem voltak besorolhatók, a későbbiekben ezekkel nem foglalkoztunk.

Mint látni fogjuk, a főkomponensek fontos szerepet kapnak a későbbiekben a regressziós modellekben.

4. 2. 4. Orthorexia nervosával kapcsolatos konstruktumok vizsgálata

Az orthorexia nervosa háttértényezői

A mérőeszköz magyar változatával az ON háttértényezőit vizsgáltuk, úgymint a demográfiai jellemzőket, ételválasztást, táplálékkiegészítő használatát, alkohol-, droghasználatot, dohányzást, illetve a vizsgálatban szerepelnek olyan ON specifikus kérdések, amelyek bár az ORTO-15 tesztnek nem részei, azonban az ON kritériumaiként szerepelnek a leírásokban (Bratman, 1997, Bratman és Knight, 2000). Ezek a kérdések egyfajta külső kritériumként jelennek meg, hiszen más külső kritérium felhasználására nem nyílt lehetőségünk. Feltételeztük, hogy az ON hajlam az egészséges ételválasztás mellett összefüggésben áll az egészségesebb életmóddal, úgymint az alkohol, drog és dohányzás elutasításával, illetve, hogy a táplálékkiegészítők fogyasztása, sporttevékenységek folytatása és a diétázás gyakorisága megnövekszik. Az ON-val kapcsolatos más konstruktumok vizsgálatával a mérőeszköz validitását támasztjuk alá.

Életmód jellemzők és káros szokások

A gyakrabban sportoló személyek magasabb ON hajlamot mutattak azokkal összehasonlítva, akik egyáltalán nem sportoltak. Nem volt szignifikáns összefüggés a dohányzás, a szerhasználat, a koffeinbevitel, a gyógyszerek és más táplálékkiegészítők szedése és az ON hajlam között. Az absztinens személyek között magasabb volt az ON hajlam aránya azokkal összehasonlítva, akik havi vagy heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt. A diétázók körében szintén magasabb volt az ON hajlam aránya. Szintén magasabb ON hajlammal rendelkeztek azok, akik hozzátartozóikat és barátait megpróbálták meggyőzni, hogy az általuk egészségesnek vélt diétát kövessék (8. táblázat).

Ételválasztás

A teljes kiőrlésű gabonát magasabb gyakorisággal fogyasztók szignifikánsan magasabb ON hajlamról számoltak be a teljes kiőrlésű gabonát kevésbé gyakran fogyasztókkal összehasonlítva. A fehér pékáru tekintetében éppen fordított összefüggés mutatkozott. A magasabb gyakorisággal finomított gabonát fogyasztók alacsonyabb ON hajlamot mutattak. Az ON hajlam magyabb volt azok körében, akik gyakrabban fogyasztanak

gyümölcsöt és zöldséget. A rendszeres biobolt-látogatók szintén magasabb ON hajlammal rendelkeztek (9. táblázat).

Ezek az eredmények az ORTO-11-Hu mérőeszköz validitását támasztják alá.

8. táblázat: A Mann-Whitney teszt és Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, az életmódhoz kapcsolódó jellemzők és kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdések átlag- és szórásértékei

	ORTO-11-Hu pontszám						Próba- statisztika Kruskal-Wallis teszt
	Átlag (SD)						
	Soha	Ritkán Alkalom- szerűen	Havonata	Hetente	Többször egy héten	Naponta	
Alkohol- fogyasztás	28,10 (3,68)	28,49 (2,97)	29,18 (3,01)	29,14 (3,18)	29,47 (3,60)	28,80 (1,30)	χ^2 (df)=13,016 *
Koffein- fogyasztás	28,34 (3,34)	28,56 (3,03)	28,36 (2,81)	28,83 (2,98)	28,77 (2,98)	29,14 (3,16)	χ^2 (df)=9,884+
	Igen	Nem, már Abba- hagytam	Soha				
Dohányzás	29,05 (3,28)	28,90 (3,01)	28,72 (3,15)				χ^2 (df)=1,934
	Rendsze- resen, Versenyszerűe n	Rendsze- resen, Hobbi- szerűen	Alkalom- szerűen	Nem			
Sport aktivitás	29,00 (2,73)	28,27 (3,28)	28,97 (3,02)	29,37 (3,11)			χ^2 (df)=17,083** *
	Nagyon	Közepese n	Egyáltalán nem				
Mások hatása a diétázási szokásokra	28,36 (3,15)	29,10 (3,09)	28,57 (3,26)				χ^2 (df)=8,158*
	Átlag (SD)						Mann-Whitney teszt
	Igen	Nem					
Gyógyszer- fogyasztás	29,02 (3,52)	28,77 (3,03)					Z(df)=-1,676+
Táplálék- kiegészítő- használat	28,67 (3,20)	28,95 (3,15)					Z(df)=-1,306
Speciális diéta	27,86 (3,38)	29,07 (3,04)					Z(df)=- 4,175***
Mások meggyőzése a saját maguk által követett diétáról	28,55 (3,13)	29,19 (3,13)					Z(df)=- 3,036***

+ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

9. táblázat: A Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, a fogyasztott ételfélékhez kapcsolódó jellemzők átlag- és szórásértékei

	ORTO-11-Hu pontszám Átlag (SD)						Próba- statisztika
	Ritkán vagy soha	Havonta	Hetente	Többször egy héten	Naponta	Naponta többször	χ^2 (df)
Finom kiőrlésű pékáru	27,63 (3,26)		28,75 (3,13)		29,09 (3,08)		17,411***
Teljes kiőrlésű pékáru	28,94 (3,19)		29,12 (2,81)		28,28 (3,45)		8,206*
Zöldségek	31,22 (1,98)	28,77 (3,35)	29,21 (2,95)	28,95 (3,08)	28,78 (3,08)	28,46 (3,35)	9,407+
Gyümölcsök	29,35 (3,79)	28,97 (3,06)	29,35 (2,88)	29,07 (2,81)	28,87 (3,28)	28,29 (3,31)	9,486+
	Igen, rendszeresen	Igen, alkalman- ként	Nem				
Bioboltban való vásárlás	27,86 (3,13)	28,56 (3,40)	29,10 (2,95)				9,325**

+ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

Életmód és ételválasztás nemek szerinti bontásban

Nemek szerinti bontásban a nők között szignifikánsan gyakoribb volt a teljes kiőrlésű gabona fogyasztása és ritkább a finom lisztből készült termékek fogyasztása a fokozott ON hajlammal rendelkező csoportban az ON hajlammal nem rendelkező nőkhöz képest. A férfiak csoportjában pedig a fokozott ON hajlammal rendelkező férfiak csoportjában szignifikánsan magasabb volt a naponta gyümölcsöt fogyasztók aránya, mint az ON hajlammal nem rendelkezők csoportjában (10. táblázat).

Nemek szerinti bontásban a nők csoportjában szignifikánsan magasabb volt a fokozott ON hajlammal rendelkezők között a rendszeresen sportolók, a valamilyen speciális diétát követők, illetve azon személyek aránya, akik családtagjaikat, barátaikat az általuk követett táplálkozás helyességéről kívánják meggyőzni, az ON hajlammal nem rendelkező nőkkel összehasonlítva (11. táblázat).

10. táblázat: A Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, a fogyasztott ételfélékhez kapcsolódó jellemzők átlag- és szórásértékei nemek szerinti bontásban

		Férfi (N=86)		Próba- statisztika	Nő (N=724)		Próba- statisztika
		Nincs ON hajlam (N=68) N%	Fokozott ON hajlam (N=18) N%	χ^2 (df)	Nincs ON hajlam (N=566) N%	Fokozott ON hajlam (N=158) N%	χ^2 (df)
Teljes kiórlésű gabona	Naponta	12 17,65%	4 22,22%	2,051(2)	147 25,97%	57 36,08%	6,964(2)*
	Hetente	17 25%	7 38,89%		224 39,58%	49 31,01%	
	Havonta vagy ritkábban	39 57,35%	7 38,89%		195 34,45%	52 32,91%	
Finom lisztből készült	Naponta	58 85,29%	13 72,22%	1,689(2)	350 61,84%	83 52,53%	10,424(2)* *
	Hetente	8 11,76%	4 22,22%		155 27,39%	43 27,22%	
	Havonta vagy ritkábban	2 2,94%	1 5,56%		61 10,78%	32 20,25%	
Zöldség	Naponta	24 35,29%	10 15,38%	3,231(2)	289 51,06%	85 53,80%	3,100(2)
	Hetente	31 45,59%	7 10,29%		228 40,28%	66 41,77%	
	Havonta vagy ritkábban	13 19,12%	1 5,56%		49 8,66%	7 4,43%	
Gyümöl cs	Naponta	26 38,24%	12 66,67%	7,570(2)*	329 58,13%	104 65,82%	3,054(2)
	Hetente	36 52,94%	3 16,67%		196 34,63	45 28,48%	
	Havonta vagy ritkábban	6 8,82%	3 16,67%		41 7,24%	9 5,70%	

+ - p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

11. táblázat: A Mann-Whitney teszt és Kruskal-Wallis teszt eredményeinek összegzése, az életmódhoz kapcsolódó jellemzők és kiegészítő orthorexiához kapcsolódó kérdések átlag- és szórás értékei nemek szerinti bontásban

		Férfi (N=86)		Próba- statisztika	Nő (N=724)		Próba- statisztika
		Nincs On hajlam (N=68) N%	Fokozott ON hajlam (N=18) N%	χ^2 (df)	Nincs ON hajlam (N=566) N%	Fokozott ON hajlam (N=158) N%	χ^2 (df)
Sport tevékenység	Rend- szeresen	22 32,35%	11 61,11%	5,040(2)+	195 34,45%	73 46,20%	8,923(2)*
	Alkalom szerűen	29 42,65%	4 22,22%		224 39,58%	58 36,71%	
	Nem	17 25%	3 16,67%		147 25,97%	27 17,09%	
Dohányzás	Igen	20 29,41%	3 16,67%	1,277(2)	119 21,02%	31 19,62%	0,253(2)
	Már le- szoktam	11 16,18%	4 22,22%		119 21,02%	32 20,25%	
	Soha	37 54,41%	11 61,11%		328 35,95%	95 60,13%	
Alkohol- fogyasztás	Soha	4 5,88%	1 5,56%	0,870(5)	51 9,01%	22 13,92%	7,969(5)
	Nagyon ritkán	17 25%	6 33,33%		209 36,93%	67 42,41%	
	Havonta 1-2-szer	18 26,47%	5 27,78%		170 30,04%	35 22,15%	
	Hetente egyszer	19 27,94%	4 22,22%		103 18,20%	26 16,46%	
	Hetente többször	9 13,24%	2 11,11%		29 5,12%	8 5,06%	
	Naponta	1 1,47%	0		4 0,71%	0	
	Koffeines kávé fogyasztása	Soha	13 19,12%		4 22,22%	4,720(5)	
Nagyon ritkán	13 19,12%	1 5,56%	84 14,84%	24 15,19%			

	Havonta	3	0		25	8	
	1-2-szer	4,41%			4,42%	5,06%	
	Hetente egyszer	2	1		33	7	
		2,94%	5,56%		5,83%	4,43%	
	Hetente többször	9	1		71	20	
		13,24%	5,56%		12,54%	12,66%	
	Naponta	28	11		269	73	
		41,18%	61,11%		47,53%	46,20%	
Gyógyszer-fogyasztás	Igen	13	4	0,860(1)	123	40	0,910(1)
		19,12%	22,22%		21,73%	25,32%	
	Nem	55	14		443	118	
		80,88%	77,78%		78,27%	74,68%	
Vitamin és táplálék-kiegészítő fogyasztása	Igen	26	9	0,816(1)	244	80	2,828(1)+
		38,24%	50%		43,11%	50,63%	
	Nem	42	9		322	78	
		61,76%	50%		56,89%	49,37%	
Speciális diéta	Igen	9	5	2,208(1)	96	50	16,544(1)*
		13,24%	27,78%		16,96%	31,65%	**
	Nem	59	13		470	108	
		86,76%	72,22%		83,04%	68,35%	
Mások meggyőzése	Igen	26	11	3,038(1)+	316	103	4,438(1)*
		38,24%	61,11%		55,83%	65,19%	
	Nem	42	7		250	55	
		61,76%	38,89%		44,17%	34,81%	

+ - p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

4. 3. Az orthorexia nervosa hajlam korrelátumai és magyarázó változói

Az ORTO-11-HU és az EDI alskáláinak kapcsolata

A következő táblázat az ORTO-11-Hu változó) és az EDI alskáláinak (Karcúság iránti késztetés, Bulimia, Testi elégedetlenség, Elégtelenség érzése, Perfekcionizmus, Interperszonális bizalmatlanság, Interoceptív tudatosság, Félelem a felnőtté válástól) kapcsolatát mutatja. Az ON hajlam gyenge, pozitív irányú korrelációt mutat az EDI négy alskálájával: a Karcúság iránti késztetés, a Bulimia, Elégtelenség érzése, az Interoceptív tudatosság. A további alskálák esetén elhanyagolható az együttjárás erőssége, annak ellenére, hogy szignifikáns a kapcsolat (12. táblázat).

12. táblázat: Az ORTO-11-Hu és az egyes Evési Zavar Kérdőív alskálák közötti korreláció (n=810)

Változók	R
Karcúság iránti késztetés	-0,30**
Bulimia	-0,23**
Testi elégedetlenség	-0,17**
Elégtelenség érzése	-0,21**
Perfekcionizmus	-0,17**
Interperszonális bizalmatlanság	-0,10**
Interoceptív tudatosság	-0,25**
Félelem a felnőtté válástól	-0,16**

** - $p < 0,01$

Nemek szerinti bontásban látható, hogy míg a nők csoportjában az ORTO-11-Hu és az EDI alskálák pontszámainak együttjárása megjelenik, addig a férfiak csoportjában csak a karcúság iránti késztetés és a perfekcionizmus alskála esetén mutatkozik meg, a magasabb ON hajlam szignifikánsan magasabb karcúság iránti késztetéssel és magasabb perfekcionizmussal áll összefüggésben (13. táblázat).

13. táblázat: Az ORTO-11-Hu és az egyes Evési Zavar Kérdőív alskálák közötti korreláció nemek szerint

Változók	R	
	Férfi (n=86)	Nő (n=724)
Karcsúság iránti készlettség	-,224*	-,316***
Bulimia	-,017	-,244***
Testi elégedetlenség	-,019	-,180***
Elégtelenség érzése	-,050	-,221***
Perfekcionizmus	-,456**	-,138***
Interperszonális bizalmatlanság	,021	-,117***
Interoceptív tudatosság	-,220*	-,258***
Félelem a felnőtté válástól	-,082	-,170***
* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$		

Az ORTO-11-HU és az Maudsley féle Kényszer Kérdőív alskáláinak kapcsolata

Az ON változó gyengén korrelált az „Ellenőrizgetés” és az „Aggályoskodás, rágódás, örlődés” alskálával. A maradék alskálákkal való kapcsolata elhanyagolhatónak bizonyult (14. táblázat).

Az ORTO-11-Hu változó a MOCI alskálákkal csak a nők esetén mutatott szignifikáns együttjárást. A fokozott ON hajlam szignifikánsan több kényszeres jellemzővel járt együtt mind a négy alskálán (15. táblázat).

14. táblázat: Az ORTO-11-HU és az egyes MOCI alskálák közötti korreláció (n=810)

Változók	R
Ellenőrizgetés	-0,24**
Tisztogatás, mosakodás	-0,14**
Ismételgetés, lassúság	-0,16**
Aggályoskodás, rágódás, örlődés	-0,26**

** - $p < 0,01$

15. táblázat: Az ORTO-11-HU és az egyes Maudsley Kényszer Kérdőív alskálák közötti korreláció nemek szerinti csoportban

Változók	R	
	Férfi (n=86)	Nő (N=724)
Ellenőrizgetés	-,065	-,255^{***}
Tisztogatás, mosakodás	-,138	-,141^{***}
Ismételgetés, lassúság	-,108	-,168^{***}
Aggályoskodás, rágódás, őrlődés	-,207	-,262^{***}
*** p<0,001; ** p<0,01		

Két csoportot hoztunk létre az új határérték (cut-off point=26) mentén. Az ON hajlammal rendelkező és nem rendelkező csoportban nem mutatkozott szignifikáns eltérés a szociodemográfiai és antropometriai jellemzők mentén. A nők 21,82%-a, a férfiak 20,93%-a esetén mutatkozott fokozott ON hajlam. Nemek szerinti bontásban a két csoportban csak a BMI tekintetében mutatkozott szignifikáns különbség az ON hajlammal nem rendelkezők csoportjában (16-17. táblázat).

Az Evési Zavar Kérdőív, a Maudsley Kényszer Kérdőív, valamint a Beck-féle Depresszió Kérdőív alapján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között. Az ON hajlammal rendelkező személyek szignifikánsan magasabb evészavar hajlammal, több kényszeres jellemzővel, illetve intenzívebb depressziós tünetekkel rendelkeztek, mint az ON hajlammal nem rendelkezők, a hatás mértéke közepesnek mutatkozott, az Evési Zavar Kérdőív esetén ez a hatás jóval emelkedettebb. Az EDI alskáláit tekintve minden esetben szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között, közepesen nagy hatás a Karcsúság iránti készletetés, a Bulimia, az Elégtelenség érzése és az Interoceptív tudatosság alskálák esetén mutatkozott. Ugyanígy a két csoport között fennálló szignifikáns különbség a MOCI mindegyik alskálája esetén megjelent. Az Ellenőrzés és az Aggályoskodás magasabb volt az ON hajlammal rendelkezők körében, a hatás közepes mértékűnek bizonyult. A Mann-Whitney próba ugyanazon eredményekre vezetett, mint a kétmintás t-próba, így ez utóbbiakat mutatjuk be (18.-19.-20. Táblázat).

16. táblázat: A minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén

		Teljes minta (n=810)	Nincs ON hajlam (n=634)	Fokozott ON hajlam (n=176)	Próba-statisztika (df)	Kapcsolat erőssége/ hatásosság
Életkor (év), átlag (SD)		30,5 (10,37)	30,8 (10,58)	29,3 (9,52)	t=1,792 ⁺ (808)	0,15
BMI (kg/m²), átlag (SD)		23,2 (4,90)	23,1 (4,82)	23,4 (5,17)	t=-0,676 (808)	-0,06
Iskolai végzettség n(%)	Nem Diplomás	466 (57,5%)	354 (55,8%)	112 (63,6%)	$\chi^2=3,431^+$ (1)	CV=0,07
	Diplomás	344 (42,5%)	280 (44,2%)	64 (36,4%)		
Lakóhely n(%)	Budapest	355 (43,8%)	272 (42,9%)	83 (47,2%)	$\chi^2=5,292$ (3)	CV=0,08
	Megyeszékhely	158 (19,5%)	132 (20,8%)	26 (14,8%)		
	Város	196 (24,2%)	147 (23,2%)	49 (27,8%)		
	Község	101 (12,5%)	83 (13,1%)	18 (10,2%)		
Nem n(%)	Férfiak	86 (10,6%)	68 (10,7%)	18 (10,2%)	$\chi^2=0,036$ (1)	CV=0,01
	Nők	724 (89,4%)	566 (89,3%)	158 (89,8%)		
BMI kategória (WHO, 2000) n(%)	Alultáplált (<18,5)	71 (8,8%)	48 (7,6%)	23 (13,1%)	$\chi^2=7,236^+$ (3)	CV=0,10
	Normális súlyú (18,5–24,9)	540 (66,7%)	435 (68,6%)	105 (59,7%)		
	Túlsúlyos (25,0–29,9)	129 (15,9%)	99 (15,6%)	30 (17%)		
	Elhízott ($\geq 30,0$)	70 (8,6%)	52 (8,2%)	18 (10,2%)		
Megjegyzés: C-d: Cohen-d; CV: Cramer's V; ^c – a variancia nem volt egyenlő; +- p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001						

17. táblázat: Orthorexiás hajlam demográfiai és antropometriai jellemzők nemek szerint

ON hajlam				Próba statisztika (df)			Próba statisztika (df)
		Nincs ON hajlam			Fokozott ON hajlam		
		Férfi (n=68)	Nő (n=566)		Férfi (n=18)	Nő (n=158)	
		Átlag (SD)	Átlag (SD)		Átlag (SD)	Átlag (SD)	
Életkor		31,59 (12,11)	30,76 (10,39)	t=0,610 (632)	31,11 (10,20)	29,06 (9,45)	t=0,867 (174)
Lakóhely	Budapest N; N%	21 30,88%	251 44,35%	$\chi^2=4,641$ (3)	8 44,44%	75 47,47%	$\chi^2=3,010$ (3)
	Megyeszékhely N; N%	18 26,47%	114 20,14%		3 16,67%	23 14,56%	
	Város N; N%	18 26,47%	129 22,79%		7 38,89%	42 26,58%	
	Község N; N%	11 16,17%	72 12,72%		0 0,0%	18 11,39%	
	Diplomás N; N%	36 52,94%	318 56,18%		$\chi^2=0,259$ (1)	13 72,22%	
Iskolai végzettség	Nem diplomás N; N%	32 47,06%	248 43,82%	5 27,78%		59 37,34%	
BMI kategóriák	Normális testsúly N; N%	37 54,41%	398 70,32%	$\chi^2=20,827$ (3)***	10 55,56%	95 60,13%	$\chi^2=5,813$ (3)
	Elhízott N; N%	8 11,76%	44 7,77%		2 11,11%	16 10,13%	

Megjegyzés: C-d: Cohen-d; CV: Cramer's V; ^c – a variancia nem volt egyenlő; +- p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

18. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív)

	Teljes minta (n=810)		Nincs ON hajlam (n=634)	Fokozott ON hajlamúak (n=176)	Kapcsolat erőssége/ hatásosság	
	Átlag (SD)	Cronbach-alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^b	Cohen-d
EDI	29,6 (26,18)	-	25,6 (21,69)	43,9 (34,7)	-5,975 ^{c****}	-0,73
MOCI	7,5 (4,77)	-	6,9 (4,35)	9,6 (5,55)	-6,637 ^{c****}	-0,58
BDI	13,4 (4,6)	0,874 (9)	12,8 (4,07)	15,4 (5,71)	-5,544 ^{c****}	-0,57

^a – átkódolatlan verzió; ^b – df=808; ^c – a variancia nem volt egyenlő; *** - p < 0,001

19. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Evési Zavar Kérdőív alskálák)

	Teljes minta (n=810)		Nincs ON hajlam (n=634)	Fokozott ON hajlam (n=176)	Próba- statisztika	Kapcsolat erőssége/ hatásosság
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^{b,c}	Cohen-d
Karcúság iránti készletés	3,6 (5,13)	0,891 (7)	2,8 (4,21)	6,5 (6,83)	-6,851***	-0,76
Bulimia	1,3 (3,12)	0,888 (7)	0,9 (2,37)	2,5 (4,79)	-4,193***	-0,51
Testi elégedetlenség	7,3 (7,29)	0,895 (9)	6,6 (6,73)	9,9 (8,54)	-4,786***	-0,47
Elégtelenség érzése	3,5 (4,71)	0,844 (10)	2,9 (4,1)	5,6 (6,03)	-5,489***	-0,58
Perfekcionizmus	5,2 (4,67)	0,834 (6)	4,8 (4,29)	6,6 (5,61)	-4,038***	-0,40
Interperszonális bizalmatlanság	2,1 (3,11)	0,786 (7)	1,9 (2,96)	2,7 (3,52)	-2,848**	-0,27
Interoceptív tudatosság	2,3 (4,08)	0,842 (10)	1,8 (3,27)	4,3 (5,79)	-5,491***	-0,63
Félelem a felnőtté válástól	4,3 (4,27)	0,751 (8)	3,9 (3,88)	5,8 (5,19)	-4,402***	-0,44

^b – df=808; ^c – a varianciák sehol sem voltak egyenlők; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

20. táblázat: A minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (Maudsley Kényszer Kérdőív alskálák)

	Teljes minta (n=810)		Nincs ON hajlam (n=634)	Fokozott ON hajlam (n=176)	Próba- statisztika	Kapcsolat erőssége/ hatásosság
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^{b,c}	Cohen-d
Ellenőrzés	1,7 (1,85)	0,701 (9)	1,5 (1,67)	2,5 (2,25)	-5,394***	-0,54
Tisztaság	2,4 (2,12)	0,670 (11)	2,2 (2,04)	2,9 (2,32)	-3,406***	-0,31
Ismétlés	1,2 (1,18)	0,445 (6)	1,1 (1,15)	1,5 (1,26)	-4,109***	-0,37
Aggályos- kodás,aggódás	3,1 (1,71)	0,547 (8)	2,9 (1,57)	3,9 (1,97)	-6,179***	-0,60
^b – df=808; ^c – a varianciák sehol sem voltak egyenlők; *** - p < 0,001						

Nemek szerinti bontásban a férfiak csoportjában az ON hajlammal rendelkezők szignifikánsan magasabb MOCI pontszámmal rendelkeztek, alskálát tekintve az Aggályoskodás, őrlődés alskálához tartozó kényszeres jellemzőik voltak fokozottabbak és szignifikánsan magasabb perfekcionizmussal voltak jellemezhetőek az ON hajlammal nem rendelkező férfiakhoz képest. Az ON hajlammal rendelkező nők ezzel szemben szignifikánsan fokozottabb depresszió, kényszeresség és evészavar tüneteket mutattak (ez a MOCI és az EDI alskálák mindegyikén megnyilvánult) (21. táblázat).

21. táblázat: Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív alszálák és Beck Depresszió Kérdőív átlag és szórás eredményei orthorexiás hajlam szerinti csoportokban nemek szerinti bontásban

		Férfi					Nő					
		N	Átlag (SD)	Próba-statisztika			N	Átlag (SD)	Próba-statisztika			
				F	sig	t (df=84)			F	sig	t	df
MOCI	Nincs ON hajlam	68	5,85 (4,18)	,446	,506	-2,124*	566	7,04 (4,36)	22,655	,000	-5,645 ^{c***}	212,429
	Fokozott ON hajlam	18	8,28 (4,76)				158	9,77 (5,63)				
EDI	Nincs ON hajlam	68	19,65 (13,48)	1,119	,293	-1,582	566	26,30 (22,38)	69,545	,000	-6,591 ^{c***}	193,187
	Fokozott ON hajlam	18	25,94 (19,96)				158	45,90 (35,47)				
BDI	Nincs ON hajlam	68	12,53 (3,83)	,556	,458	,079	566	12,86 (4,10)	39,609	,000	-5,852 ^{c***}	204,207
	Fokozott ON hajlam	18	12,44 (4,84)				158	15,71 (5,72)				
Karcúság iránti készletés	Nincs ON hajlam	68	0,81 (1,45)	2,837	,096	-1,499	566	3,03 (4,37)	130,135	,000	-6,948 ^{c***}	192,942
	Fokozott ON hajlam	18	1,44 (2,09)				158	7,08 (6,94)				
Bulimia	Nincs ON hajlam	68	0,49 (1,26)	,006	,936	-,044	566	0,96 (2,46)	115,594	,000	-4,236 ^{c***}	178,826
	Fokozott ON hajlam	18	0,50 (1,25)				158	2,70 (4,99)				
Testi elégedetlenség	Nincs ON hajlam	68	3,74 (4,20)	2,531	,115	-,036	566	6,93 (6,90)	19,585	,000	-4,993 ^{c***}	217,201
	Fokozott ON hajlam	18	3,78 (5,52)				158	10,63 (8,55)				
Elégtelenség érzése	Nincs ON hajlam	68	2,88 (3,46)	,763	,385	-,007	566	2,92 (4,17)	36,770	,000	-5,719 ^{c***}	199,642
	Fokozott ON hajlam	18	2,89				158	5,87				

	hajlam		(4,71)					(6,10)				
Perfekcionizmus	Nincs ON hajlam	68	3,71 (3,12)	1,321	,254	-4,500***	566	4,91 (4,39)	34,292	,000	-3,229^{c**}	210,170
	Fokozott ON hajlam	18	7,61 (3,84)				158	6,51 (5,78)				
Interperszonális bizalmatlanság	Nincs ON hajlam	68	2,87 (3,78)	3,914	,051	,781	566	1,78 (2,83)	17,430	,000	-3,292^{c**}	214,891
	Fokozott ON hajlam	18	2,11 (3,10)				158	2,79 (3,57)				
Interoceptív tudatosság	Nincs ON hajlam	68	1,24 (1,91)	2,947	,090	-1,937	566	1,86 (3,39)	76,433	,000	-5,334^{c***}	185,854
	Fokozott ON hajlam	18	2,33 (2,87)				158	4,51 (6,00)				
Félelem a felnőtté válástól	Nincs ON hajlam	68	3,93 (3,37)	1,194	,278	-1,402	566	3,90 (3,94)	18,674	,000	-4,232^{c***}	208,399
	Fokozott ON hajlam	18	5,28 (4,53)				158	5,80 (5,27)				
Ellenőriztetés	Nincs ON hajlam	68	1,34 (1,64)	,299	,586	-1,247	566	1,52 (1,67)	38,743	,000	-5,271^{c***}	205,570
	Fokozott ON hajlam	18	1,89 (1,78)				158	2,55 (2,30)				
Tisztogatás, mosakodás	Nincs ON hajlam	68	1,50 (1,61)	,007	,935	-1,691	566	2,32 (2,07)	4,355	,037	-3,095^{c**}	227,450
	Fokozott ON hajlam	18	2,22 (1,63)				158	2,96 (2,38)				
Ismételgetés, lassúság	Nincs ON hajlam	68	0,87 (1,01)	1,911	,171	-1,258	566	1,10 (1,16)	4,581	,033	-3,951^{c***}	237,092
	Fokozott ON hajlam	18	1,22 (1,26)				158	1,54 (1,25)				
Aggályoskodás, rágódás, örlődés	Nincs ON hajlam	68	2,75 (1,77)	,662	,418	-2,204*	566	2,91 (1,54)	28,062	,000	-5,757^{c***}	211,625
	Fokozott ON hajlam	18	3,78 (1,70)				158	3,91 (2,01)				

^c – a variancia nem volt egyenlő; +- p<0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

Miután láttuk, hogy ORTO-11-HU alapján ON hajlamot mutató csoportban mind az evészavar, mind a kényszeresség, illetve a depresszió is jelentősen magasabb, mint a másik csoportban. A nemek között különbség mutatkozott, míg nőknél minden változó esetén szignifikáns különbség mutatkozott, addig a férfiak csoportjában a kognitív kényszeres tünetek, illetve a szintén kényszeres jellegű evészavar jellemző a perfekcionizmus mutatott szignifikáns eltérést.

A továbbiakban pontosítás miatt több változós elemzést alkalmaztunk, hogy megállapítsuk, melyek azok a tényezők, amelyek meghatározóak lehetnek az ON hajlam hátterében.

ORTO-11-HU-ra illesztett többváltozós hierarchikus lineáris modell

A hierarchikus modell első részében a „Volt-e valaha evészavara?” változó, a BMI referenciatartományaihoz kapcsolódó kategóriákat, az egészségügyi hivatásváltozókat vontuk be, a nem, az iskolai végzettség és az életkor változók mellett. Az alacsonyabb életkor, a korábbi evészavar megléte, az elhízás szignifikáns magyarázó tényezőnek adódott.

A második modellbe bevonva az EDI, MOCI és BDI változókat, az elhízás szerepe eltűnt, és az evészavaros, illetve kényszeres tünetek váltak a magasabb ON hajlam magyarázó tényezőivé (22. táblázat).

Miután az EDI és a MOCI változók is magyarázó tényezőkként mutatkoztak az ON hajlam (alacsonyabb ORTO-11-HU pontszám) magyarázatára ezek alsókálái is bevonásra kerültek.

A modell alapján kiderült, hogy az EDI és MOCI skálák magyarázó szerepét, egy-egy alsókála magyarázó ereje határozta meg. Az EDI skála esetén a karcsúság iránti készletesség, illetve a testtel való elégedetlenség, a MOCI esetén pedig az ellenőrizgetés és aggályoskodás alsókálák. Az alsókálák bevonásával a BDI hatása is szignifikánssá vált (23. táblázat).

22. táblázat: Többváltozós hierarchikus regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára (n=810)

1. modell						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	T	p
Nem		0,11	0,36	0,01	,311	0,756
Iskolai végzettség		0,17	0,27	0,03	,641	0,522
Kor		0,04	0,01	0,13	3,066	0,002**
Volt-e evészavara?		-1,38	0,27	-0,18	-5,042	0,000***
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,72	0,39	-0,06	-1,840	0,066 ⁺
	BMI (túlsúlyos)	-0,02	0,31	0,00	-,056	0,956
	BMI (elhízott)	-0,97	0,41	-0,09	-2,393	0,017*
Egészségügyi dolgozó		-0,29	0,26	-0,04	-1,107	0,269
Korrigált R²		5,5%				
<i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a Volt-e evészavara? szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemeltem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i>						
2. modell						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	T	p
Nem		0,35	0,35	0,03	1,006	0,315
Iskolai végzettség		-0,10	0,26	-0,02	-,367	0,714
Kor		0,03	0,01	0,10	2,375	0,018*
Volt-e evészavara?		-0,70	0,29	-0,09	-2,432	0,015*
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,71	0,38	-0,06	-1,859	0,063 ⁺
	BMI (túlsúlyos)	0,23	0,31	0,03	,752	0,452
	BMI (elhízott)	-0,64	0,40	-0,06	-1,591	0,112
Egészségügyi dolgozó		-0,39	0,26	-0,06	-1,543	0,123
BDI		-0,03	0,03	-0,04	-,910	0,363
MOCI		-0,09	0,03	-0,13	-3,377	0,001***
EDI		-0,02	0,01	-0,17	-3,817	0,000***
Korrigált R²		12%				

23. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára (n=810)

Magyarázó változók		B	SD	Beta	t	p
Nem		0,54	0,36	0,05	34,434	0,129
Iskolai végzettség		-0,07	0,26	-0,01	1,519	0,783
Kor		0,03	0,01	0,10	-0,276	0,012*
Volt-e evészavara?		-0,55	0,29	-0,07	2,504	0,054 ⁺
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,69	0,38	-0,06	-1,821	0,069 ⁺
	BMI (túlsúlyos)	0,34	0,31	0,04	1,089	0,277
	BMI (elhízott)	-0,81	0,42	-0,07	-1,905	0,057 ⁺
Egészségügyi dolgozó		-0,42	0,25	-0,06	-1,674	0,095 ⁺
BDI		-0,07	0,03	-0,10	-2,111	0,035*
EDI alszkálák						
Karcsúság iránti készletés		-0,18	0,03	-0,29	-5,280	0,000***
Bulimia		-0,05	0,05	-0,05	-0,995	0,320
Testi elégedetlenség		0,05	0,02	0,11	2,129	0,034*
Elégtelenség érzése		0,06	0,04	0,10	1,606	0,109
Perfekcionizmus		0,02	0,03	0,02	0,577	0,564
Interperszonális bizalmatlanság		0,06	0,04	0,06	1,498	0,135
Interoceptív tudatosság		-0,03	0,04	-0,04	-0,754	0,451
Félelem a felnőtté válástól		-0,04	0,03	-0,05	-1,433	0,152
MOCI alszkálák						
Ellenőrizgetés		-0,19	0,08	-0,11	-2,417	0,016*
Tisztogatás, mosakodás		-0,01	0,06	-0,01	-0,242	0,808
Ismételgetés, lassúság		0,19	0,12	0,07	1,589	0,113
Aggályoskodás, rágódás, örlődés		-0,20	0,08	-0,11	-2,453	0,014*
Korrigált R²		15,8%				
<i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a Volt-e evészavara? szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemeltem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i>						

Az ORTO-11-HU-ra illesztett többváltozós lineáris modellben bevonásra kerültek a korábban megállapított főkomponensek is. Az étkezési figyelem és az önmegetartóztatás főkomponensek bevonásával 19,2%-ra növekedett az R². Az életkor, az elhízás, az evészavar tünetek és a kényszeresség magyarázó hatása párosult a két főkomponens magyarázó hatásával. A két főkomponenst a modellbe vonva az alszkálákat külön

vizsgálva a korábitól eltérő képet kaphattunk. Az életkor, az elhízás, a karcúság iránti készletés és az ellenörzés alsklák mutatkoztak csak magyarázó tényezöként, összesen az ORTO-11-Hu változó heterogenitásának 21,1%-át magyarázva (24. és 25. táblázat).

24. Táblázat Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel (n=810)

Magyarázó változók	B	SD	Beta	T	P
Nem	0,29	0,34	0,03	0,871	0,384
Iskolai végzettség	0,07	0,25	0,01	0,266	0,791
Kor	0,03	0,01	0,11	2,897	0,004**
Volt-e evészavara?	-0,47	0,27	-0,06	-1,722	0,085 ⁺
Étkezési figyelem (PC)	-0,66	0,11	-0,21	-6,271	0,000***
Önmegtartóztatás (PC)	-0,45	0,11	-0,14	-4,105	0,000***
Egészségügyi dolgozó	-0,45	0,24	-0,07	-1,833	0,067 ⁺
BMI referencia					
BMI (alultáplált)	-0,59	0,37	-0,05	-1,617	0,106
BMI (túlsúlyos)	0,14	0,29	0,02	0,491	0,624
normális testsúly	-0,78	0,39	-0,07	-2,021	0,044*
BDI	-0,02	0,03	-0,03	-0,680	0,497
MOCI	-0,06	0,03	-0,09	-2,365	0,018*
EDI	-0,02	0,01	-0,15	-3,546	0,000***
Korrigált R²	19,2%				
<p><i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a Volt-e evészavara? szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemeltem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - $p < 0,1$; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$</i></p> <p><i>Az Étkezési figyelem (PC) három változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, annál inkább odafigyel az illető, hogy mit fogyaszt és hogyan.</i></p> <p><i>Az Önmegtartóztatás (PC) négy változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, a válaszadó annál inkább úgy vélekedik, hogy a betegségek, elhízás az önmegtartóztatás hiányából fakadnak.</i></p>					

25. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel (n=810)

Magyarázó változók	B	SD	Beta	T	P
Nem	0,41	0,34	0,04	1,207	0,228
Iskolai végzettség	0,08	0,25	0,01	0,332	0,740
Kor	0,04	0,01	0,12	2,990	0,003**
Volt-e evészavara?	-0,37	0,28	-0,05	-1,342	0,180
Étkezési figyelem (PC)	-0,63	0,11	-0,20	-5,977	0,000***
Önmegtartóztatás (PC)	-0,43	0,11	-0,14	-3,986	0,000***
Egészségügyi dolgozó	-0,46	0,24	-0,07	-1,906	0,057 ⁺
BMI referencia kategória:					
BMI (alultáplált)	-0,59	0,37	-0,05	-1,608	0,108
BMI (túlsúlyos)	0,24	0,30	0,03	0,816	0,415
normális testsúly	-0,90	0,41	-0,08	-2,201	0,028*
BDI	-0,04	0,03	-0,07	-1,354	0,176
EDI alsókálák					
Karcsúság iránti készlettség	-0,14	0,03	-0,23	-4,224	0,000***
Bulimia	-0,06	0,05	-0,06	-1,271	0,204
Testi elégedetlenség	0,04	0,02	0,09	1,919	0,055 ⁺
Elégtelenség érzése	0,03	0,04	0,05	0,848	0,397
Perfekcionizmus	0,03	0,03	0,04	1,086	0,278
Interperszonális bizalmatlanság	0,06	0,04	0,06	1,533	0,126
Interoceptív tudatosság	-0,03	0,04	-0,05	-0,824	0,410
Félelem a felnőtté válástól	-0,05	0,03	-0,06	-1,708	0,088 ⁺
MOCI alsókálák					
Ellenőrizgetés	-0,23	0,07	-0,14	-3,095	0,002**
Tisztogatás, mosakodás	0,04	0,06	0,02	0,646	0,519
Ismételgetés, lassúság	0,17	0,11	0,06	1,488	0,137
Aggályoskodás, rágódás, örlődés	-0,11	0,08	-0,06	-1,426	0,154
Korrigált R²	22,1%				
<i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó, az Étkezési figyelem és Önmegtartóztatás főkomponens (PC) leírását lásd. korábban.</i>					
<i>⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i>					

Az EDI Karcsúság iránti késztetés faktorának bevonásával az EDI magyarázó ereje megszűnt, tehát ezen kívül az EDI nem tesz sokat hozzá az ON hajlam magyarázatához (26. táblázat).

26. táblázat: Többváltozós regressziós modell az orthorexiás hajlam magyarázatára, kontrollálva a főkomponensekkel és a patológiás esetekkel (n=810)

Magyarázó változók	B	SD	Beta	T	P	
Nem	0,33	0,33	0,03	0,991	0,322	
Iskolai végzettség	0,01	0,25	0,00	0,032	0,974	
Kor	0,03	00,01	0,11	2,798	0,005**	
Volt-e evészavara?	-0,41	0,27	-0,05	-1,512	0,131	
Étkezési figyelem (PC)	-0,62	0,10	-0,20	-5,896	0,000***	
Önmegtartóztatás (PC)	-0,43	0,11	-0,14	-4,047	0,000***	
Egészségügyi dolgozó	-0,32	0,24	-0,05	-1,326	0,185	
BMI referencia	BMI (alultáplált)	-0,62	0,36	-0,06	-1,700	0,089 ⁺
kategória:	BMI (túlsúlyos)	0,08	0,29	0,01	0,273	0,785
	BMI (elhízott)	-0,95	0,38	-0,08	-2,471	0,014*
normális testsúly						
BDI	-0,04	0,03	-0,06	-1,427	0,154	
MOCI	-0,06	0,03	-0,10	-2,563	0,011*	
EDI	0,00	0,01	-0,01	-0,203	0,839	
Karcsúság iránti késztetés (EDI alskála, patológiai esetek)	-2,24	0,48	-0,19	-4,661	0,000***	
Korrigált R²	21,3%					
<p><i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a Volt-e evészavara? szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemeltem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i></p> <p><i>Az Étkezési figyelem (PC) három változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, annál inkább odafigyel az illető, hogy mit fogyaszt és hogyan.</i></p> <p><i>Az Önmegtartóztatás (PC) négy változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, a válaszadó annál inkább úgy vélekedik, hogy a betegségek, elhízás az önmegtartóztatás hiányából fakadnak.</i></p>						

Logisztikus regressziós modell az ORTO-11-HU kétértékű változatára

Az ORTO-11-Hu határértéke alapján létrejövő bináris változó logisztikus regressziós modelljében az étkezési figyelem, az önmegtartóztatás főkomponens, a kényszeresség és az evészavar hajlam mutatkozott szignifikáns magyarázó tényezőként (27. táblázat).

27. táblázat: A fokozott orthorexiás hajlam bináris változóra (26-os határérték alapján kialakított kategória) illesztett binomiális logisztikus regressziós modell (n=810)

	B	SE	Wald	P	OR	95%-os konfidencia intervallum az OR-hez	
						Alsóérték	Felsőérték
Nem	-0,284	0,308	0,849	0,357	0,753	0,411	1,378
Iskolai végzettség	-0,060	0,224	0,071	0,789	0,942	0,608	1,460
Kor	-0,012	0,011	1,153	0,283	0,988	0,967	1,010
Volt-e evészavara?	0,386	0,228	2,872	0,090 ⁺	1,471	0,941	2,297
BMI	0,149	0,095	2,490	0,115	1,161	0,965	1,397
Étkezési figyelem (PC)	0,358	0,095	14,333	0,000^{***}	1,431	1,189	1,723
Önmegtartóztatás (PC)	0,407	0,099	16,869	0,000^{***}	1,503	1,237	1,825
BDI	0,001	0,025	0,001	0,980	1,001	0,953	1,051
MOCI	0,052	0,022	5,603	0,018[*]	1,053	1,009	1,100
EDI	0,015	0,004	13,727	0,000^{***}	1,015	1,007	1,024

Hosmer-Lemeshow illeszkedés próba: $p > 0,05$ ($p=0,296$). Sikeresen besoroltak aránya: 81,2 százalék.

Megjegyzés: A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemeltem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - $p < 0,1$; ^{} - $p < 0,05$; ^{**} - $p < 0,01$; ^{***} - $p < 0,001$*

Az Étkezési figyelem (PC) három változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, annál inkább odafigyel az illető, hogy mit fogyaszt és hogyan. Az Önmegtartóztatás (PC) négy változóból képzett főkomponens és minél nagyobb az értéke, a válaszadó annál inkább úgy vélekedik, hogy a betegségek, elhízás az önmegtartóztatás hiányából fakadnak.

4. 4. Evészavarok gyakorisága

Evészavarok gyakorisága szubjektív önjellemzés alapján

A következőkben a szubjektív önjellemzésen alapuló evészavar csoportokat vizsgáltuk a vizsgálati mintán (N=810). A Volt-e valaha evészavara? kérdés esetén három válaszadási lehetőség közül választhattak a válaszadók: igen, volt (n=93), jelenleg is van (n=77), illetve nem volt (640). A Kezelték már evészavarral? kérdésre igen (n=79) vagy nem válasz (n=91) lehetőségekkel jellemezheték magukat azok, akik önbevallás szerint érintettek voltak valaha evészavar szempontjából. (n=170). Tehát a 170 főből 79 személy kapott kezelést evészavara miatt. Ez az evészavarral érintettek 6,47%-a,

Nemek szerinti bontásban szignifikáns különbség mutatkozott a férfiak és nők csoportjában a korábban vagy jelenleg fennálló evészavar tekintetében. A nők szignifikánsan nagyobb arányban szenvedtek korábban, illetve jelenleg evészavartól. Nem meglepő módon a férfiak körében csak 3 személy jelezte, hogy korábban evészavarban szenvedett, a többiek arról számoltak be, hogy soha nem érintette őket ez a probléma.

A nők csoportjában szignifikánsan magasabb volt az ON hajlam a korábban vagy jelenleg evészavarban szenvedők között. Az önjellemzés alapján a magukat jelenleg is evészavarban szenvedőnek vallók szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az ORTO-11-Hu kérdőíven (tehát magasabb ON hajlamúnak bizonyultak) a korábban evészavarban szenvedőkhöz és azokhoz képest, akik önmaguk bevallása szerint nem szenvedtek soha evészavarban (28-29-30. táblázat).

28. táblázat: Nemek és fokozott orthorexiás hajlam szerinti gyakoriság szubjektív önjellemzés alapján alakult három evészavar-csoportban

			Igen, volt (N=93)	Igen, jelenleg is van (N=77)	Nem volt (N=640)	Próba-statisztika χ^2 (df)
Nem	Férfi	N	3	0	83	18,229(2)***
		%	0,4%	0,0%	10,2%	
	Nő	N	90	77	557	
		%	11,1%	9,5%	68,8%	
ON hajlam	Nincs ON hajlam (n=634)	N	73	37	524	46,235(2)***
		%	11,51%	5,84%	82,65%	
	Fokozott ON hajlam (n=176)	N	20	40	116	
		%	11,36%	22,73%	65,91%	

*** - p < 0,001

29. táblázat: Fokozott orthorexiás hajlam szerinti gyakoriság szubjektív önjellemzés alapján alakult három evészavar-csoportban nemek szerinti bontásban

		Férfiak N=86		Próba- statisztika	Nők N=724		Próba- statisztika
		Nincs On hajlam (N=68) N%	Fokozott ON hajlam (N=18) N%	χ^2 (df)	Nincs ON hajlam (N=566) N%	Fokozott ON hajlam (N=158) N%	χ^2 (df)
Volt-e valaha evészavara?	Igen, volt	3 4,41%	0	0,823(1)	70 12,37%	20 12,66%	46,806(2)** *
	Igen, jelenleg is van	0	0		37 6,53%	40 25,32%	
	Nem volt	65 95,59%	18 100%		459 81,10%	98 62,03%	

30. táblázat: Fokozott orthorexiás hajlam átlag és szórás értékei a szubjektív önjellemzés alapján alakult három evészavar-csoportban a teljes mintán, illetve nemek szerinti bontásban

		Volt-e valaha evészavara? (N=810)						
		Férfi (N=86)				Nő (N=72)		
		Igen volt N=3	Nem volt N=83	Próba- statisztika χ^2 (1)	Igen volt N=90	Jelenleg is van N=77	Nem volt N=557	Próba- statisztika χ^2 (2)
ORTO- 11-Hu	Átlag (SD)	29,33 (1,53)	29,01 (3,30)	0,009	28,70 (3,00)	26,32 (3,83)	29,17 (2,90)	42,726***

*** - p < 0,001

Evészavar miatt kapott kezeléssel kapcsolatos összefüggések

170 személy közül 79 személy kapott kezelést, illetve 91 fő nem. Nemek szerinti jelentős eltérést láthatunk az evészavar miatt kezelést kaptak gyakorisága szempontjából. Emiatt a férfiak vizsgálatától a továbbiakban eltekintettünk az alacsony evészavarral való érintettségük miatt (31. táblázat).

31. táblázat: Önjellemzés alapján evészavar miatt kapott kezelés gyakorisága nemek szerinti bontásban

			Nem		Próba statisztika χ^2 próba (df)
			Férfi (N=86)	Nő (N=724)	
Kezelték valaha evészavarral? (N=170)	Igen	N	2	77	0,501 (1)
		% N	2,32%	10,64%	
	Nem	N	1	90	
		% N	1,16%	12,43%	

*** - $p < 0,001$

A nők körében szignifikáns különbség mutatkozott az ON hajlam tekintetében a kezelt és evészavar miatt kezelést nem kapott személyek között. Az evészavar miatt kezelést kapó nők szignifikánsan magasabb ON hajlammal rendelkeztek, mint az kezelést nem kapók (32. táblázat).

32. táblázat: ORTO-11-Hu változó átlag és szórás értékei nemek szerinti bontásban az evészavar miatt kapott kezelés szerinti csoportokban

Kezelték-e valaha evészavarral? Nők (N=167)	ORTO-11-Hu	
		Próba- statisztika
	Átlag (SD)	Z
Igen (N=77)	26,84 (3,66)	-2,739**
Nem (N=90)	28,26 (3,44)	

** - $p < 0,01$

Evészavarok gyakorisága objektív kritérium alapján

Nemek szerinti bontásban nem volt olyan férfi, aki kimerítette volna a DSM 5 kritériumai alapján kialakított AN, BN, szubklinikai AN és BN diagnózisát. A nők csoportjában az AN aránya 0,41%, a BN-é pedig 1,8%, az AN szubklinikai formájának a gyakorisága 10,08%, illetve a BN szubklinikai formájának előfordulási gyakorisága a jelen minta női csoportjában 3,31%.

Mind az AN és BN, illetve ezek szubklinikai formáinak kritériumait kimerítő nők szignifikánsan magasabb ON hajlammal rendelkeztek, illetve az ORTO-11-Hu kérdőív megállapított határérték alapján is szignifikánsan többen tartoztak közülök a fokozott ON hajlammal rendelkezők csoportba (33-34. táblázat).

33. táblázat: Az ORTO-11-Hu átlag és szórás értékei az evészavarok objektív kritériumai szerint alakított csoportokban a nők körében

Nők =N=724)		ORTO-11-Hu	
		Átlag (SD)	Próba-statisztika Z érték
AN	nincs (N=721)	28,83 (3,12)	-2,654**
	Van (N=3)	23,00 (2,00)	
BN	nincs (n=711)	28,88 (3,09)	-3,673***
	Van (N=13)	24,92 (3,73)	
sub AN	nincs (N=651)	28,88 (3,10)	-2,015*
	Van (N=73)	28,16 (3,45)	
sub BN	nincs (N=700)	28,88 (3,13)	-3,549***
	Van (N=24)	26,71 (2,71)	

***-p<0,001; **- p<0,01; *- p<0,5

34. táblázat: A fokozott orthorexiás hajlam (26-os határérték alapján) előfordulási gyakorisága az evészavarok objektív kritériumai szerint alakított csoportokban a nők körében

		Nő (n=724)		
				Próba- statisztika
		Nincs ON hajlam (N=566) N%	Fokozott ON hajlam (N=158) N%	χ^2 (df=1)
AN	Nincs (N=721)	566 100%	155 98,10%	10,792**
	Van (N=3)	0 0%	3 1,91%	
BN	Nincs (N=711)	562 99,29%	149 94,30%	17,439***
	Van (N=13)	4 0,71%	9 5,70%	
Sub AN	Nincs (N=651)	516 91,16%	135 85,44%	4,462*
	Van (N=73)	50 8,83%	23 14,56%	
SUB BN	Nincs (N=700)	555 98,06%	145 91,77%	15,220***
	Van (N=24)	11 1,94%	13 8,23%	

***-p<0,001; **- p<0,01; *- p<0,5

4. 5. Orthorexiás hajlam fokozott kockázati csoportjának feltérképezése

Egészségügyi hivatásúak orthorexia hajlama

Az egészségügyi hivatást több kutatásban vizsgálják, mint az ON hajlam szempontjából magas kockázati tényezőt. Leginkább dietetikusok, orvostanhallgatók és rezidensek körében végzett kutatások láttak napvilágot, amelyek esetén magas prevalencia értékek mutatkoztak egészségügyi pályát választók körében.

A jelen vizsgálat célja az egészségügyi hivatásúak ON-ra való hajlamának, illetve evészavar és kényszeres jellemzőinek vizsgálata. Egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók összehasonlításával az egészségügyi pályát választók érintettségét kívánjuk feltérképezni.

A jelen exploratív vizsgálat célja az egészségügyi hivatásúak evéssel kapcsolatos zavarainak vizsgálata volt, illetve ezek prediktorainak feltárása. Egészségügyi és nem egészségügyi hivatást választók összehasonlításával az egészségügyi pályát választók érintettségét kívánjuk feltérképezni. Legjobb tudomásunk szerint magyar mintán korábban nem készült hasonló vizsgálat az egészségügyi hivatásúak körében.

Módszer

Minta

A fent részletesen bemutatott kutatás vizsgálati mintáját egy másik szempont, a választott hivatás alapján két csoportra bontottuk, egészségügyi (N=521) és nem egészségügyi pályát választókra (N=289). Az egészségügyi hivatást választók csoportjában orvostanhallgatók, orvosok, dietetikusok, dietetikus hallgatók, más egészségügyi képzésben résztvevők, illetve egészségügyi dolgozók vettek részt. A nem egészségügyi hivatásúak bölcsészettudományi kar dolgozói, hallgatói (pl. szociológia, szociálpolitika) tartoznak.

Mérőeszközök

Az ORTO-11-Hu, az Evési Zavar Kérdőív, a Maudsley Kényszer Kérdőív mellett a „Volt-e valaha evészavara?”, illetve „Kapott-e valaha evészavar miatt kezelést?” változókat vontuk be az elemzésbe illetve a DSM-V rendszerét figyelembe véve az AN, illetve BN diagnózisának korábban már ismertetett kritériumait.

Eredmények

A változók alapstatisztikáját (átlag, szórás, terjedelem, belső megbízhatóság), valamint az egészségügyben dolgozók és nem az egészségügyben dolgozók összehasonlítását antropometriai és demográfiai változók mentén a 35-36. táblázat tartalmazza.

Életkor, iskolai végzettség, lakóhely és BMI kategóriák szerint szignifikánsan eltér a hivatás alapján felosztott két csoport, amely a mintavétel sajátosságaiból fakad. Az iskolai végzettséget tekintve az egészségügyi hivatásúak szignifikánsan iskolázatlanabbak voltak (egyetemet még be nem fejező hallgatók). Az egészségügyi pályát választók közül összességében nagyobb arányban laktak megyeszékhelyen, városban vagy községben, míg a nem egészségügyi dolgozók többsége Budapestet jelölte meg lakhelyeként. A BMI kategóriális változó esetében mind az alultápláltak, mind a túlsúlyosok, mind az elhízottak között arányaiban többen voltak a nem egészségügyi hivatásúak, míg a normális súlyú kategóriában nagyobb arányban képviseltették magukat az egészségügyi pályát választók (30. táblázat), és tekintettel arra, hogy a BMI folytonos változója nem mutatott szignifikáns eltérést, ezt az eredményt erős fenntartásokkal kezeltük. Az életkor esetében közepes mértékű, az iskolai végzettség esetén erős kapcsolat mutatkozott. A lakóhely szintén közepesen erős kapcsolatot, míg a BMI kategóriális változóként gyenge kapcsolatot mutatott (folytonos változóként nem jelentkezett szignifikáns kapcsolat). Ahol a Mann-Whitney próba ugyanazokat az eredményeket hozta, azokban az esetekben az átlagok összehasonlítását végző t próba eredményeit mutatjuk be.

35. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a szociodemográfiai és antropometriai adatok mentén

		Teljes minta (n=810)	Egészség- ügyi pályát választók (n=521)	Nem egészség- ügyi pályát választók (n=289)	Próba- statisztika (df)	Kapcsolat erőssége / hatásosság
Életkor (év), átlag (SD)		30,5 (10,37)	27,9 (8,81)	35,2 (11,32)	t=- 9,433^{c***} (808)	-0,74
BMI (kg/m ²), átlag (SD)		23,2 (4,90)	23,1 (4,84)	23,5 (5)	t=-1,086 (808)	-0,08
Iskolai végzettség n(%)	Nem diplomás	466 (57,5%)	387 (74,3%)	79 (27,3%)	$\chi^2=167,7^{***}$ (1)	CV=0,455
	Diplomás	344 (42,5%)	134 (25,7%)	210 (72,7%)		
Lakóhely n(%)	Budapest	355 (43,8%)	182 (34,9%)	173 (59,9%)	$\chi^2=47,30^{***}$ (3)	CV=0,242
	Megyeszékhely	158 (19,5%)	120 (23%)	38 (13,1%)		
	Város	196 (24,2%)	143 (27,4%)	53 (18,3%)		
	Község	101 (12,5%)	76 (14,6%)	25 (8,7%)		
Nem n(%)	Férfiak	86 (10,6%)	51 (9,8%)	35 (12,1%)	$\chi^2=1,056$ (1)	CV=0,04
	Nők	724 (89,4%)	470 (90,2%)	254 (87,9%)		
BMI kategória (WHO, 2000) n(%)	Alultáplált ($<18,5$)	71 (8,8%)	38 (7,3%)	33 (11,4%)	$\chi^2=9,891^*$ (3)	CV=0,111
	Normális súlyú (18,5–24,9)	540 (66,7%)	364 (69,9%)	176 (60,9%)		
	Túlsúlyos (25,0–29,9)	129 (15,9%)	82 (15,7%)	47 (16,3%)		
	Elhízott ($\geq 30,0$)	70 (8,6%)	37 (7,1%)	33 (11,4%)		
^c – a variancia nem volt egyenlő; C-d: Cohen-d; CV: Cramer's V; * - p < 0,05; *** - p < 0,001						

Feltételeztük, hogy az egészségügyi hivatásúak eltérnek ON hajlam, evészavaros, kényszeres és depresszív tünetek szempontjából. Az egészségügyi hivatásúak szignifikánsan több evészavar és kényszeres jellemzőt mutattak a nem egészségügyi hivatásúakhoz képest. Az ON hajlamot és a depressziót tekintve nem volt statisztikailag jelentős eltérés a két csoport között (36. táblázat). Az elemzések alapján az ORTO-11-Hu, az EDI, a MOCI esetén szignifikáns eltérés mutatkozott, és a Cohen-d alapján a hatás nagysága kicsinek bizonyult. A Mann-Whitney próba ugyanazon eredményekre vezetett, mint a kétmintás t-próba, így a táblázatban a t-próba értékeit közöljük.

36. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén (ORTO-11-Hu, Evési Zavar Kérdőív, Maudsley Kényszer Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív)

	Teljes minta (N=810)		Egészség- ügyi pályát választók (n=521)	Nem egészség- ügyi pályát választók (n=289)	Próba- statisztika	Kapcsolat erőssége / hatásosság
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^b	Cohen-d
ORTO-11-Hu	28,8 (3,15)	0,819 ^a (11)	28,9 (3,08)	28,7 (3,27)	0,880	0,06
EDI	29,6 (26,18)	-	31,5 (26,75)	26,1 (24,8)	2,799**	0,21
MOCI	7,5 (4,77)	-	7,9 (4,77)	6,9 (4,71)	2,801**	0,21
BDI	13,4 (4,6)	0,874 (9)	13,3 (4,43)	13,6 (4,89)	-1,023	-0,08
^a – átkódolatlan verzió; ^b – df=808; *** - p < 0,01						

A Mann-Whitney próba ugyanazon eredményekre vezetett, mint a kétmintás t-próba.

Az EDI és MOCI skálákat alskálákra bontva a karcsúság iránti készletetés, a perfekcionizmus, az interoceptív tudatosság és a felnőtté válástól való félelem

alskálákon mutatkozott szignifikáns különbség a két csoportban. Az egészségügyi pályát választókat jobban jellemezte a Karcsúság iránti készletesség, a Perfekcionizmus, az Interoceptív tudatosság és a Felnőtté válástól való félelem. A hatásméret mutató értéke csak kismértékű különbségre utalt a két csoport között. A Bulimia alskála esetén a Mann-Whitney próba szignifikáns eltérést mutatott (tehát a rangok átlagai között szignifikáns eltérés van), azonban a kétmintás t-próba esetén ez a különbség az átlagok között nem jelentkezett. A többi esetben a két próba azonos eredményt hozott (37. táblázat).

A MOCI alskálák közül a tisztaság alskála esetén mutatkozott szignifikáns eltérés, amely esetében a hatásméret mutató értéke kismértékű. Az egészségügyi hivatásúakat sokkal inkább jellemzi a tisztasággal kapcsolatos kényszeres gondolatok és viselkedések. Ez nyilván a higiénés tárgykörrel kapcsolatos tudásanyagukkal és munkájuk jellegével is összefüggésben alakul (38. Táblázat).

37. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén

	Teljes minta (n=810)		Egészség- ügyi pályát választók (n=521)	Nem egészség- ügyi pályát választók (n=289)	Próba- statisztika	Kapcsolat erőssége / hatásosság
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^b	Cohen-d
Karcsúság iránti késztetés	3,6 (5,13)	0,891 (7)	3,9 (5,14)	3,1 (5,07)	2,088^{c*}	0,15
Bulimia	1,3 (3,12)	0,888 (7)	1,3 (3,11)	1,1 (3,15)	0,801	0,06
Testi elégedetlenség	7,3 (7,29)	0,895 (9)	7,4 (7,4)	7,2 (7,1)	0,422	0,03
Elégtelenség érzése	3,5 (4,71)	0,844 (10)	3,7 (4,96)	3,2 (4,21)	1,367 ^c	0,10
Perfekcionizmus	5,2 (4,67)	0,834 (6)	5,7 (4,53)	4,3 (4,78)	4,179^{***}	0,31
Interperszonális bizalmatlanság	2,1 (3,11)	0,786 (7)	2,1 (3,2)	2 (2,94)	0,765	0,06
Interoceptív tudatosság	2,3 (4,08)	0,842 (10)	2,6 (4,33)	1,8 (3,55)	2,829^{c**}	0,20
Félelem a felnőtté válástól	4,3 (4,27)	0,751 (8)	4,8 (4,58)	3,4 (3,47)	4,641^{c***}	0,32

^b – df=808; ^c – a variancia nem volt egyenlő; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001

Megjegyzés: EDI = Evési ZavarKérdőív; MOCI = ; CI₉₅=95%-os megbízhatósági intervallum. ⁺ p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001. A hatásméret mutató (Cohen-d) értékeinek értelmezése: 0,20 kis hatás, 0,50 közepes mértékű hatás, 0,80 nagy hatás (Cohen, 1992). A közepes mértékű vagy annál erősebb hatásméret mutatókat félkövér betűvel emeltük ki.

38. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén

	Teljes minta (n=810)		Egészség- ügyi pályát választók (n=521)	Nem egészség- ügyi pályát választók (n=289)	Próba- statisztika	Kapcsolat erőssége / hatásosság
	Átlag (SD)	Cronbach- alfa (tételszám)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t ^b	Cohen-d
Ellenőrzés	1,7 (1,85)	0,701 (9)	1,8 (1,9)	1,6 (1,76)	1,514	0,11
Tisztaság	2,4 (2,12)	0,670 (11)	2,6 (2,15)	2 (2,01)	4,031^{c***}	0,29
Ismétlés	1,2 (1,18)	0,445 (6)	1,2 (1,21)	1,1 (1,13)	1,148	0,08
Aggályos- kodás,őrlődés	3,1 (1,71)	0,547 (8)	3,2 (1,65)	3 (1,83)	0,961	0,07
^b – df=808; ^c – a variancia nem volt egyenlő; *** - p < 0,001						

Mind az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók csoportjában szignifikáns különbségek mutatkoztak a nők és férfiak között az EDI pontszám tekintetében, a nők szignifikánsan több evési zavarra utaló jellemzőt mutattak, magasabb volt közöttük a Karcsúság iránti készletesség, a Bulimiás jellemzők, a Testi elégedetlenség, a Perfekcionizmus, az Interperszonális bizalmatlanság, az Interoceptív tudatosság, a MOCI alskálái közül pedig a tisztálkodás témakörében mutattak szignifikánsan több kényszeres jellemzőt a férfiakkal összevetve. Csak az egészségügyi hivatásúak csoportjában mutatkozott szignifikáns különbség az EDI Félelem a felnőtté válástól alskálája esetében, szignifikánsan magasabb pontszámok mutatkoztak meg a nők körében (39. táblázat).

39. táblázat: A hivatás szerint bontott minta bemutatása a vizsgált pszichológiai változók mentén nemek szerinti bontásban

	Egészségügyi pályát választók			Nem egészségügyi pályát választók		
	Férfi (n=51)	Nő (n=470)	Próba- statisztika Df=519	Férfi (n=35)	Nő (n=254)	Próba- statisztika df=519
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	T	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t
ORTO-11-Hu	28,63 (3,35)	28,94 (3,05)	-0,679	29,60 (3,05)	28,58 (3,29)	1,736
MOCI	6,63 (4,50)	7,98 (4,78)	-1,932+	5,97 (4,27)	7,00 (4,76)	-1,212
EDI	22,80 (16,44)	32,40 (27,49)	-3,653***	18,29 (12,80)	27,19 (25,85)	-3,291^{c**}
Karcsúság iránti készletés	1,04 (1,71)	4,19 (5,30)	- 9,201^{c***}	0,80 (1,47)	3,41 (5,30)	-6,291^{c***}
Bulimia	0,61 (1,44)	1,40 (3,23)	-3,137^{c**}	0,31 (0,90)	1,25 (3,33)	-3,616^{c***}
Testi elégedetlenség	3,47 (4,17)	7,82 (7,55)	-6,401^{c***}	4,14 (4,92)	7,58 (7,25)	-3,633^{c**}
Elégtelenség érzése	3,49 (4,23)	3,67 (5,04)	-0,249	2,00 (2,66)	3,37 (4,35)	-2,606^{c*}
Perfekcionizmus	4,90 (3,64)	5,77 (4,61)	-1,580^c	3,97 (3,58)	4,31 (4,92)	-,505^c
Interperszonális bizalmatlanság	2,88 (3,78)	2,06 (3,12)	1,509^c	2,46 (3,48)	1,89 (2,86)	,915^c
Interoceptív tudatosság	1,65 (2,29)	2,72 (4,48)	-2,823^{c**}	1,20 (1,99)	1,90 (3,70)	-1,721^{c+}
Félelem a	4,76	4,78	-,018^c	3,40	3,45	-,084

felnőtté válástól	(4,00)	(4,65)		(2,96)	(3,54)	
Ellenőrizgetés	1,47 (1,66)	1,82 (1,92)	-1,253	1,42 (1,70)	1,60 (1,77)	-,546
Tisztogatás, mosakodás	1,84 (1,84)	2,6 (2,16)	-2,620**	1,37 (1,21)	2,06 (2,09)	-2,840***
Ismételgetés, lassúság	0,96 (1,11)	1,23 (1,22)	-1,511	0,91 (1,01)	1,13 (1,15)	-1,054
Aggályoskodás, rágódás, őrlődés	3,04 (1,75)	3,17 (1,63)	-0,531	2,86 (1,88)	3,06 (1,83)	-0,611

ORTO-11-HU magyarázó tényezők az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak körében

Az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók esetén külön vizsgáltuk meg az ON hajlamot magyarázó tényezőket. Lineáris regressziós modellben az egészségügyi hivatású csoportban az EDI pontszámok, tehát a magasabb evészavar-tünetek, a nem egészségügyi hivatású csoportban a magasabb MOCI pontszámok, azaz a magasabb kényszeresség bizonyult magyarázó tényezőnek, az ORTO-11-Hu heterogenitásának 8,1 illetve 20,2%-át magyarázva. A korábban kialakított főkomponenseket a modellbe vonva, az egészségügyi csoportban a magasabb EDI pontszámmal együttesen, a nem egészségügyi csoportban a magasabb MOCI pontszámmal együtt a modell magyarázó értéke megemelkedett, így a változó heterogenitásának 14,9%-át, illetve 27,5%-át magyarázva (40-41. táblázat).

40. táblázat: Többváltozós regressziós modell az ORTO-11-Hu változó magyarázására az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók (n=810) körében

Egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	t	p
Nem		0,76	0,45	0,07	1,682	0,093 ⁺
Iskolai végzettség		-0,33	0,35	-0,05	-0,958	0,338
Kor		0,03	0,02	0,08	1,575	0,116
Volt-e evészavara?		-0,53	0,38	-0,06	-1,400	0,162
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,68	0,51	-0,06	-1,340	0,181
	BMI (túlsúlyos)	0,14	0,38	0,02	0,375	0,708
	BMI (elhízott)	-0,07	0,54	-0,01	-0,128	0,898
BDI		0,01	0,04	0,01	0,154	0,878
MOCI		-0,04	0,03	-0,06	-1,161	0,246
EDI		-0,03	0,01	-0,25	-4,003	0,000^{***}
Korrigált R²		8,1%				
Nem egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	t	p
Nem		-0,25	0,55	-0,03	-0,460	0,646
Iskolai végzettség		0,27	0,41	0,04	0,663	0,508
Kor		0,03	0,02	0,11	1,809	0,072 ⁺
Volt-e evészavara?		-0,48	0,45	-0,07	-1,063	0,289
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,47	0,59	-0,05	-0,800	0,424
	BMI (túlsúlyos)	0,59	0,51	0,07	1,159	0,247
	BMI (elhízott)	-10,14	0,61	-0,11	-1,879	0,061 ⁺
BDI		-0,04	0,05	-0,06	-0,770	0,442
MOCI		-0,19	0,04	-0,27	-4,232	0,000^{***}
EDI		-0,01	0,01	-0,11	-1,816	0,070 ⁺
Korrigált R²		20,2%				
<p><i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a Volt-e evészavara? szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemelttem, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i></p>						

41. táblázat: Többváltozós regressziós modell az ORTO-11-Hu változó magyarázására az egészségügyi és nem egészségügyi hivatású csoportban, a főkomponensek bevonásával (n=810)

Egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	T	p
Nem		0,68	0,44	0,07	1,552	0,121
Iskolai végzettség		-0,08	0,34	-0,01	-0,245	0,807
Kor		0,03	0,02	0,09	1,842	0,066 ⁺
Volt-e evészavara?		-0,34	0,37	-0,04	-0,927	0,355
Étkezési figyelem (PC)		-0,72	0,14	-0,23	-5,226	0,000^{***}
Önmegtartóztatás (PC)		-0,32	0,14	-0,10	-2,325	0,020[*]
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,71	0,49	-0,06	-1,449	0,148
	BMI (túlsúlyos)	0,03	0,37	0,00	0,089	0,929
	BMI (elhízott)	-0,41	0,53	-0,03	-0,777	0,438
BDI		0,02	0,04	0,02	0,376	0,707
MOCI		-0,01	0,03	-0,02	-0,381	0,703
EDI		-0,03	0,01	-0,26	-4,221	0,000^{***}
Korrigált R²		14,9%				
Nem egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SD	Beta	T	p
Nem		-0,28	0,52	-0,03	-0,529	0,597
Iskolai végzettség		0,36	0,39	0,05	0,922	0,357
Kor		0,04	0,02	0,13	2,240	0,026[*]
Volt-e evészavara?		-0,21	0,43	-0,03	-0,484	0,629
Étkezési figyelem (PC)		-0,60	0,16	-0,19	-3,644	0,000^{***}
Önmegtartóztatás (PC)		-0,58	0,18	-0,18	-3,277	0,001^{**}
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-0,24	0,56	-0,02	-0,420	0,674
	BMI (túlsúlyos)	0,58	0,48	0,06	1,192	0,234
	BMI (elhízott)	-1,01	0,58	-0,10	-1,742	0,083 ⁺
BDI		-0,03	0,05	-0,05	-0,721	0,472
MOCI		-0,15	0,04	-0,21	-3,381	0,001^{***}
EDI		-0,01	,01	-0,06	-1,016	0,311
Korrigált R²		27,5%				
<p><i>Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó, az Étkezési figyelem és Önmegtartóztatás főkomponensleírását lásd korábban.</i></p> <p><i>: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001</i></p>						

Evészavar szempontjából szignifikáns különbség mutatkozott a két csoportban, illetve az evészavar tünetek az egészségügyi pályát választók között az ON magyarázó tényezőjeként jelentek meg. Így az evési zavarok magyarázó változói is vizsgálatra kerültek az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak csoportjában.

Evészavar-tünetegyüttest magyarázó változók hivatás szerint

Az evészavarral összefüggésbe hozható jellemzők közül a jelen kutatásban a nem, az életkor, az iskolai végzettség, a BMI, a kényszeresség és a depresszió szerepét vizsgáltuk egészségügyi és nem egészségügyi hivatást választók csoportjaiban. Hivatás szerinti bontásban végezve az elemzést a kockázati tényezők eltérő mintázatát figyelhetjük meg az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók között (42. táblázat).

Az eredmények szerint az egészségügyi pályát választók csoportjában az evészavartünetek szempontjából a következő változóban volt szignifikáns eltérés: a nem (nők), az alacsonyabb iskolai végzettség, a normális súlyú tartomány alatt és felett lévő testtömegindex, a depresszió és a kényszeresség, egyedül az életkor nem bizonyult szignifikáns magyarázó tényezőnek. A modell magyarázó ereje magasnak mondható ($R^2 = 54,4\%$).

Mindezekkel szemben a nem egészségügyi pályát választók esetében az evészavarok magyarázó változói között csak a normális tartomány feletti BMI (elhízott és túlsúlyos kategória), a magasabb depresszió és a magasabb kényszeresség bírt szignifikáns magyarázó erővel. A modell magyarázó értéke $R^2 = 28,1\%$.

42. táblázat: Többváltozós regressziós modell az Evési Zavar Kérdőív által képzett változó magyarázására hivatás mentén való bontásban (n=810)

Egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SE	Beta	t	p
Nem		9,21	2,75	0,10	3,346	0,001***
Iskolai végzettség		-6,08	2,13	-0,10	-2,850	0,005**
Kor		-0,05	0,11	-0,02	-,446	0,656
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-8,60	3,12	-0,08	-2,760	0,006**
	BMI (túlsúlyos)	7,71	2,35	0,11	3,287	0,001**
	BMI (elhízott)	18,42	3,24	0,18	5,686	0,000***
BDI		3,53	0,21	0,58	17,057	0,000***
MOCI		0,96	0,20	0,17	4,867	0,000***
Korrigált R²		54,4 %				
Nem egészségügyi pályát választók						
Magyarázó változók		B	SE	Beta	t	p
Nem		7,28	3,94	0,10	1,849	0,065 ⁺
Iskolai végzettség		-4,91	2,98	-0,09	-1,651	0,100
Kor		-0,24	0,13	-0,11	-1,941	0,053 ⁺
BMI referencia kategória: normális testsúly	BMI (alultáplált)	-4,85	4,27	-0,06	-1,137	0,256
	BMI (túlsúlyos)	9,44	3,61	0,14	2,613	0,009**
	BMI (elhízott)	19,30	4,27	0,25	4,523	0,000***
BDI		1,66	0,31	0,33	5,313	0,000***
MOCI		0,80	0,32	0,15	2,473	0,014*
Korrigált R²		28,1 %				
Megjegyzés: Az iskolai végzettség dichotóm változó (1 – nincs diplomája; 2 – van diplomája), a „Volt-e evészavara?” kérdés szintén dichotóm (0 – sosem volt evészavara; 1 – volt/van evészavara). A szignifikáns kapcsolatokat félkövérrel kiemelve, a szignifikancia szintek pedig: ⁺ - p < 0,1; * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p < 0,001						

Egészségügyi és nem egészségügyi hivatású csoport összehasonlítása evészavar szempontjából

Az egészségügyi hivatásúak csoportjában szignifikánsan magasabb volt azoknak a száma, akik azt vallották magukról, hogy nem szenvedtek evészavarban, illetve azoké, akik korábban szenvedtek evészavarban. A jelenleg evészavarban szenvedők között

azonban alacsonyabb számban voltak az egészségügyi hivatással rendelkezők. Az egészségügyi hivatásúak körében szignifikánsan kevesebb volt a valaha BN-ban szenvedők aránya, mint a nem egészségügyi hivatásúak csoportjában, inkább az egyéb típusú evészavar volt gyakoribb, szemben az AN és a BN előfordulásának gyakoriságával. Az egészségügyi hivatásúak között szignifikánsan kevesebben kaptak kezelést evészavaruk miatt összehasonlítva a nem egészségügyi hivatásúakkal. Az EDI diagnosztikai skálái közül egyik esetben sem mutatkozott szignifikáns eltérés a két csoport között (43. táblázat).

Nemek szerinti bontásban az egészségügyi hivatásúak csoportjában szignifikáns nemi különbségek mutatkoztak az evészavar szubjektív önjellemzése tekintetében. A nők szignifikánsan magasabb gyakorisággal számoltak be korábbi evészavar fennállásáról, szignifikánsan magasabb arányban értek el a diagnosztikus határérték feletti pontszámot a Karcsúság iránti készletés, a Testi elégedetlenség (EDI alszála) alszálaikon. A nem egészségügyi hivatást választók csoportjában ez a különbség a nők esetén csak a valaha fennálló evészavar szempontjából jelentkezett. Az előbb említett két diagnosztikai skála esetén az eltérés csak tendencia szintű volt (44. táblázat).

43. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak csoportjának bemutatása valaha fennálló evészavar, az Evési Zavar Kérdőív három alsókálaja alapján és evészavar miatt kapott kezelés mentén, a gyakorisági mutatók, illetve a χ^2 próba eredményei (%, χ^2 , ,p)

		Egészségügyi hivatású (N=521)	Nem egészségügyi hivatású (N=289)	Próba-statisztika
		N, %	N, %	χ^2
Volt-e valaha evészavara? N=810	Volt	55 10,56%	38 13,15%	34,897 ***
	Jelenleg is van	27 5,18%	50 17,30%	
	Nem volt	439 84,26 %	201 69,55%	
Anorexia nervosa N=170	Igen	24 4,61 %	35 12,11%	2,067
	nem	58 11,13 %	53 18,34%	
Bulimia nervosa N=170	Igen	20 3,84 %	46 15,92%	13,894 ***
	nem	62 11,90 %	42 14,53%	
Egyéb evészavar N=170	Igen	46 8,83 %	28 9,69%	10,179 ***
	nem	36 6,91%	60 20,76%	
Kapott-e valaha kezelést evészavara miatt? N=170	Igen	19 3,65 %	60 20,76 %	34,571 ***
	nem	63 12,09 %	28 9,69 %	
Karcsúság iránti készletés-kritikus érték N=810	Normális (<=13)	479 91,94 %	266 92,04 %	0,003
	Patológiás (>=14)	42 8,06%	23 7,96%	
Bulimia N=810	Normális (<=13)	512 98,27 %	285 98,61%	0,139
Testi elégedetlenség N=810	Normális (<=20)	477 91,55%	269 93,08%	0,594
Megjegyzés: ^b – df=808; ^d – df=168; *** - p < 0,001				

44. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi hivatásúak csoportjának bemutatása valaha fennálló evészavar, az Evési Zavar Kérdőív három alsókálaja alapján és evészavar miatt kapott kezelés mentén, a gyakorisági mutatók, illetve a χ^2 próba eredményei (%, χ^2 , p) nemek szerinti bontásban

		Egészség- ügyi hivatású (N=521)		Próba- statisztika	Nem egészség- ügyi hivatású (N=289)		Próba- statisztika
		Férfiak (N=51)	Nők (N=470)		Férfiak (N=35)	Nők (N=254)	
N=810				χ^2 (df)			χ^2 (df)
Volt-e valaha evészavara?	volt	1 1,96%	54 11,49%	8,16(2)*	2 5,71%	36 14,17%	12,067(2)**
	jelenleg is van	0	27 5,74%		0	50 19,69%	
	nem	50 98,04%	389 82,28%		33 94,29%	168 66,14%	
Karcúság iránti késztetés (EDI kritikus érték)	normális	51 100%	428 91,06%	4,957(1)*	35 100%	231 90,94%	3,443(1)+
	Kóros	0	42 8,94%		0	23 9,06%	
Bulimia (EDI kritikus érték)	normális	51 100%	461 98,09%	0,994(1)	35 100%	250 98,43%	0,559(1)
	Kóros	0	9 1,91%		0	4 1,56%	
Testi elégedetlenség (EDI kritikus érték)	normális	51 100%	426 90,64%	5,215(1)*	35 100%	234 92,13%	2,961(1)+
	Kóros	0	44 9,36%		0	20 7,87%	
N=170		Férfiak (N=1)	Nők (N=81)	χ^2 (df)	Férfiak (N=2)	Nők (N=86)	χ^2 (df)
Kezelték-e valaha evészavarral?	igen	0	19 23,46%	0,305(1)	2 100%	58 67,44%	0,955(1)
	nem	1 100%	62 76,54%		0	28 32,56%	

Az evészavarok objektív gyakorisága hivatás szerint

A DSM-5 alapján felállított kritériumok szerint a férfiak közül senki nem szenvedett egyik típusú evészavarban sem, illetve azok szubklinikai formájában sem. A továbbiakban a gyakoriságok csak a nőkre vonatkoznak. Az egészségügyi pályát választó nők mintájában nem volt egyáltalán AN-ban szenvedő személy, a szubklinikai szintű AN a csoport 10,9%-át érintette. A BN az egészségügyi pályát választó nők 1,7%-ánál, a BN szubklinikai formája 2,7%-uknál jelent meg. A nem egészségügyi csoportban a minta 1%-ára voltak érvényesek az AN kritériumai. Az AN szubklinikai formája a csoport 5,5%-nál mutatkozott meg. A BN-ban szenvedők aránya 1,4%, míg a szubklinikai BN megjelenési gyakorisága 3,5% volt.

5. Megbeszélés

A tanulmányban a mérőeszköz adaptációja mellett a pszichometriai jellemzőinek tesztelése kap hangsúlyos szerepet, így láthatjuk, hogy több vizsgálati rész esetén inkább a mérőeszköz validitásának ellenőrzése kerül a fókuszba. Exploratív kutatás révén az ON hajlam mint kevésbé tisztázott fogalom korrelátumait feltárását kíséreljük meg jó alapot teremtve későbbi kutatásokhoz, az ON hajlammal kapcsolatos gyakorisági mutatók csak irányadók. Fontos kiemelni ismét, hogy a vizsgálat tárgya az ON hajlam, mint konstruktum, s ennek kapcsán nem egy zavarról van szó, hanem tendenciáról (tehát nem diagnosztikai kategória!), amely az egészség minőségi aspektusához kapcsolódó fokozott figyelemre, megszállottságra vonatkozik.

A következőkben a célkitűzéseinkkel és hipotéziseinkkel kapcsolatban kapott legfontosabb eredményeket és következtetéseket foglaljuk össze.

A vizsgálat keretében magyar nyelvre adaptáltuk az ORTO-15 orthorexiát mérő kérdőívet (ORTO-11-Hu). A mérőeszköz megbízhatósága jónak bizonyult, a konstruktum validitásának alátámasztására is kísérletet tettünk. Az ON fogalmához kapcsolódó más kérdéseket és adatokat használtunk fel az érvényesség elemzéséhez. Életmód jellemzők (sport, dohányzás, kávé, alkohol és drogfogyasztás, diétázás, gyógyszerfogyasztás) és a ténylegesen fogyasztott ételek (teljes kiőrlésű és finomított gabona, gyümölcs, zöldség) vizsgálatával a mérőeszköz validitását próbáltuk tesztelni. Az ON hajlamhoz kapcsolódó tételek és ebből képzett főkomponensek, illetve a táplálkozás, az életmód jellemzők szintén a mérőeszköz érvényességének vizsgálatát szolgálták, illetve a későbbi regressziós elemzések kapcsán kaptak szerepet. Nemek szerinti bontásban külön foglalkoztunk a változókkal.

A vizsgálatba bevont tíz ON hajlamhoz kapcsolódó kérdés, az életmód jellemzők és táplálkozási szokások az ON hajlam szakirodalomban is megjelenő további sajátosságaiból adódott össze (Bratman és Knight 2000; Zamora és mtsai, 2009; Cartwright, 2010). Ezek a kérdések az ON hajlam külső kritériumát is jelenthetik. A tíz ON hajlamhoz Bratman leírása és esettanulmányokban leírt tapasztalatok alapján kapcsolódó kérdés szoros negatív irányú kapcsolatot mutatott az ORTO-11-Hu-val

(tehát szoros összefüggést mutattak az ON hajlammal). Ahogy a korábban közölt tanulmányokban is megjelenik, az ON nem csak a táplálkozást érinti, hanem az életmódot is (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000), a jelen vizsgálat eredményeiben is megmutatkozik, hogy az ON hajlam egészségesebb ételválasztással jár együtt (több teljes kiőrlésű gabonaféle, több gyümölcs és zöldség, illetve kevesebb fehér pékáru fogyasztása), illetve rendszeresebb sporttevékenységgel, ritkább alkoholfogyasztással, gyakoribb diétázással, és több mások meggyőzésére tett kísérlettel társul.

A korábbi határértéket bár elutasítottuk, a kérdőívhez kapcsolódó új módszertanilag is alátámasztott határérték megállapítására került sor. Az új határérték alapján a teljes vizsgálati minta 21,7%-a (n=176), 20,93% férfi és 21,82% nő bizonyult ON hajlamúnak. Itt hangsúlyoznám ismét, hogy nem zavarról (nem diagnosztikai kategória), hanem egyféle hajlamról, tendenciáról beszélünk, amely az egészség minőségi aspektusához kapcsolódó fokozott figyelemre, megszállottságra vonatkozik. A kapott arányt több tényező is befolyásolja. Egyrészt a kutatás címe „Táplálkozás és egészség kutatás” olyan személyeket vonz be a vizsgálatba, akik fokozott érdeklődést mutatnak a téma iránt, amely szintén az ON hajlam egyik jellemzője. Másrészt a mintában megmutatkozó női többség és magas számú egészségügyi pályát választók evés és egészség iránti fokozott érdeklődése is meghatározó.

Éppen ezért a tanulmányban láthatjuk, hogy sok helyen inkább a mérőeszköz validitásának ellenőrzésére koncentrálnak, illetve exploratív kutatás révén az ON hajlam mint kevésbé tisztázott fogalom korrelátumait feltárását kíséreljük meg, amely jó alapot teremthet későbbi kutatásokhoz.

Az ON hajlam és az evési zavarok, kényszerességgel való kapcsolatának vizsgálata is fontos részét képezi az értekezésnek. A vizsgálatok során az ON hajlam evészavarokkal való kapcsolatát vizsgálva mind kérdőíves, mind önjellemzésen alapuló, mind objektív mutatókat is felhasználtunk. A változók kapcsolatát a nem, az életkor és az iskolai végzettség tekintetében kontrolláltuk. Az evési zavarokat szubjektív, önjellemzésen alapuló mérése során a Volt-e valaha evészavara? kérdés 3 lehetséges válaszlehetőséggel és a Kezelték-e valaha evészavar miatt? kérdés két lehetséges válasszal szerepeltek a kérdőívcsomagban.

A minta 21% mondta magáról, hogy valaha szenvedett valamilyen típusú evészavarban. Ez az evészavarok élettartam prevalenciájánál jóval magasabb (Túry és Szabó, 2000), amire számítottunk is az online kényelmi mintavétel miatt, illetve mivel ez az adat szubjektív önjellemzés alapján adódott, tehát ebbe beletartozhatnak AN, BN, egyéb típusú evészavar (EDNOS) kategóriájába tartozók is. A vizsgált mintában egyetemisták, egyetemi dolgozók, diplomások vettek részt. Nagy százalékban vannak jelen a mintában egészségügyi képzettségűek, s ez szintén megnövelheti ezt az arányt. Az önmagukat evészavarosnak vallók közül 46,47% kapott kezelést. A kezelésben részesült csoport szignifikánsan magasabb depresszió szinttel, több kényszeres tünett, több evészavaros tünett rendelkezett, több ellenőrizgetéshez, aggályoskodáshoz kapcsolódó kényszeres tünet, magasabb ON hajlam jellemezte őket, illetve alacsonyabb BMI-vel rendelkeztek. Ez utóbbi arra utal, hogy elhízás miatt kevésbé jutnak el az emberek szakemberhez. Általában is elmondható, hogy inkább az elhízás egészségügyi szövődményei miatt kérnek segítséget. Az elhízás és szövődményei vészes terjedése ellenére is még mindig az alultápláltság jelent nagyobb nyomást a szakemberhez való fordulás tekintetében. Mivel a magasabb BMI-vel rendelkező személyek idősebbek, így közrejátszhat ebben az is, hogy a fiatalabb korosztály több információval rendelkezik, könnyebben keres fel szakembert. Az eredmények alapján feltételezhető, hogy az evészavarral kezelt személyek szakemberekhez fordulásában közrejátszhat a fennálló magasabb fokú depresszív, a kényszeres és evészavaros tünetképződés, amely fokozott szenvedést okozva siettet a szakmai segítségkérést.

A nemi különbségek a következőképpen mutatkoztak meg: Az Evési Zavar Kérdőíven a minta férfi tagjai egészen másképpen pontoztak, mint a nők. Az ON hajlam körükben sokkal inkább a kényszerességgel volt összefüggésben, az Evési Zavar Kérdőíven is a kényszeresség kérdés köréhez tartozó perfekcionizmus esetén mutattak magasabb pontszámokat, míg nők esetében inkább az evéssel kapcsolatos zavarok domináltak az ORTO-11-Hu pontszámokkal mutatott összefüggés tekintetében.

Az ON hajlam mentén vizsgálva a változókat a nemek szerinti bontásban a BMI tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott. Nemek szerinti csoportbontásban a férfiak csoportjában az ON hajlammal rendelkezők szignifikánsan magasabb MOCI

pontszámmal rendelkeztek, alskálát tekintve az Aggályoskodás, őrlődés alskálához tartozó kényszeres jellemzőik voltak fokozottabbak és szignifikánsan magasabb perfekcionizmussal voltak jellemezhetőek az ON hajlammal nem rendelkező férfiakhoz képest. Az ON hajlammal rendelkező nők ezzel szemben szignifikánsan fokozottabb depresszív, kényszeresség és evészavar tüneteket mutattak (MOCI és EDI alskálái, illetve BDI).

A férfiak és nők között különbség mutatkozott mind az evészavar szubjektív, mind az objektív kritériumok alapján való megléte szempontjából. A szakirodalmi adatoknak megfelelően az evészavarok gyakorisága a nők között sokkal magasabb (Striegel-Moore és mtsai, 2009).

A korábbi vizsgálatokban fokozott kockázatúnak talált egészségügyi hivatásúak csoportjában is mutatkoztak nem szerinti eltérések. Az evészavar szubjektív önjellemzését vizsgálva a nők szignifikánsan magasabb gyakorisággal számoltak be korábbi evészavar fennállásáról, szignifikánsan magasabb arányban pontoztak a diagnosztikus határérték felett az EDI két diagnosztikus alskálája esetén, a karcsúság iránti késztetés, a testi elégedetlenség alskálakon. A nem egészségügyi hivatást választók csoportjában ez a különbség csökkent, az evészavar önjellemzésen alapuló beszámolója alapján megjelent, azonban az említett két diagnosztikai alskála esetén az összefüggés tendencia szintűre eset vissza.

Az ON hajlamhoz kapcsolódó kérdések kapcsán is jelentős nemi különbségeket láthatunk, míg a nőknél minden tétel esetén szignifikáns eltérés mutatkozik, addig a férfiak esetén csak a bioételek fogyasztása tétel esetén jelentkezik az ON hajlammal való pozitív irányú együttjárás.

Az életkor és a BMI vizsgálatok nem mutatkoztak összefüggés a valaha fennálló evészavar létével. A szubjektív önjellemzés alapján fennálló evészavar szerinti csoportokban mind a MOCI, mind EDI, mind ORTO-11-Hu pontszámaiban megmutatkoztak szignifikáns különbségek. Ezek az alskálák esetén is megjelentek. A jelenleg is evészavarban szenvedők magasabb ON hajlammal rendelkeztek, több kényszeres tünetük volt, és több evészavaros jellemzőt is mutattak. A korábban evészavarban szenvedők az evészavarban nem szenvedőkhöz képest jelentősen eltértek a kényszeresség és az evészavaros tünetek tekintetében. Úgy tűnik, hogy az egykor fennálló evészavar jellemzők és kényszeres tünetek az evészavar megszűnése után is

részben, szignifikánsan csökkent mértékben megmaradnak. (Fontos szem előtt tartani, hogy önjellemzésen alapuló adatokról van szó.)

Az evészavar miatt kezelt személyek alacsonyabb BMI-vel rendelkeztek, mint akik nem részesültek kezelésben. Feltehetően a nagyobb súlycsökkenés súlyosabb állapotot vonhatott maga után, vagy nagyobb nyomást gyakorolhatott a személyre, hogy szakemberhez forduljon. Magasabb ON hajlammal jellemezhetők a kezelést kapó személyek, tehát az ő esetükben az egészséges étellekkel kapcsolatos megszállottság kifejezettebb. Sokszor egy az egészséget szolgáló diéta lehet kiinduló pontja valamely evészavarnak, illetve sokszor egy egészséges diéta válik az AN-ból vagy BN-ből kivezető út lehetőségé (így növelve a fokozott ON hajlam kockázatát). Az evészavarral kezelt csoportja kényszeresebbnek bizonyult, mint a kezelést nem kapó csoport, az evészavar jellemzők szempontjából azonban javulás mutatkozott. Az evészavarral kezeltéknél kevésbé voltak jelen evészavar tünetek, mint a kezelésben nem részesült társaik esetén. Mind a perfekcionizmus, mint a bulimia tekintetében alacsonyabb értékek jellemezték a kezelt csoportot. Mindez a kapott terápia eredményességét mutathatja, azonban a megmaradó magas kényszeresség, ennek jelentőségére hívja fel a figyelmet. A kényszeres személyiségvonások lehetnek prediszponáló jellegűek, vagy lehetnek az evészavarok gyógyulása után is fennmaradó tünetként jelen. Mind az ellenőriztetés, mind az aggályoskodás tekintetében ugyanez mondható el.

Az orthorexia nervosához kapcsolódó kutatások kritikája

Az ON tehát nem egy diagnosztikai kategória, mégis egyre több figyelmet kap nemcsak a populáris médiában, hanem az egészségügyben dolgozó szakemberek között is (Vandereycken, 2011). Mindezek mellett éppen a zavar tisztázatlansága, illetve saját terápiás tapasztalatok indítottak az ON jelenségének pontosabb vizsgálatára.

Az ON mérésére az értekezés írásának időpontjában két publikált mérőeszköz állt rendelkezésre. A Bratman névéhez köthető Bratman tesztet a szerző saját klinikai megfigyelésére alapozva dolgozta ki (Bratman, 1997). Ez esetben egy pszichometriailag nem vizsgált mérőeszközzel van szó, amelyet ennek ellenére számos kutatásban használtak (pl. Kinzl és mtsai, 2006). 2005-ben Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella (Donini és mtsai, 2005) fejlesztette ki az ORTO-15 mérőeszközt, amely a Bratman tesztre alapozva és az ON-hez kapcsolódó kényszeres aspektussal kiegészülve

valósult meg. A mérőeszköz nem csak ON specifikus elemeket tartalmaz, amely a látszatvaliditását is kérdéssé teszi. Donini és mtsai (2005) csak részlegesen vizsgálták mérőeszközük pszichometriai jellemzőit. A vizsgálatba bevonták az MMPI kényszeres-fóbiás személyiségvonás pontszámait, mivel nem állt rendelkezésre orthorexiás populáció. Kidolgoztak egy határértéket, amely alapján orthorexiás és nem orthorexiás csoportokat hoztak létre. A mérőeszköz pontozó rendszere nem teljesen egyértelmű. Mindezek ellenére a kérdőív a leginkább ismert mérőeszköz a nemzetközi szakirodalomban. Arusoğlu és mtsai (2008) elsőként hozták létre az ORTO-15 más nyelvre és országra vonatkozó, török változatát, amely mérőeszköz adaptációja során 11 tételes változat jött létre.

Hazai kutatásokban is alkalmazható kérdőív kidolgozása igényként merült fel. Az ON hajlam mérésére alkalmas, pszichometriai vizsgálatokkal alátámasztott, valid teszt kifejlesztése hiánypótló a hazánkban. A korábbi kutatásokban több alkalommal felhasznált ORTO-15 kérdőív magyar adaptációjának kidolgozása lehetővé teszi az eredmények összehasonlíthatóságát, amely jelentősége kiemelkedő egy új jelenséggel kapcsolatos kezdeti kutatások, ismeretgyűjtés időszakában. Megbízható, valid mérőeszköz kialakítása igen fontos, hogy mérhetővé és összehasonlíthatóvá váljanak a különböző nyelveken, kultúrákban kapott eredmények. Az eredmények általánosíthatósága is ettől válik függővé. A példa kedvéért említhető, hogy az ORTO-15 magyar, illetve török adaptációjának összehasonlításakor egyértelműen kultúrközi különbségek lehetősége vetődik fel további vizsgálatokra biztatva kutatókat. Erről a későbbiekben részletesebben szólok az értekezésben.

A kutatási eredmények mellett kisebb esettanulmányok állnak rendelkezésünkre az ON jellemzőivel kapcsolatban. Ezekben megjelennek az ON differenciáldiagnosztikájával kapcsolatos felvetések, hogyan is különíthető el az ON az egészségtudatosságtól, más evészavaroktól, pszichózis egyes állapotaitól, mérgeztetési téveszméktől, specifikus fóbiától stb. (Cartwright, 2004; Zamora és mtsai, 2005). Éppen emiatt az ON pontos elhatárolása is kérdéses.

A korábban említett leírások és vizsgálatok megfontolásaira alapozva kaptak kiemelt helyet a jelen vizsgálatban az evészavarhoz és kényszerességhez kapcsolódó jellemzők. Az eredményeink megerősítették az ON hajlam evészavarokkal és kényszerességgel való szoros kapcsolatát, felvetették a karcsúság iránti készletesség szerepének

megjelenését, amely az evés mennyiségi aspektusának szerepét is felvetették. Ez egyrészt utalhat az ON hajlam és az evészavar tüneti összemosódására, vagy az elhízás mint nem kívánt egészségi állapot elkerülésének vágyának felerősödésére is.

A korábbi kutatások feltevései között továbbá a fokozott kockázatú csoportok feltérképezése állt, különös tekintettel az egészségügyi hivatásúakra. A vizsgálatok többsége kontrollcsoport nélkül került lebonyolításra, az érintettek gyakoriságát valamely, az adott vizsgálatban önkényes vagy a korábban említett határérték alapján meghatározva (pl. Bagci Bosi és mtsai, 2008; Fidan és mtsai, 2011). A vizsgálatunkban éppen ezért egészségügyi pályát választókat nem egészségügyi hivatással rendelkezőkkel hasonlítottuk össze, amelynek eredményeképpen nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoportban, bár a két csoportban az ON hajlam magyarázó tényezőinek eltérő mintázata mutatkozott meg.

Az ORTO-11-Hu mérőeszköz pszichometriai jellemzői

Négy konfirmatív faktoranalízis modellt teszteltünk az ORTO-15 magyar nyelvű változatának vizsgálata során. A jelen tanulmány nem erősítette meg Donini és munkatársai (2005) által javasolt elméleti háromfaktoros struktúrát. A végső elemzésünkben a mérőeszköz egyfaktorosnak bizonyult 11 tétellel, amelyek a következők voltak: 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, és 15) a következő tételek kerültek elhagyásra az ORTO-15 tételei közül: 5, 6, 8, és 14. Így jött létre a 11 tétel magyar változat, az ORTO-11-Hu. A rövidített kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek bizonyult. Az ORTO-15 török változata szintén 11 tétel, szintén egyfaktoros. Az ORTO-15 kérdőív következő tételeit tartalmazza: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14. A török változat belső konzisztenciája (0,62) alacsonyabb, mint a magyar ORTO-11-Hu értéke a jelen mintán. Bár mindkét változat 11 tétel, azonban a két kérdőív esetén különböző tételek kerültek ki. A magyar ORTO-11-Hu-ból elhagyott négy tétel a minőség preferenciájához (5. tétel), az ételválasztás anyagi aspektusához (6. tétel), a diétás szabályok áthágásához (8. tétel) és ahhoz a hiedelemhez kapcsolódik, hogy a piacon egészségtelen ételek találhatóak (14. tétel). A török változatban az elvetett négy tétel az étel kalóriatartalmához (1. tétel), a vásárlás zavarba ejtő aspektusához (2. tétel), a hangulati aspektushoz (9. tétel) és az egyedül étkezés preferenciájához (15. tétel) tartozott. Feltételezhetően kulturális különbségek kínálhatnak magyarázatot ezen

különbségekre, magukba foglalva a török társadalom kollektivista jellegét összehasonlítva Magyarországgal, amely erősen individualista kultúra. A magyarok önmagukat sokkal inkább elkülönült egyénként látják, s az egyén szükségleteire kerül a hangsúly. Ezzel szemben a török társadalomban a személy önmagát egy közösség (család, munkahely, törzs vagy nemzet) részeként határozza meg, és általában a közösség igényei és szükségletei fontosabbak, mint az egyéné (Hofstede, 2001). Másik fontos különbség a vallási különbségekből eredhet. A török társadalom erősen az iszlám vallás által átitatott, amely jelentősen különbözik a mi magyar keresztény értékrendünktől (pl. egyes ételfélék korlátozása, a böjt jelentése, a hedonizmushoz való viszonyulás, és a családi/közösségi étkezési szokások stb.). Ezek a különbségek összefüggésben lehetnek az evészavarok kifejeződésének háttérben lévő kultúrközi különbségekkel, és a különböző táplálékok elérhetőségével és minőségével. Az ON hajlam megjelenési különböző kultúrákban, régiókban különböző lehet. A módosítási mutatók által jelzett három kovarianciát a 10, 11, 12-es tételek esetén azon állítások hosszúsága (több szóból állnak) magyarázhatja. Ezek az itemek kevésbé érthetőek, mivel a többszörösen összetett mondatot képeznek. A nyelvi szerkezet összetettsége a magyar nyelv sajátossága. A három kérdés kezdete hasonló, és a mondatok végén található az állítás üzenete. Továbbá mind a három mondat tartalmazta az eredeti angol nyelvű változatban az „eating healthy food” kifejezést, amelyet a magyar nyelv több módon is ki tud fejezni. A laikus válaszadók számára nehézséget jelenthet az egészséges étel fogyasztásának megjelenése az önértékelés, az életmód és a külső megjelenés kontextusában.

A Donini és munkatársai (2005) által ON meghatározására használt 40-es cut-off érték a jelen mintán 74,2%-os prevalenciát eredményezett (az alacsonyabb pontszámok a magasabb ON hajlamra utalnak). Ehhez hasonló magas prevalencia értéket találtak más vizsgálatokban is (Bağci Bosi és mtsai, 2007; Aksoydan és Camci, 2009; Fidan és mtsai, 2010; Ramaciotti és mtsai, 2011). Ilyen magas prevalencia értékek nehezen értelmezhetőek. Vagy a cut-off érték helytelen, vagy a mérőeszköz érvényessége megkérdőjelezhető. Mivel az ORTO-11-Hu értékek szignifikáns kapcsolatban álltak az ON hajlammal kapcsolatos más kérdésekkel, így a határérték helyessége kérdőjeleződik meg.

Éppen ezért a mérőeszköz magyar változata esetén a fokozott ON hajlam elkülönítésére alkalmas határérték meghatározása történt. Donini és mtsai (2005) által megállapított 40-es cut-off pointot a túl magas prevalencia értékek (egy-egy vizsgálatokban 50% körüli értékek) miatt elvetettük. Az ORTO-11-Hu esetén új határértéket kíséreltünk megállapítani. Az éppen egy szórásnyi távolságra eső határérték statisztikailag is alátámasztottnak bizonyult. Az elemzéseket később ennek felhasználásával végeztük el. Az így megjelenő ON hajlam prevalencia 21,7%-ra tehető (21,82% nő és 20,93% férfi). A megállapított határérték alapján létrehoztuk az ON hajlammal rendelkező és nem rendelkező csoportokat (határérték 26). A magas ON hajlammal rendelkező személyek szignifikánsan idősebbek voltak. Bár az életkort tekintve meglehetősen változatos eredményeket láthatunk a szakirodalomban (Arusoğlu és mtsai, 2008; Fidan és mtsai, 2010), azonban jelen vizsgálatban találtak hasonlókat más kutatásban megmutatkozó eredményhez (Donini és mtsai, 2005), ahol is az idősebb életkor és az ON hajlam összefüggésben állt egymással, illetve összefüggésbe hozható azzal, hogy a fiatalabb korosztálynak az anyagi lehetősége sincs meg, amely háttérrel teremthetne egy ilyen jellegű kényszeres viselkedésformához. A BMI tekintetében nem mutatkozott különbség, amely megegyezik más kutatásokban kapott eredményekkel (Arusoğlu és mtsai, 2008; Kinzl és mtsai, 2005; Fidan és mtsai, 2010; Aksoydan és Camci, 2009). A kényszeresség tekintetében a magasabb ON hajlammal rendelkezők több depresszív tünetet mutattak, amely szintén megegyezik Arusoğlu és mtsai (2008) korábbi vizsgálatában találtakkal.

A magasabb ON hajlammal rendelkezők jelentősen több evészavaros jellemzővel rendelkeztek, amely szintén megegyezik más vizsgálatok eredményeivel (Arosuglu és mtsai, 2008; Kinzl és mtsai, 2006; Korinth és mtsai, 2010). A Karcsúság iránti készlettség, Bulimia, Testi elégedetlenség, Elégtelenség érzése, Perfekcionizmus és Interoceptív tudatosság alsókálákon jelentkező eltérések arra utalnak, hogy az ON hajlam, amely alapvetően az evés minőségi aspektusával jár együtt, mégiscsak kapcsolatban áll a mennyiségi oldallal is. Mind a Karcsúság iránti készlettség, mind a Bulimia skála tipikusan a testsúllyal és testalakkal kapcsolatos gondolatkörhöz kapcsolódik, érintve az evés, nem evés és túlevés kérdéskörét, illetve a fogyás érdekében történő kompenzálást is.

A kényszeresség minden részterülete fokozottan volt érintett a magas ON hajlammal rendelkezők között. Tehát a kényszeresség igen fontos meghatározója és résztünete az ON tünetegyüttesének. Az ON evészavar és kényszerspektrum hipotézise megerősítést nyer ezáltal.

Az ON hajlam demográfiai és antropometriai jellemzői

A vizsgálatban az ON hajlam életkori és a BMI-ben megmutatkozó különbségei elhanyagolhatónak bizonyultak. Ezek az eredmények megfelelnek a más vizsgálatokban találtaknak, amikor is nem találtak életkori (Arusoğlu és mtsai, 2008), sem a BMI-ben megmutatkozó különbségeket (Kinzl és mtsai, 2005; Kinzl és mtsai, 2006; Arusoğlu és mtsai, 2008; Aksoydan és Camci, 2009). Más tanulmányokban az alacsonyabb életkor magasabb ON hajlammal járt együtt (Bağcı Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010). Ezek a tanulmányok azonban orvostanhallgatók körében készültek, így a képzettség moderátor szerepe is megjelenhet ebben a kapcsolatban. Számos tanulmány arról számol be, hogy a korai egyetemi évek kapcsolatot mutatnak az ON tünetekkel, ez a kapcsolat a tanulmányok előrehaladtával csökken (Korinth és mtsai, 2010). Egyedül Donini és munkatársai (2005) vizsgálatában jelentek meg ennek ellentmondó eredmények.

A jelen eredményeknek megfelelő adatokat láthatunk korábbi kutatásokban, amelyek nem találtak kapcsolatot az ON tünetek és a BMI pontszámok között (Arusoğlu és mtsai, 2008; Aksoydan és Camci, 2009; Kinzl és mtsai, 2005; Kinzl és mtsai, 2006). Ahogy néhány szerző megfogalmazza: a BMI más változókkal együttesen lehet az ON viselkedés előrejelzője, úgymint orvosi okok, diétázás, és egészséges táplálkozás (Arusoğlu és mtsai, 2008). Fidan és munkatársai [2010] magasabb BMI értéket találtak magas ON hajlammal összefüggésben orvostanhallgatók között.

A jelen magyar mintán készült vizsgálatban nem mutatkoztak meg nemi különbségek, amely szemben áll azokkal a korábbi eredményekkel, amelyek azt találták, hogy a nők magasabb ON hajlammal rendelkeznek, mint a férfi társaik (Donini és mtsai, 2004; Donini és mtsai, 2005; Arusoğlu és mtsai, 2008; Fidan és mtsai, 2010). Mivel a férfiak alulreprezentáltak a mintában, így az eredmények nem biztosítanak kellő adatmennyiséget a nemi különbségek megbízható vizsgálatához.

Életmód jellemzők és táplálkozási szokások

A magasabb ON hajlammal rendelkező személyek gyakoribb teljes kiőrlésű gabona fogyasztásáról, kevesebb fehér gabonafogyasztásról számoltak bel, illetve gyakoribb gyümölcs és zöldség fogyasztás jellemezte őket. A magasabb ON hajlammal rendelkező személyek gyakrabban vásárolnak bioboltokban. Az ON hajlam olyan életmód jellemzőkkel is kapcsolatban állt, mint rendszeres sporttevékenység, ritkább alkoholfogyasztás, gyakoribb diétázás, illetve mások meggyőzése az egészséges táplálkozás fontosságáról. Ezek az eredmények hasonlóak Bratman (1997) leírásában találtakhoz, amely szerint az ON nem csak a táplálkozás egészségességére utal, de más életmód jellemzőkre is kiterjed.

Esettanulmányokra és Bratman leírására alapuló ON hajlamhoz kapcsolódó kiegészítő tételeket is felhasználtunk a vizsgálatban, amelyek az ORTO-11-Hu validitását is alátámasztani hivatottak. Ezek az állítások szoros összefüggést mutattak az ORTO-11-Hu pontszámokkal. A magasabb ON hajlam magasabb bioétel fogyasztással, szoros evési menetrenddel jártak együtt. Ezek a személyek sokkal inkább kerültek bizonyos színű ételeket, általában ugyanolyan színű ételeket fogyasztottak, és rengeteg időt töltöttek az ételek elkészítésével. Inkább úgy ítélték meg, hogy a kövérség a gyengeség jele, gyakrabban ítélték el másokat amiatt, hogy nem tudnak uralkodni a vágyaikon.

Ugyanez a helyzet állt fent, hogy a magas ON hajlammal rendelkezők sokkal inkább úgy gondolták, hogy az emberek maguk okolhatók a betegségeikért, és kritikusan viszonyultak másokhoz, akik nem követik az egészséges életmód szabályait.

Ezek az eredmények az ON szakirodalomban található (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000) leírásával megegyezők és nyilvánvalóak, és az ORTO-11-Hu mérőeszköz validitásának megerősítői.

Orthorexiás hajlamot magyarázó modellek

Az ORTO-11-Hu-ra illesztett többváltozós lineáris modellek közül a legjobb magyarázó erővel bíró az Étkezési figyelem és az Önmegtartóztatás főkomponensek, illetve az alsókálák bevonásával kaptuk. Az alacsonyabb életkor, az elhízás, az EDI alsókálák közül a Karcsúság iránti késztetés és a MOCI alsókálák közül az Ellenőrzés alsókálák az ON hajlam magyarázó tényezőként adódtak ($R^2 = 21,1\%$).

Az ORTO-11-Hu határértéke alapján létrejövő bináris változó logisztikus regressziós modelljében a magasabb Étkezési figyelem és Önmegtartóztatás, a magasabb kényszeresség és a magasabb evészavar hajlam mutatkozott szignifikáns magyarázó tényezőként.

Az ON hajlam úgy tűnik, hogy szoros összefüggésben van a karcsúság iránti készlettel, amely az ON minőségi aspektusán jelentősen túlmutat. Az elemzésekből kitűnik, hogy az evészavarok bevonásával az ON hajlam kevesebb, mint negyede került megmagyarázásra, amely azonban azt erősíti, hogy a karcsúság iránti készlet ennek ellenére csak egy részét képezheti az ON-nak. Azzal is összefüggésbe hozható, hogy az evészavarok sokszor egyféle gyógyulási módjaként jelenik meg az egészséges táplálkozásra való túlzott figyelem.

Egészségügyi hivatás mint ON hajlam szempontjából fokozott kockázatú csoport

A vizsgálati minta életkor, iskolai végzettség, lakóhely és BMI kategóriák szerint szignifikánsan eltért az egészségügyi és nem egészségügyi pályát választók között. Az életkor, a lakóhely és az iskolai végzettségben megmutatkozó különbségek a minta összetételével hozható kapcsolatba, amelyre a vizsgálat korlátainál térünk ki. Az adatok statisztikai elemzése során ennek hatását figyelembe vettük, ezeket a változókat kontrolláltuk, az összefüggések ennek megfelelően kerültek értelmezésre.

Az egészségügyi hivatásúak nem tértek el szignifikánsan ON hajlam szempontjából a nem egészségügyi pályát választóktól, amely eredmény eltér a korábbi kutatásokban megmutatkozó eredményekkel. Ezek a kutatások leginkább nem használnak kontrollcsoportot összehasonlításképpen. A dietetikus és a táplálkozástudományi hallgatók (Kinzl és mtsai, 2005; Korinth és mtsai, 2010) más egészségügyi hivatásúak, mint orvostanhallgatók, rezidens orvosok (Bağci Bosi és mtsai, 2007; Fidan és mtsai, 2010) fokozott kockázatúnak mutatkoznak az ON iránti hajlam szempontjából. Bizonyos hivatású és érdeklődésű egyénekről általánosságban is elmondható, hogy fokozottan fordulnak elő náluk evéssel kapcsolatos zavarok (ahol dominál a külső megjelenés fontossága). Korinth és munkatársai (2010) vizsgálatában a hivatás nemcsak emelte az ON kockázatát, hanem védőfaktoroként is mutatkozott. A táplálkozástudományi hallgatók és a kontrollcsoport között nem mutatkozott különbség a tanulmányaik első évében, azonban ez a táplálkozástudományi hallgatók körében

megváltozott a tanulmányaik vége felé. Ennek háttérében az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyre növekvő tudásuk állhat. Számottevő lehet a szerepe az (egészséges) evés, a táplálkozásuk és az egészségük iránti fokozott érzékenységüknek, amely a pályaválasztásuk egyik motívumaként jelenhet meg, önmagába rejtve a sérülékenységet valamely evészavartípus kialakulására. A helyes táplálkozáshoz kapcsolódó tudás a magasabb évfolyamokban felülírhatta a hivatásválasztás esetleges korábbi motivációját. Sőt, a táplálkozástudományi hallgatók, dietetikusok, orvostanhallgatók vagy rezidensek, akik több ismeretanyaggal rendelkeznek az egészséges táplálkozással kapcsolatban, több diétázási megszorítással jellemezhetőek másokhoz képest a legtöbb vizsgálat szerint. A fokozott diétás megszorítások önmagukban is evéssel kapcsolatos zavarokat okozhatnak a legtöbb vizsgálat szerint (Shelton, 2007). Az egészséges táplálkozással kapcsolatos tudásmennyiség hatással van a diétás viselkedésre, és a média által közvetített társadalmi ideálokkal kapcsolatos üzenetek együttesen eredményezhetik az ON iránti hajlam kialakulását. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos magasabb képzettség magasabb ON hajlammal jár együtt (Bağci Bosi és mtsai, 2007).

Az egészségügyi csoportban a magasabb evészavar-tünetek, a nem egészségügyi hivatású csoportban a magasabb kényszeresség bizonyult magyarázó tényezőnek, az ORTO-11-Hu heterogenitásának 8,1 illetve 20,2%-át magyarázva. Az étkezési figyelem és önmegtartóztatás főkomponenseket a modellbe bevonva, az egészségügyi csoportban a magasabb EDI pontszámmal együttesen, a nem egészségügyi csoportban a magasabb MOCI pontszámmal együtt a modell magyarázó értéke megemelkedett, így a változó heterogenitásának 14,9%-át, illetve 27,5%-át magyarázva.

Mivel az egészségügyi csoport korábbi kutatásokban fokozott kockázatúnak bizonyult, illetve a jelen vizsgálatban is az EDI pontszám jelent meg az ON hajlamot magyarázó tényezőként, így az EDI változó magyarázó tényezői is feltárássra kerültek. Az egészségügyi hivatást választókat több evészavarral kapcsolatos tünet jellemezte. Magasabb karcsúság iránti készletesség, magasabb perfekcionizmus, alacsonyabb interoceptív tudatosság és fokozottabb felnőtté válástól való félelem jelent meg esetükben. Tehát sokkal inkább jellemző rájuk a diétázással és a testsúllyal való túlzott foglalkozás, a fogyásra és soványságra való törekvés, a hízástól való félelem. Továbbá a tökéletességre való törekvés igen nagymértékűnek bizonyult körükben, illetve sokkal több nehézséget mutattak az érzelmek felismerését és azonosítását tekintve. A felnőtt

léttel járó felelősséget és elvárásokat nyomasztóbbnak érzik, mint a nem egészségügyi hivatást választók csoportjának tagjai. Ez utóbbi magyarázható az egészségügyi tanulmányokat jellemző kitolódó tanulóévekkel, a teljes embert igénylő teljesítményelvárások alig teszik lehetővé a tanulóévek alatt a megélhetést segítő munkavállalást, így a függetlenedés is későbbre tolódik, ráadásul a diplomaszerezés utáni időszakban is megmarad a tanulás terhe, kiegészülve a betegellátás felelősségének nyomásával. Az egészségügyi, orvosi pálya kifejezetten nagy teljesítményt követel, így az egészségügyi hivatásúak körében a perfekcionizmus megjelenése tipikus személyiségjellemző (Tyssen és Vaglum, 2002).

A két csoport különbözött a kényszeresség mértékében, alskálákat tekintve csak a tisztogatás és mosakodás alskála esetén mutatkozott különbség. Az egészségügyi hivatásúak több kényszeres jellemzőről számoltak be ebben a kényszer-kategóriában. Ez összefüggésben állhat a foglalkozásukhoz kapcsolódó körülményekkel, illetve a rendelkezésre álló nagyobb tudásanyaggal a higiénés szempontokat tekintve. Szorongásos tünetek a munkahelyen megélt fokozott stresszel összefüggésben alakulnak (Tyssen és Vaglum, 2002). Az egészségügyben dolgozók munkájuk során fokozottan ki vannak téve a fertőzésnek, szennyeződésnek, a megfelelő higiéniai óvintézkedések a munkájuk részeként jelennek meg, így ez irányú fokozott figyelmük és viselkedésük magyarázatot nyer, s így feltételezhetően jó alapot teremt akár a tünetképződés kialakulására.

A depresszió tekintetében nem különbözött a két csoport, ami szemben áll azon kutatások eredményeivel, melyek szerint az egészségügyi dolgozók körében igen magas a depresszió aránya (Tyssen és Vaglum, 2002). Magyarázatként szolgálhat, hogy a betegségelátás általában gyengébb, az orvoshoz fordulás aránya alacsony, főként, ha pszichés problémákról van szó, inkább maguk igyekeznek megoldást találni nehézségeikre (Kay és mtsai, 2004).

Az életkor, lakóhely, iskolai végzettség szempontjából nem mutatkoztak nemi különbségek a mintában.

Az EDI legtöbb alskálája esetében a nők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a férfiakkal összevetve. Magasabb karcsúság iránti késztetés, testtel való elégedetlenség, perfekcionizmus, nagyobb fokú interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság, illetve több bulimiás tünet volt jellemző rájuk mind két csoportban. Csak az

egészségügyi csoport női tagjainál jelent meg a felnőtt szerep vállalásától való fokozott félelem.

A vizsgálat minta férfi tagjai egyike sem volt érintett evészavar szempontjából, még annak szubklinikai formájával sem. Ez megfelel az evészavarok esetén tapasztalt igen magas női túlsúlynak. Az egészségügyi pályát választó között bár anorexiás személy nem szerepelt, szubklinikai szintű AN 10,9%-ban fordult elő. Ez kétszerese a nem egészségügyi pályát választóknak, ahol azonban az AN 1%-ban jelent meg, amely megegyezik az AN más kutatásokban talált prevalencia értékeivel (Smink és mtsai, 2012). A BN előfordulási gyakoriság a két csoportban nem különbözött jelentősen (1,7 % vs. 1,5%), azonban szubklinikai formában az egészségügyi hivatásúak között 2,7%-ban, a nem egészségügyi csoportban 3,5%-ban jelent meg. Az evészavarok prevalenciájával foglalkozó tanulmányok leginkább a felsőfokú oktatásban résztvevőkre terjednek ki, kevés az egészségügyi pályát választókat vizsgáló kutatások száma. Bizonyos kutatásokban az anorexiás viselkedés az egyes évfolyamokon eltérően alakult: a felsőbb évfolyamok esetén megnövekszik (7%-ról 20%-ra). Egy kutatás egészségügyi szakos hallgatók között 21,7%-ban talált anorexiás tüneteket (Babar és mtsai, 2002).

Annak ellenére, hogy számtalan beszámolót hallhatunk, miszerint a képzésben lévő ápolónők körében magasabb arányban jelennek meg evészavaros tünetek, mégis hiányos a kutatás ezen a területen. Sweda és Thorne (2002) vizsgálatában nem találtak szignifikáns különbséget egészségügyi pályát választók és más pályát választók között.

A két csoportban az evészavart magyarázó tényezőket külön vizsgálva különböző képet kapunk. Az egészségügyi minta esetén a nem, az iskolai végzettség, a BMI (alultáplált, elhízott és túlsúlyos kategóriák), a kényszeresség és a depresszió magyarázó tényezőként jelentek meg, az EDI heterogenitásának több mint a felét magyarázva. Az alacsonyabb iskolai végzettség (középszolai), a túlzottan alacsony testsúly, illetve a túlsúly is magyarázó tényezőként jelent meg, magasabb fokú depresszió szintén az evészavar-tüneteket előrejelző tényezőnek bizonyult. A nem egészségügyi csoportban csak a magasabb kényszeresség és depresszió, illetve az elhízás és túlsúly jelent meg az EDI-t magyarázó változóként, és a modell magyarázó ereje körülbelül a felére csökkent az egészségügyi modell R^2 -hez képest. A BMI normális tartományán kívül eső kategóriák megjelenése érthető, hiszen az evési zavarok sokszor vezetnek túlzottan alacsony vagy túlzottan magas testsúlyhoz, illetve fordított kapcsolat is fennáll, hiszen a

túl magas testsúly eredményezhet fokozott figyelmet a súlyra és alakra vonatkozóan. Bizonyos kutatások szerint egyes egészségügyi dolgozók, például az ápolónők körében igen magas a túlsúlyosak aránya. Negatív testkép, testtel való elégedetlenség, alacsony önértékelés, illetve a magasabb észlelt stressz jelenik meg az evéssel kapcsolatos zavarok prediktoraiként, továbbá a magas szintű munkastressz szoros összefüggést mutat a zavart evési viselkedéssel, az evés egyfajta megküzdési módot jelent (Fryer és mtsai, 1997). Egy ápolónők körében végzett vizsgálatban 29%-uk túlsúlyosnak bizonyult, szemben a kontrollcsoport 17%-ával. Ez feltételezhetően az önhatékonyság-érzés hiányának, illetve a ápolónők munkakörülményeinek köszönhetően (váltóműszak következtében az evés rendszeressége sérül) (Pratt és mtsai, 1994). Ápolónők körében készült felmérés arra is rámutatott, hogy rosszabb életmódjellelmzőkkel bírnak (nem mozognak eleget, nem esznek elég gyümölcsöt és zöldséget, illetve magas zsír- és cukortartalmú ételeket fogyasztanak). Az alacsonyabb képzettségű ápolónők esetében ez még fokozottabb volt (Malik és mtsai, 2011).

A két csoport közötti különbség a túlzottan alacsony testsúllyal kapcsolatban mutatkozott meg. Míg az egészségügyi hivatású csoportban a normális tartomány feletti testsúly mellett a túlzottan alacsony testsúly is az evészavarral kapcsolatos tünetek bejósolójává vált, addig a nem egészségügyi csoportban ez utóbbi nem mutatkozott szignifikánsan magyarázó változónak. Mivel az egészségügyi hivatású csoportban inkább normális testsúlyúak voltak, így úgy tűnik, hogy az egészségügyi hivatásúak esetén az alacsony testsúly inkább evési zavarok jelzője, míg a túlsúly és elhízás mindkét csoportban az evészavaros tünetek jelzői.

A depresszió megjelenése az evési zavarhoz kapcsolódó változók között nem meglepő, azonban az egészségügyi hivatásúak fokozott depresszióra való hajlama, valamint a közöttük megtalálható magas depresszió aránya (Tyssen és Vaglum, 2002; Kay és mtsai, 2004) „jó” táptalaja lehet más pszichés zavar, így evészavarok kialakulásának szempontjából is. Az egyetemről kezdődően a fokozott terhelés és stressz jelen van. A diploma utáni néhány évben a depresszió és az állandósult stressz sokkal fokozottban megjelenik, mint a tanuló évek alatt. Rezidensi, gyakorlati időszakban a tanulással és a betegellátással is foglalkozni kell, így a felelősség érzése fokozott terhelést jelent. Mindez főként ügyeleti időben kritikus. Ezeket a hatásokat fokozza a családtól,

barátoktól való távollét, az önálló élet kialakításával járó nehézségek, vagy akár a családalapítással járó új szerepek (Tyssen és Vaglum, 2002; Kay és mtsai, 2004).

A pályaválasztást önmagában is meghatározhatja a saját test vagy egészség iránti fokozott érdeklődés. Az evészavaros vagy kényszeres tünetekre való hajlam így akár motiváló erőt jelenthet az egészségügyi hivatás választásánál. Az egészségügyi pályaválasztás önmagában is fokozza a saját test és egészség felé való figyelmet. A képzésben való előrehaladás, a tudásanyag bővülése szerepet játszhat a kezdeti fokozott, akár kényszeres mértékű figyelem erejének csökkentéséhez. Egyes kutatások is megmutatták, hogy a táplálkozáshoz kapcsolódó szakra járó hallgatók sokkal hajlamosabban evészavarokra éppen az étellel kapcsolatos fokozott érdeklődésük miatt. Gyakrabban jelennek meg körükben étellel kapcsolatos tevékenységek (Mehr és mtsai, 1992). Egy korábbi tanulmány dietetika szakos hallgatók körében 24%-os arányban talált anorexiás jellemzőket, ami arra utalhat, hogy a szak választásában a személyes élmények és étellel kapcsolatos megszállottság szerepet játszhatnak (Drake, 1989). Mindez az evészavarok kialakulásának alapjául szolgálhat.

A kényszeresség mindkét csoportban az evészavaros tünetek prediktoraként jelent meg, amely az evészavarok és a kényszeresség régóta jól ismert kapcsolatát erősítő eredmény (Varga és Túry, 2008 a, b, c).

Az életkor nem mutatkozott magyarázó tényezőként evészavar szempontjából egyik csoportban sem. Ez az eredmény, hasonlóan más kutatások eredményeihez, melyek szerint az életkornak nincs szerepe az evési zavarok szempontjából (King és mtsai, 2009), nem vág egybe azzal, hogy a fiatalabbak körében magasabb az evési zavarok aránya (Halmi és mtsai, 1981; Thompson és mtsai, 1995). A különböző életkori csoportok a megjelenő evészavarok típusában különbözhetnek. A jelen vizsgálatban a csoportok közötti életkori különbség hatása nem jelentkezett.

Vizsgálatunkban az egészségügyi hivatásúak csoportjában többen számoltak be korábban fennálló evészavarról, azonban jelenleg meglévő evészavarról kevesebben. Az egyéb típusú evészavar (EDNOS) volt a leggyakoribb az egészségügyi hivatásúak csoportjában. Ez meglepő eredmény, hiszen ismert, hogy fiatalabbak körében magasabb az evészavarok aránya (Halmi és mtsai, 1981; Thompson és mtsai, 1995), és az idősebbek, negyvenes és ötvenes korosztály érintett falászavar és egyéb típusú evészavar szempontjából (Szabó és Túry, 2000). Az egészségügyi hivatásúak bár több

információval rendelkeznek az evészavarokról, az egészséges táplálkozásról, a pszichés megbetegedésekről, mégis kevésbé fordulnak szakemberhez. Talán éppen ez a tudástöbblet a betegségbelátás hiányával párosulva befolyásolhatja ezt a viselkedést.

Az egészségügyi hivatásúak között szignifikánsan kevesebben kaptak kezelést evészavaruk miatt összehasonlítva a nem egészségügyi hivatásúakkal. Ez éppen annak, az egészségügyi dolgozókra jellemző attitűdnek felel meg, miszerint igen nehezen fordulnak szakemberhez, főként, ha pszichés problémával állnak szemben (Tyssen és Vaglum, 2002; Kay és mtsai, 2004). Bár az egészségügyi hivatásúak sokkal könnyebben hozzáférnek az egészségügyi rendszerhez, mégis sokkal nehezebben keresnek segítséget, főleg, ha a problémájuk lelki eredetű. A stigmatizáció, valamint a diszkréció sérülésének lehetősége mellett az öngyógyítási törekvések tovább csökkentik a szakemberhez fordulás valószínűségét, pedig az evészavarok, depresszió és más mentális megbetegedések hasonló mértékben jellemzik, mind az egészségügyi, mind a nem egészségügyi hivatásúakat. A teljesítménynyomás és a perfekcionizmus és ezzel kapcsolatban kialakuló stressz az egészségügyi hivatásúakra kifejezetten jellemző, a magas elvárások és a kontroll iránti fokozott szükséglet a kényszeres vonásokkal kombinálódva tipikus sajátosságai az evészavarban megjelenő személyiségnek (Hay, 1998).

Az egészségügyi hivatás alapján alakult két csoport nem egységes, végzett és hallgatói státuszban lévő résztvevőket is tartalmaz. A statisztikai elemzéseket az életkor, a nem, az iskolai végzettség változók hatását kontrollálva végeztük. Ahol lehetséges volt és indokolt, ott az elemzések nemek szerinti bontása is megtörtént. Mivel a minta nem reprezentatív, így az eredmények általánosíthatósága nem lehetséges, azonban exploratív vizsgálatként jó irányt adhat a további kutatásoknak.

Az egészségügyi hivatást választók tehát inkább érintettek evészavar szempontjából, amelyben iskolai végzettség, a túlzottan alacsony és magas BMI, a kényszeres tünetek, a depresszió is szerepet játszik. A képzésbe bekerülő fiatalok fokozott sérülékenysége a szűrővizsgálatok, hallgatói tanácsadók szerepére hívja fel a figyelmet. A kezdő egészségügyi dolgozók bár az elméleti tudás birtokában állnak, kevés gyakorlati tapasztalattal rendelkeznek, emiatt kifejezett stressznek vannak kitéve.

Magyarországon az egészségügyi hivatást választók számára lehetséges segítő háttér kialakítása még gyerekcipőben jár, támogatásukat célul kitűző programok és tréningek

száma igen szűkös, azonban kiemelten fontos lenne erre nagyobb hangsúlyt fektetni gazdaságpolitikai szempontból is.

További vizsgálatok válnak szükségessé a még tanulmányaikat folytató, illetve már végzettséggel rendelkező csoportok összehasonlítására. Longitudinális kutatások segítségével az egészségügyi pályát választók evészavar tüneteiben mutatkozó életkori változások pontos mintázata válna követhetővé. Mindezek hozzájárulhatnak az érintett csoportokra szabott prevenciók vagy intervenciók módszerek, tréningek kidolgozásához, ezáltal az egészségügyi hivatást választók egészségi mutatóinak javításához.

A kutatás erősségei és korlátai

A vizsgálat online alapú adatgyűjtés és kényelmi mintavétel módszerével zajlott, amely magában hordozza a szelekciós hiba lehetőségét, hiszen ilyen módon fiatalabb, magasabban képzett és nagyobb arányban nők töltik ki ezeket a kérdőíveket. A kutatás korlátai között szerepel továbbá, hogy a vizsgálati minta nem reprezentatív, ami az eredmények általánosíthatóságát kérdésessé teheti. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, így a benne való részvételt befolyásolhatta a témakör iránti fokozott érdeklődés (Táplálkozás és egészség című kutatás), amely valószínűsíthető, hogy a résztvevő személyek fokozottan érdekeltek voltak a táplálkozás és egészség témakörében, így érintettek is lehetnek evéssel kapcsolatos zavarok szempontjából, ami torzíthatja az eredményeket. A minta nem egységes életkor szempontjából, illetve mind a hallgatói státuszú, mind a végzett szakemberek vannak benne, így ezen alcsoportok összehasonlítása további vizsgálat tárgyát képezheti. Hatásukat az elemzések során kontrolláltuk.

A vizsgálat önjellemzésen alapul, így az eredmények ezt is tekintetbe véve értelmezhetőek, illetve általánosíthatóak.

A mintában a férfiak alulreprezentáltak voltak, amely a kutatás egyik korlátja. A teszt kitöltése önkéntes volt, így a Táplálkozás és egészség című kutatásban való részvételi szándék olyan személyeket érinthet, akik eleve érdeklődnek az egészség és táplálkozás témakörében. Bár a férfiak is egyre több figyelmet szentelnek az egészségüknek, azonban továbbra is inkább női szerep és preferencia körbe tartozik ezekre való fokozott

figyelem, hiszen a klasszikus női szerep részeként megjelenő gondoskodáshoz szorosan kapcsolódó témákról van szó.

A jelen vizsgálat exploratív jellegű, erőssége, hogy korábban nem készült magyar mintán hasonlóan nagy elemszámú, az egészségügyi hivatásukat vizsgáló kutatás, amely ezt a veszélyeztetett populációt evészavar szempontjából vizsgálja, illetve ennek korrelátumait térképezi fel.

Erősségként jelenik meg, hogy az egészségügyi hivatást választó csoport nem egészségügyi hivatású kontrollcsoporttal kerül összevetésre.

A vizsgálatban a hazai és nemzetközi kutatásokban, illetve a klinikai gyakorlat során gyakran használt kérdőívek kerültek felhasználásra, ez biztosítja az eredmények esetleges összehasonlíthatóságát.

Az ON egy relatív új keletű, vitatott jelenség, amely leginkább a gyakorlati területen dolgozó szakembereket érinti. Civilizációs problémával állunk szemben, amely a soványság- és teljesítményideál térhódítása után az egészségideált teszi a fókuszba, s a társuló túlkapások által válik megszállott egészségesétel-függőséggé. Az egészségideál és a soványságideál nehezen elválasztható egy olyan népegészségügyi helyzetben, amikor az elhízás és annak szövődményei igen nagy méreteket öltenek.

Az ON diagnosztikai besorolásának lehetősége már felvetődött, azonban a rendelkezésre álló megfelelő mennyiségű ismeretanyag és bizonyítékokon nyugvó eredmények hiányában ez még várat magára. Az esetleges diagnosztikai besorolása kapcsán az evészavar- és kényszerspektrum lehetősége vetődik fel. Jelen kutatás eredményei mind az evészavarral, mind a kényszerességgel való kapcsolatát megerősítik. Az ON hajlam esetén az evészavar tünetek meghatározó jellege, ezenbelül is a karcsúság iránti késztetéssel való szoros összefüggése ezen csoporttal való kapcsolatát erősíti, illetve az evés minőségi aspektusa mellett a mennyiségi szempontok szerepét is felveti. Az elhízás nyilvánvalóan nemcsak esztétikai, hanem egészségügyi problémának tekinthető, így az egészségre való törekvés a túlsúly elkerülését vagy annak mérséklését (fogyás) is magában foglalja. Más típusú evészavaroktól való differenciálása így éppen a kiváltó vagy fenntartó háttérmotiváció megismerésével történhet. Kérdés, hogy az egészségre való törekvés, vagy inkább a külső megjelenés

kontrollálása jelenik meg az egészséges ételre vonatkozó fixáció mozgatójaként. Más evészavarokkal való hasonlóságait és különbségeit a következő táblázat foglalja össze a korábbi leírások alapján (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000) (45. táblázat):

45. Táblázat Az orthorexia nervosa és evészavarok tüneti különbségei és hasonlóságai

	ON	ED
Különbségek	Testképzavar hiánya	Testképzavar
	Fókusz az étel minőségén	A fókusz az étel mennyiségén
	Nyílt, racionalizált szabályok az evéshez kapcsolatban	Étellel kapcsolatos rejtett szabályok
	Nemi különbségek mérséklődnek vagy eltűnnek	Nők > férfiak
	Az ételhez és evéshez fűződő megszállottság eluralja az ember életét A viselkedés és az élet a speciális evési szokások köré szerveződik A diéta a páciens identitását fejezi ki Bio-pszicho-szociális értelmezési keret Kényszeres személyiség vonások (rigiditás, perfekcionizmus) Ego-szinton kényszeres tünetek A következmények mind az egyén társas helyzetére, mind az egészségügyi állapotára hatással vannak: <ul style="list-style-type: none"> € Társas elszigetelődés € Súlyváltozás a diéta következtében € Nem megfelelő tápláltsági állapot 	

Egy jövőbeli, új nozológiai rendszerben a következő diagnosztikai kritériumok vetődhetnek fel az ON diagnózisához kapcsolódóan a saját kutatások eredmények alapján (figyelembe véve a korábbi leírásokat is):

1. Egészséges táplálkozásra irányuló megszállottság, amely az elfogyasztott étel minőségére vonatkozik
2. Intenzív aggodalmak az egészséges étkezés, életmód és az ételek összetevői miatt.
3. Egyes ételek kerülése annak nem egészségesnek vélt összetevői miatt, pl. tartósítószer, adalékanyagok.
4. Az egészséges táplálkozás jelenti az önbecsülés alapját
5. Az egészségesnek vélt szabályok követésének következtében testi szövödmények jelentkeznek (fogyás, hízás, hiányállapotok)

6. Jelentős distressz vagy társas problémák a munkahelyi, az emberi kapcsolatokban, vagy az élet más fontos területein való működésben.
7. Ha a táplálkozási viselkedés más mentális zavar (p. hypochondriasis, anorexia nervosa), vagy testi állapot (beleértve a terhességet) kontextusában jelenik meg, akkor kellőképpen súlyos ahhoz, hogy további klinikai figyelmet igényeljen.

Az egyes kritériumok közül nem szükséges mindegyiknek együttesen teljesülnie, mérlegelendő, hogy melyik milyen súllyal kerülne elbírálásra. Példaként említhető, hogy az egészségi szövődmények nem feltétlenül alakulnak ki, ha valóban egészséges étrend jelenti a megszállott diéta alapját. Az 1., 2. 3., 6., 7. tételek azonban mindenképpen elvártak lehetnek az ON esetleges megállapításához.

Hiába nincs még jól körülhatárolt kritériumrendszer, amelynek alapján az egészséges ételek, táplálkozás rabjává vált személyeket azonosíthatjuk, a klinikai gyakorlatban szembe kerülve a problémával nem állhatunk tétlen. Más evészavarok mögé elrejtözve, vagy éppen azt rejtve, azok tüneti részeként vagy gyógyulási útjaként is megjelenhet a Bratman által ON-ként leírt tünetegyüttes. Az ON hajlam pontosabb megértésével közelebb kerülhetünk a megfelelő terápiás terv kidolgozásához. A tünetek jelentésének és kontextusának megértésével világossá válhat, hogy mennyire önmagában vagy más evészavarhoz kapcsolódóan jelenik meg az ON tünetegyüttese, illetve az is, hogy mennyire rejtőzhet a karcsúság iránti készletesség az egészséges táplálkozás filozófiája mögé. A pszichés meghatározottságú szomatikus zavarok és krónikus betegségek terjedésével az életmódváltás, így az egészségre, táplálkozásra való figyelem nyilvánvalóan fokozódik. Sokszor a szigorú vagy egyoldalú diéta szükséges a probléma, betegség karbantartásához, ráadásul ismeretlen vagy halálos kimenetelű betegségek esetén az életmód, táplálkozás kontrollálása jelenti az egyetlen lehetőséget az irányítás látszólagos visszanyeréséhez. Kérdésként adódik, hogy ilyen esetben az egészségességre irányuló fokozott figyelem mennyire értelmezhető megszállottságnak, vagy az egyetlen lehetőséget jelenti a túléléshez.

6. Összefoglalás

Az első magyar ON hajlamot és korrelátumait körüljáró, nagy elemszámú mintán végzett exploratív kutatás történt. A 810 fős mintán végzett vizsgálat során faktoranalízis segítségével az ORTO-15 11 tételes, egyfaktoros magyar adaptációja készült el, amely az átfogó pszichometriai elemzés során jó mérőeszköznek bizonyult. Az ON hajlamú személyek a várakozásainknak megfelelően az egészséges életmód több jellemzőjét és egészségesebb táplálkozási szokásokat mutattak. Az újonnan kidolgozott mérőeszköz fokozott ON hajlamú csoportot elkülönítő határértéke alapján a teljes vizsgálati minta (N=810) 21,7%-a (n=176), 20,93% férfi és 21,82% nő bizonyult ON hajlamúnak. A fokozott ON hajlammal rendelkező csoport több evészavar-(Evési Zavar Kérdőív), kényszeres (Maudsley-féle Kényszer Kérdőív) és depresszív (Beck-féle Depresszió Kérdőív) jellemzővel rendelkezik. A szubjektív önjellemzés és objektív evészavar kritériumok alapján az evészavarban szenvedők magasabb ON hajlammal rendelkeztek. Az ON hajlamot leginkább az alacsonyabb életkor, az elhízás, a karcúság iránti készletesség, a kényszeres ellenőrizgetés, illetve az Önmegtartóztatás és Étkezésre irányuló figyelem magyarázta. Ez a hivatás szerint bontott csoportban csak részben különbözött. Az egészségügyi pályát választók csoportjában az evészavar tünetek, a nem egészségügyi pályát választók között a kényszeresség jelent meg az ON hajlam magyarázó tényezőjeként az Önmegtartóztatás és Étkezésre irányuló figyelem mellett. A fokozott ON hajlamúak csoportjában szignifikánsan magasabb volt a korábban vagy jelenleg evészavarban szenvedő nők aránya, Mind az AN és BN, illetve ezek szubklinikai formáinak kritériumait kimerítő nők szignifikánsan magasabb ON hajlammal rendelkeztek, illetve az ORTO-11-Hu kérdőív megállapított határérték alapján is szignifikánsan többen tartoztak közülük a fokozott ON hajlammal rendelkező csoportba. Mivel a férfiak alulreprezentáltak a mintában, így az eredmények nem biztosítanak kellő adatmennyiséget a nemi különbségek megbízható vizsgálatához. További reprezentatív, illetve nemzetközi és kultúrközi kutatások szükségesek az ON hajlam alaposabb feltérképezéséhez, amely lehetővé tenné még pontosabb mérőeszközök kidolgozását, illetve az adatok összehasonlíthatóságát, így az ON hajlam pontosabb körvonalazását, amely talán elvezethet a diagnosztikus kritériumok kidolgozásáig.

7. Summary

This is the first explorative study measuring tendency towards orthorexia nervosa (ON) and its correlates on a large sample in Hungary. Confirmatory factor analysis including 810 participants suggested a single factor structure for the 11-item shortened version of the instrument ORTO-15, which led to the Hungarian adaptation of it, called ORTO-11-Hu. As we expected, the participants with ON tendency showed healthier lifestyle and eating behaviors. According to the new established cut-off point distinguishing between individuals with or without ON tendency (ON tendency below 26) 21.7% (n=176) of the total sample (N=810), 20.93% of men and 21.82% of women proved to have ON tendency. More eating disturbances (according to Eating Disorder Inventory), more obsessive and compulsive features (according to Maudsley Obsessive Compulsive Inventory) and more depressive symptoms (according to Beck Depression Inventory) were found in this group with ON tendency. Based on the subjective self-reports and objective criteria of eating disorders, individuals with eating disorders had higher ON tendency. Younger age, overweight, drive for thinness, compulsive checking and focus on nutrition, and self-restraint showed up as explanatory factors of ON tendency. Besides the focus on nutrition and self-restraint, eating disorder symptoms emerged as explanatory factors of ON tendency in the group of individuals with healthcare profession, while in the group of non-healthcare professionals obsessive and compulsive features proved to be factors explaining ON tendency. There were significantly more women with ON tendency among individuals with past or present experience of eating disorders. Women with both AN, BN and their subclinical forms had significantly higher tendency towards ON (lower ORTO-11-Hu scores) and were significantly more likely to be part of the group of individuals with ON tendency according to the cut-off score of 26. Since men were underrepresented in the sample, these results do not represent reliably the gender differences occurring in eating disorders.

Further international and comparative studies and representative samples are needed in order to explore ON tendency better which can help us develop better assessment instruments and make the results comparable, and could help us clarify the ON phenomenon in a more accurate way and may lead to the adequate diagnostic criteria of ON.

8. Irodalomjegyzék

1. Aksoydan E, Comci N. (2009) Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord*, 14: 33-7.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition, Washington, D.C., 1994.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing., 2013.
4. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. (2003) Childhood obsessive-compulsive personality traits in adults women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiat*, 16: 242-247.
5. Angst J, Gamma A, Enndrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. (2004) Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci*, 254: 156-164.
6. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. (2008) [Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish]. *Turk Psikiyatri Derg*, 19: 283–91.
7. Babar N, Alam M, Ali SS, Ansari A, Atiq M, Awais A, Israr SM. (2002) Anorexic behaviour and attitudes among female medical and nursing students at a private university hospital. *J Pak Med Assoc*.
8. Bağcı Bosi AT, Camur D, Güler C. (2007) Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49: 661–6.
9. Bartrina JA. (2007) Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Arch Latinoam Nutr*, 57(4): 313-315.
10. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi C, Smeraldi E. (2001) Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiat*, 158: 563-569.
11. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Kung-Yee Liang, Cullen BAM, Grados MA, Nestadt G. (2000) The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiat*, 48: 287-293.
12. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. (2006) Psychiatric comorbidity of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med*, 68: 454-462.

13. Bratman S. (1997) Orthorexia nervosa. Yoga Journal. website: <http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>
14. Bratman S, Knight D. Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. Broadway Books, New York, 2000.
15. Cartwright MM. (2004) Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. Crit Care Nurs Clin North Am, 16: 515–30.
16. Chung B. (2001) Muscle dysmorphia – a critical review of the proposed criteria. Perspect Biol Med, 44: 565-574.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edition). Lawrence Erlbaum, New Jersey, 1988.
18. Cohen J. (1992) A power primer. Psychol Bull, 112(1): 155–159.
19. De Silva P, Rachman S. A rögeszmés-kényszeres betegség. Oxford University Press, 1992.
20. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. (2004) Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eat Weight Disord, 9: 151-7.
21. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. (2005) Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. Eat Weight Disord, 10: 28–32.
22. Döme L. Személyiségzavarok. Filum, Budapest, 2001.
23. Drake MA. (1989) Symptoms of anorexia nervosa a in female university dietetic majors. J Am Assoc, 89: 97-98.
24. Dudás K, Túry F. (2008) Orthorexia nervosa: az egészségesétel-függőség, mint a legújabb evészavarok egyike. Mentálhig Pszichoszom, 9(2): 125-137.
25. Dudás K, Varga M. Az evészavarok új útjai: tanácsadás és pszichoterápia orthorexia nervosában. In: Túry F, Pászthy B (szerk.) Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011.
26. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC. (2008) Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. Scand J Med Sci Sports, 18(3): 389-94.
27. Fahy TA, Osacar A, Marks I. (1993) History of eating disorders in female patients with obsession-compulsive disorders. Int J Eat Disord, 14(4): 439-443.

28. Fairburn Ch, Cooper Z. (2011) Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Brit J Psychiat*, 198: 8–10.
29. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. (2010) Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, *Turk Compr Psychiat*, 51: 49–54.
30. Fryer S, Waller G, Kroese BS. (1997) Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *Int J Eat Disord*, 22: 427-436.
31. Gádoros J. A kényszerbetegség pszichoanalitikus-pszichodinamikus megközelítése. In: Németh A. (szerk.) *Kényszerbetegség*. Cserépfalvi könyvkiadó, Budapest, 1994.
32. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. In: *Int J Eat Disord*, 1: 15-34.
33. Gruber AJ, Pope HG Jr. (2000) Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychother Psychosom*, 69: 19-26.
34. Halmi KA, Falk JR, Schwartz E. (1981) Binge-eating and vomiting: a survey of college population. *Psychol Med*, 11: 697-706.
35. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, Strober M, Leckman JF, Fichter M, Kaplan A, Woodside B, Treasure J, Berrettini WH, Shabboat MA, Bulik CM, Kaye WH. (2003) Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord*, 33: 308-319.
36. Hay P. (1998) The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *Int J Eat Disord*, 23(4): 371-382.
37. Hodgson RJ, Rachman S. (1977) Obsessional compulsive complaints. *Behav Res Ther*, 10: 181-189.
38. Hofstede G. *Cultures consequences. Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Sage, Thousand Oaks, CA, 2001.
39. Holden NL. (1990) Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Brit J Psychiat*, 157: 1-5.
40. Jaisoorya TS, Reddy YCJ, Srinath S. (2003) The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Compr Psychiat*, 44(4): 317-32.

41. Kay MP, Michell GK, Del Mar ChB. (2004) Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J*, 181(7): 368-370.
42. Kaye WH, Klump KL, Frank GK, Strober M. (2000) Anorexia and bulimia nervosa. *Annu Rev Med*, 51: 299-313.
43. King KA, Vidourek R, Schwiebert M. (2009) Disordered eating and job stress among nurses. *J Nurs Manag*, 17: 861-869.
44. Kinzl JF, Hauer K, Traweger Ch, Kiefer I. (2005) Orthorexia nervosa. Eine häufige Essstörung bei Diätassistentinnen? *ErnUm*, 52.
45. Kinzl JF, Hauer K, Traweger CH, Kiefer I. (2006) Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom*, 75: 395–396.
46. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. (2010) Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr*, 13: 32–7.
47. Lukács E, Mórotz K. A kényszerbetegség viselkedésorientált pszichoterápiája. In: Németh A. (szerk.) *Kényszerbetegség és határterülete*. Filum, Budapest, 2000.
48. Lukács E, Németh A, Bábel B. Pszichiátriai sebészet a terápiareszisztens kényszerbetegek kezelésében. In: Németh A. (szerk.) *Kényszerbetegség és határterülete*. Filum, Budapest, 2000.
49. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. (2006) Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 26(3): 299-320.
50. Martos E. Az obezitás fogalma. In: Császár A (szerk.) *Obezitás. Elmélet és klinikum*. TEVA, Budapest, 2010: 5-20.
51. Malik S, Blake H, Batt M. (2011) How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. *Brit J Nurs*, 20(8): 489-496.
52. Mathieu J. (2005) What is orthorexia? *J Am Diet Assoc*, 105(10): 1510-2.
53. Mehr RJ, Clemens LH, Roach RR, Beech BM. (1997) Prevalence of eating disorders in dietetic and other health-related majors: A study of college students. *J Am Diet Assoc*, 97(9).

54. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. (2002) Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 31: 284-289.
55. Németh A. (szerk.) Kényszerbetegség. Cserépfalvi könyvkiadó, Budapest, 1994.
56. Németh A. Kényszerbetegség és határterülete. Filum, Budapest, 2000.
57. Németh A, Gerevich J. Addikciók. Medicina Kiadó, Budapest, 2000.
58. O'Brien KM, Vincent NK. (2003) Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev*, 23: 57-74.
59. Perczel Forintos D, Kiss Zs, Ajtay Gy. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában, OPNI, Budapest, 2005.
60. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. (1993) Anorexia nervosa and „reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiat*, 34: 406-409.
61. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession. The Free Press, New York, London, 2000.
62. Pratt JP, Overfield TH, Gill H. (1994) Health behaviors of nurses and general population women. *Health Values*, 18(5): 41-46.
63. Ramacciotti CE, Perrone P, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, Dell'Osso L. (2011) Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord*, 16: 127-130.
64. Rothenberg A. (1986) Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiat*, 49: 45-53.
65. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. (2010) The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiat*, 15(1): 53-63.
66. Russel G. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(3): 429-448.
67. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. (2002) Anorexia Nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clin Psychol Rev*; 22: 647-69.

68. Shelton NJ. (2007) What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey. *J Public Health*, 27(1): 36-44.
69. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. (2012) Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiat Rep*, 14: 406-414.
70. Speranza M, Corcos M, Levi G, Jeammet P. (1999) Obsession-compulsive symptoms an a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders: Measuring the effects of depression. *Eat Weight Disord*, 4: 121-127.
71. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, Kraemer HC. (2009) Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*, 42(5): 471-474.
72. Swain PI. Trends in eating disorders research. Nova Publishers, Hauppauge, NY, 2005.
73. Szweda S, Thorne P. (2002) The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occup Med*, 52(3): 113-119.
74. Thompson JK, Coovert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. (1995) Developmental of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord*, 18: 221-236.
75. Thornton C, Russell J. (1997) Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J Eat Disord*, 21(1): 83-87.
76. Túry F, Babusa B, Dukay-Szabó Sz, Varga M. (2010) Az evés- és a testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magy Tud*, 2010/11.
77. Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, László Zs. (1997) Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336-342.
78. Túry F, Lukács L. (2006) Az evészavarok modern formái. *Ideggyógyász Szle*, 59: 294-296
79. Túry F, Lukács L, Rácz O, Horváth K. (2003) Az evés- és a testképzavarok újabb megnyilvánulásai. *Lege Artis Med*, 13: 642-647.

80. Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina Kiadó, Budapest, 2000.
81. Tyssen R, Vaglum P. (2002) Mental Health Problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiat*, 10(3): 154-65.
82. Vandereycken W. (2011) Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord*, 19: 145–55.
83. Varga M, Babusa B. (2012) Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszerszemléleti vonatkozása. *Lege Artis Med*, 22 (6-7).
84. Varga M, Dudás K, Túry F. Az orthorexia nervosa – egészségesétel-függőség. In: Demetrovics Zs, Kun B (szerk.) *Az addiktológiai alapjai IV. Viselkedési függőségek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 447-58.
85. Varga M, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2013) Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 18: 103-111.
86. Varga M, Dukay-Szabó Sz, Túry F. (2013) Orthorexia nervosa és háttértényezői. *Ideggyogy Sz*, 66: 7-8.
87. Varga M, Konkoly Thege B, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiat*, 14(59).
88. Varga M, Túry F. (2008a) Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 8(10).
89. Varga M, Túry F. Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. In: Túry F, Pászthy B. (szerk) *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 2008b.
90. Varga M, Túry F. (2008c) Obsessionality and compulsivity in eating disorders. *Rev Med Chir Soc Med Nat*, 112(3): 181-188.
91. WHO (World Health Organization). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10)*. WHO, Genf, 1992. A pszichiátriai rész magyar fordítása: BNO-10. (1994) *A mentális és viselkedészavarok osztályozása*. WHO-MPT, 1994.
92. WHO (World Health Organization). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO, Geneva, 2000.

93. Zamora CML, Bote Bonaechea B, García Sánchez F, Ríos Rial B. (2005) [Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?]. *Actas Esp Psiquiatr*, 33: 66-8.

9. Saját publikációk jegyzéke

Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

Könyvfejezet

1. **Varga M**, Túry F. Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008: 273-285.
2. **Varga M**, Dudás K, Túry F. Az orthorexia nervosa – egészségesétel-függőség. In: Demetrovics Zs. (szerk.) Addiktológia alapjai IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem, vagy nem impulzuskontroll-zavarként osztályozott viselkedési addikciók. Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 447-458.
3. Dudás K, **Varga M**. Az evészavarok új útjai: tanácsadás és pszichoterápia orthorexia nervosában. In: Túry F, Pászthy B. (szerk.): Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis, Budapest, 2011: 127-137.

Folyóiratban megjelent közlemény

1. **Varga M**, Túry F. (2008) Obsessionality and compulsivity in eating disorders. Rev Med Chir Soc Med Nat, 112(3): 181-188.
2. **Varga M**, Túry F. (2008) Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. Házi orvos Továbbképző Szemle, 8(10).
3. Túry F, Babusa B, Dukay-Szabó Sz, **Varga M**. (2010) Az evés- és a testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. Mag Tud, 171(11): 1306-1315.
4. **Varga M**, Babusa B. (2012) Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszerszemléleti vonatkozása. Lege Artis Med, 22(6-7): 440-444.
5. **Varga M**, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2013) Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. Eat Weight Disord, 18: 103-111. (IF 0.527)
6. **Varga M**, Dukay-Szabó Sz, Túry F. (2013) Orthorexia nervosa és háttértényezői. Ideggyogy Sz, 66(7-8): 220-227. (IF 0.348)
7. **Varga M**, Konkoly Thege B, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. BMC Psychiat, 14(59). (IF 2,23)

Egyéb- nem az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

1. Túry F, Babusa B, **Varga M.** (2010) History of eating disorders in Hungary. *Psihijat dan*, 42(1): 73-84.
2. Túry F, Szentes A, **Varga M.** Ikrek pszichoterápiájának nehézségei evészavarokban. In. Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*. Semmelweis, Budapest, 2011: 188-199
3. Túry F, Szentes A, **Varga M.** (2012) Pitfalls of the psychotherapy of twins with eating disorders. *Eat Weight Disord*, 17: 140-143. (IF 0.628)
4. **Varga M.** (2011) A halál megjelenése evészavarokban. *Pszichoterápia*, 20 (3): 181-189.
5. Dukay-Szabó Sz, Györffy Zs, Ádám Sz, **Varga M.** Nőnek lenni: négy hetente, negyven hétig, közben, és azután. In: Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013.
6. 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*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013: 147-160.

10. Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom mindazoknak, akik mellettem voltak az elmúlt években, támogattak, biztattak a kutatói munkám során, illetve értekezésem elkészítésében.

Szeretnék köszönetet mondani Túry Ferencnek, témavezetőmnek, akinek támogatása fontos szerepet játszott a doktori képzésbe való belépésemben, és irányadó volt az idáig vezető hosszú út főbb pontjainak kijelölésében. A hatására indultam el az evészavarokkal való foglalkozás mind terápiás, mind kutatási útján. Bátorított a saját kutatásom tervezésében és kivitelezésében, nagyfokú önállóságot biztosítva, hol szakmai, hol emberi támpontokat nyújtva az elmúlt években.

Köszönettel tartozom a türelmért és támogatásért Eric van Furthnak, aki szakmai és baráti támogatásával mindvégig mellettem állt. Együttműködésünk során rengeteg időt és energiát fordított megírt tanulmányaim, gondolataim formálására, csiszolására.

Baráti köszönet Dukay-Szabó Szilviának, aki szakmai és baráti támogatásával végig kísérelte kutatói éveimet.

Köszönöm Konkoly Thege Barnának a rengeteg szakmai segítséget, a szerzőtársként nyújtott lelkiismeretes munkáját és támogatását. Nem csak szakmailag, de emberileg is sokat jelentett számomra.

Köszönöm Czeglédi Editnek a sok hasznos tanácsot, a bizalmát és szabadidejét.

Köszönet illeti Falus András baráti és szakmai támogatásáért, türelméért és belém vetett bizalmáért.

Köszönöm a Magatartástudományi Intézetten keresztül megismert barátoknak, kollégáknak, akik egy-egy kedves szóval, gesztussal, belém vetett bizalmukkal támogattak és hittek bennem.

Külön köszönet illeti Kopp Mária professzorasszonyt, aki nemcsak szakmailag, de emberileg is bátorított doktori képzésem alatt felmerült nehezebb időszakokban.

Köszönöm a türelmet és támogatást családomnak és barátaimnak, akik nélkülöztek folyamatos elfoglaltságom miatt, akik keveset láttak, de mindvégig szeretettel támogattak és fontos biztonsági pontot jelentettek számomra minden szempontból.

Mellékletek

Kedves Hölgyem/Uram!

Varga Márta pszichológus vagyok, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársa és PhD hallgatója. Egy nemzetközi szintre is kiterjedő kutatást folytatunk kollégáimmal az evéssel, táplálkozással és az egészséges életmóddal kapcsolatos témában, amelyhez felnőtt személyek segítségét várjuk.

Nagyon köszönjük, hogy részt vesz vizsgálatunkban, ezzel támogatva kutatásunkat, illetve annak hasznosítását a mindennapi gyakorlatban. Ehhez a jelen kérdőív kitöltésére lenne szükség, amely körülbelül 20 percet vesz igénybe. Kérjük, válaszát a válaszok előtt szereplő megfelelő kódok bekarikázásával, táblázatok esetén a megfelelő cellába tett x-szel jelölje, illetve – ahol erre lehetőség/szükség van – véleményét a vonalra írva tudja kifejezni.

A válaszadás anonim és önkéntes. A felmérés során nem kérdezzük rá olyan személyes adataira, amely alapján válaszadóink beazonosíthatók lennének. A kutatás során kapott válaszokat összesítve, matematikai-statisztikai módszerekkel, számítógéppel dolgozzuk fel.

A felméréshez a Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével rendelkezünk. Ha bármilyen kérdése merülne fel a kutatással kapcsolatban, a varga.marta@net.sote.hu e-mail címen léphet velünk kapcsolatba.

Együttműködését előre is megköszönve, üdvözlettel:

Varga Márta
a kutatás vezetője

I.

1. Jelen vizsgálatot több csoport körében is végezzük. Kérem, jelölje be, hogy a következők közül Ön elsősorban melyik csoporthoz tartozónak sorolja magát!

- 1 - dietetikus hallgató
- 2 - orvostanhallgató
- 3 - egyéb egészségügyi képzésben résztvevő
- 4 - más, nem egészségügyi képzésben résztvevő
- 5 - dietetikus
- 6 - orvos
- 7 - más egészségügyi dolgozó
- 8 - sportoló
- 9 - más foglalkozást űző
- 10 - a felsorolt csoportok egyikébe sem besorolható válaszadó

2. Most arra kérjük, válaszoljon néhány olyan személyes kérdésre, amelyek a kérdőív feldolgozásához szükségesek. Az Ön neme:

- 1 - férfi
- 2 - nő

3. Melyik évben született?

_____ évben

4. Az Ön lakóhelye:

- 1 - Budapest
- 2 - megyeszékhely
- 3 - város
- 4 - község

5. Mi az Ön legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?

- 1 - kevesebb, mint 8 általános
- 2 - 8 általános
- 3 - szakmunkásképző
- 4 - szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségi
- 5 - főiskolai vagy egyetemi diploma
- 6 - egyéb, éspedig: _____

6. Az Ön testmagassága:

_____ cm

7. Az Ön testsúlya:

_____ kg

8. Ön dohányzik jelenleg?

- 1 - igen
- 2 - nem, mert már leszoktam
- 3 - nem, mert soha nem is dohányoztam

9. Milyen rendszerességgel fogyaszt Ön alkoholt?

- 1 - soha
- 2 - nagyon ritkán, csak fontosabb eseményekkor, ünnepekkor
- 3 - havonta egy-két alkalommal
- 4 - heti egy alkalommal
- 5 - hetente több alkalommal
- 6 - napi rendszerességgel

10. Milyen rendszerességgel fogyaszt Ön (koffeines) kávét?

- 1 - soha
- 2 - nagyon ritkán
- 3 - havonta egy-két alkalommal
- 4 - heti egy alkalommal
- 5 - hetente több alkalommal
- 6 - napi rendszerességgel

11. Szed Ön rendszeresen valamilyen gyógyszert?

- 1 - igen
- 2 - nem

12. Szed Ön rendszeresen vitaminokat, táplálék-kiegészítőket?

- 1 - igen
- 2 - nem

13. Tart-e Ön valamilyen speciális diétát? (pl. mert vegetáriánus, cukorbeteg, ételallergiája van, vagy fogyókúrázik, stb.)

- 1 - igen
- 2 - nem

14. Ön sportol jelenleg?

- 1 - nem
- 2 - alkalmyszerűen
- 3 - rendszeresen, *hobby szinten*
- 4 - rendszeresen, *versenyszerűen*

II.

1. Kérjük, válaszoljon a következő állításokra aszerint, hogy **mennyire jellemző Önre!** Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, minden kérdésre őszintén válaszoljon! Jelölje x-szel a megfelelő választ!

	mindig	gyakran	ritkán	soha
1. Ha eszik, figyel az étel kalóriatartalmára?				
2. Ha bemegy egy élelmiszerboltba, zavartnak érzik magát?				
3. Az utóbbi három hónapban az étel gondolata aggasztotta Önt?				
4. Ételválasztásának feltételévé vált-e az egészségi állapota miatti aggodás?				
5. Az étel íze fontosabb, mint a minősége, amikor az ételt értékeli?				
6. Hajlandó több pénzt költeni egészségesebb ételekre?				
7. Az ételekről szóló gondolatok naponta több mint három órán át aggasztják?				
8. Megengedi magának az étkezési szabályok áthágását?				
9. Gondolja, hogy hangulata befolyásolja étkezését?				
10. Gondolja, hogy az a meggyőződés, hogy csak egészséges ételt egyen, növeli az önbecsülést?				
11. Gondolja, hogy az egészséges étel evése megváltoztatja az életstílusát (az otthonon kívül evés gyakorisága, barátok...)?				
12. Gondolja, hogy egészséges ételek fogyasztása javíthatja a megjelenését?				
13. Bűnösnek érzi magát, ha kihágást követ el?				
14. Gondolja, hogy a piacon vannak egészségtelen ételek is?				
15. Általában egyedül van, amikor eszik?				

2. **Próbálta már meggyőzni családtagjait vagy barátait, hogy az Ön által helyesnek ítélt étrendet kövessék?**

- 1 - igen
2 - nem

3. **Az Ön táplálkozására mennyire vannak hatással a környezetében élők?**

- 1 - nagymértékben
2 - kismértékben
3 - egyáltalán nincsenek rá hatással

III.

1. Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek önmagával kapcsolatos érzésekre vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, így próbáljon meg teljesen őszinte lenni válaszaiban. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvassa el mindegyik tételt és jelölje kereszttel az Önre leginkább érvényes oszlopban lévő négyzetet. Kérjük, hogy minden kérdésre nagyon gondosan válaszoljon. *Köszönjük!*

		<i>mindig</i>	<i>rend-</i>	<i>gyak-</i>	<i>néha</i>	<i>ritkán</i>
	<i>soha</i>					
			<i>szerint</i>	<i>ran</i>		
1.	Édességeket és szénhidrátokat anélkül ● eszem, hogy idegességet éreznék.	●	●	●	●	●
2.	Azt hiszem, a gyomrom túl nagy. ●	●	●	●	●	●
3.	Bárcsak vissza tudnék térni a gyermekkor ● biztonságához.	●	●	●	●	●
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok. ●	●	●	●	●	●
5.	Teletömöm magam étellel. ●	●	●	●	●	●
6.	Bárcsak fiatalabb lehetnék. ●	●	●	●	●	●
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 családomban.
14. A legboldogabb időszak az életben ● ● ● ● ●
●
a gyermekkor.
15. Nyílt vagyok érzelmeimmel kapcsolatban. ● ● ● ● ●
●
16. Rettenetesen félek a házastól. ● ● ● ● ●
●
17. Megbízom másokban. ● ● ● ● ●
●
18. Egyedül érzem magam a világon. ● ● ● ● ●
●
19. Elégedett vagyok az alakommal. ● ● ● ● ●
●
20. Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ● ● ● ● ●
●
ellenőrzés alatt tartom életemben.
21. Megzavar az, hogy milyen ● ● ● ● ●
●
érzelmet is érzek.
22. Inkább felnőtt lennék, mint gyermek. ● ● ● ● ●
●
23. Könnyen kapcsolatba ● ● ● ● ●
●
tudok kerülni másokkal.
24. Bárcsak valaki más lennék. ● ● ● ● ●
●

	<i>soha</i>	<i>mindig</i>	<i>rend-</i>	<i>gyak-</i>	<i>néha</i>	<i>ritkán</i>
			<i>szert</i>	<i>ran</i>		
25.	Eltúlzom vagy felnagyítom ● a testsúly fontosságát.	●	●	●	●	●
26.	Világosan meg tudom határozni, milyen ● érzelmet érzek.	●	●	●	●	●
27.	Elégtelennek érzem magam. ●	●	●	●	●	●
28.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy ● éreztem, hogy nem tudom abbahagyni.	●	●	●	●	●
29.	Gyermekként nagyon erősen próbáltam ● elkerülni, hogy csalódást okozzam szüleimnek vagy tanárainknak.	●	●	●	●	●
30.	Közeli kapcsolataim vannak. ●	●	●	●	●	●
31.	Tetszik a fenekem formája. ●	●	●	●	●	●
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, ● hogy soványabb legyek.	●	●	●	●	●
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.	Zavarban vagyok, hogy éhes vagyok-e ● vagy nem	●	●	●	●	●
41.	Rossz véleményem van magamról. ●	●	●	●	●	●
42.	Úgy érzem, teljesíteni tudom elvárásaimat. ●	●	●	●	●	●
43.	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem. ●	●	●	●	●	●
44.	Aggódok, hogy érzéseim fölött ● elveszítem az uralmat.	●	●	●	●	●
45.	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl nagy. ●	●	●	●	●	●
46.	Mások előtt mérsékelten eszem, ● de teletömöm magam, ha elmennek.	●	●	●	●	●
47.	Normális étkezés után is felfúvódottnak ● érezem magam.	●	●	●	●	●
48.	Úgy érzem, az emberek gyerekkorukban ● a legboldogabbak.	●	●	●	●	●
49.	Ha hízom egy kg-ot, aggódok, ● hogy tovább hízom. <i>soha</i>	●	●	●	●	●
		<i>mindig</i>	<i>rend-</i>	<i>gyak-</i>	<i>néha</i>	<i>ritkán</i>
			<i>szerint</i>	<i>ran</i>		
50.	Úgy érzem, értékes személy vagyok. ●	●	●	●	●	●
51.	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy ● szomorú, rémült, vagy dühös vagyok.	●	●	●	●	●

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 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 évei azok, amikor
●
az ember felnőtté válik. | ● | ● | ● | ● | ● |
| 59. | Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.
● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 60. | Vannak érzelmeim, melyeket nem tudok
●
eléggé meghatározni | ● | ● | ● | ● | ● |
| 61. | Titokban eszem vagy iszom. | | | | | |
| 62. | Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.
● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 63. | Igen magas céljaim vannak.
● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 64. | Ha zaklatott vagyok, aggódom,
●
hogyan kezdek. | ● | ● | ● | ● | ● |

IV.

1. Jelölje be az IGAZ vagy HAMIS választ minden állításnál aszerint, hogy azt **önmagára vonatkoztatva igaznak vagy hamisnak érzi-e**. Nincsenek jó vagy rossz válaszok vagy tréfás kérdések. Válaszait gyorsan adja meg, s ne sokat gondolkozzon a kérdések pontos jelentésén! Jelölje x-szel a megfelelő választ!

	IGAZ	HAMIS
1. Kerülöm a nyilvános telefon használatát, hogy kivédjem a lehetséges fertőzést.		
2. Gyakran jutnak eszembe ocsmány dolgok, s nehezen tudok szabadulni tőlük.		
3. Többet törődöm a tisztességgel, mint a legtöbben.		
4. Gyakran elkésem, mert képtelen vagyok mindennel időre elkészülni.		
5. Nem aggódom különösebben a fertőzés miatt, ha megsimogatok egy állatot.		
6. Gyakran többször is ellenőriznem kell különböző dolgokat, mint pl. gáz- és vízcsapok, ajtók stb.		
7. Nagyon lelkiismeretes vagyok.		
8. Azt tapasztalom, hogy majd' mindennap felidegesítem magam olyasmitől, ami önkéntelenül, akaratom ellenére jut eszembe.		
9. Nem idegesítem fel magam különösebben, ha véletlenül beleütközöm valakibe.		
10. Minduntalan súlyos aggályaim vannak hétköznapi tennivalóim végzése során.		
11. Egyik szülőm sem volt különösebben szigorú velem gyermekkoromban.		
12. Gyakran elkésem a munkámmal, mert folytonosan újraellenőrzöm a dolgokat.		
13. Csak átlagos mennyiségű szappant használok.		
14. Bizonyos számok nagyon szerencsétlenek.		
15. Nem szokásom a leveleket feladás előtt újra meg újra ellenőrizni.		
16. Nem szoktam reggelente hosszasan öltözködni.		
17. Nem vagyok a normális mértéket meghaladóan tisztaságigényes.		
18. Egyik fő problémám, hogy túl sok figyelmet szentelek a részleteknek.		
19. Egy tisztán tartott WC-t minden további nélkül használok.		
20. Fő problémám a dolgok újra és újra való ellenőrzése.		
21. Nem foglalkoztatnak különösebben a baktériumok és a betegségek.		
22. Nem szokásom egynél többször ellenőrizni a dolgokat.		
23. Nem szoktam szigorú szabályokhoz kötni magam, mindennapi dolgok végzése során.		
24. Nem érzem piszkosnak a kezem, ha megfogom a pénzt.		
25. Nem szoktam magamban számolni rutinfeladatok végzése során.		
26. Hosszabb időt szoktam tölteni reggel a mosakodással.		
27. Nem szoktam nagy mennyiségű fertőtlenítőszerrel használni.		
28. Rengeteg időm elmegy nap nap után a dolgok újra meg újra történő ellenőrzésével.		
29. Nem megy el sok idő a ruháim esténkénti összehajtogatásával.		
30. Még ha valamit nagyon gondosan végzek is el, gyakran úgy érzem, nem jártam el helyesen.		

V.

1. A következő néhány állítást értékelje önmagára vonatkoztatva aszerint, hogy az adott állítás **mennyire jellemző Önre**? Kérjük ismét ügyeljen a használt skála fokozataira! Jelölje x-szel a megfelelő választ!

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

2. **Mennyire igazak Önre a következő állítások?** Teljes mértékben, inkább igen, inkább nem, vagy egyáltalán nem igazak? Jelölje x-szel a megfelelő választ!

	teljes mértékben igaz	inkább igaz	inkább nem igaz	egyáltalán nem igaz
1. Csak bioételeket fogyasztok.				
2. Mindig meghatározott időpontban eszem.				
3. A szexualitás fontos szerepet játszik az életemben.				
4. A kövérséget a gyengeség jelének tartom.				
5. Bizonyos színű ételeket kerülök.				
6. Elítélem azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni vágyaikon.				
7. Úgy gondolom, hogy a betegek				

többsége maga okolható betegségéért.				
8. Mindig ugyanazokat az ételeket fogyasztom.				
9. Elítélem azokat az embereket, akik nem tartják be az egészséges életmód szabályait.				
10. Sok időt töltök azzal, hogy összeállítsam, amit eszem.				

VI.

1. Ön milyen gyakran fogyasztja a következő termékeket? Kérem, most is x-szel jelölje a megfelelő választ!

	Naponta többször	Naponta	Hetente többször	Hetente egyszer	Havonta többször	Egy hónapnál ritkábban vagy soha
Kenyér, zsemle, kifli						
Teljes kiőrlésű termékek						
Zöldség és főzelékfélék						
Gyümölcsök						

Volt-e valaha evészavara?

- 1 - igen, volt
- 2 - igen, jelenleg is van
- 3 - nem volt

2. HA VOLT/VAN EVÉSZAVARA: És kezelték valaha evészavarral?

- 1 - igen
- 2 - nem

A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSÉNEK DÁTUMA: _____ ÉV _____ HÓ ____ NAP

Kedves Válaszadó!

Ezzel a kérdőív végéhez értünk. Nagyon köszönjük, hogy idejével és válaszaival megtisztelte és segítette munkánkat!

Amennyiben bármilyen kérdése felmerül, illetve további információra vagy segítségre lenne szüksége a vizsgált témákkal kapcsolatban, a következő e-mail címen kapcsolatba léphet velünk: varga.marta@net.sote.hu

Igény esetén személyes konzultációra, megbeszélésre is sor kerülhet.

Köszönettel és üdvözlettel:

A Semmelweis Egyetem munkatársai