

**Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála
kidolgozása étkezési zavarban érintett várandós
és kisgyermekes édesanyák körében**

Tudományos Diákköri Konferencia

Dolgozat

Készítette: Bóvári Bernadett

Témavezető: dr. Zsila Ágnes

Budapest, 2024

Tartalomjegyzék:

Absztrakt	2
Elméleti háttér	3
Evészavarok	3
Anorexia nervosa (AN)	4
Bulimia nervosa (BN)	4
Szubklinikai evészavarok és a kontinuum-elmélet	5
Evészavarok etiológiája.....	6
Evészavarok kapcsolata pszichológiai tényezőkkel	6
Szubjektív jól-lét	6
Önértékelés.....	7
Depresszió, szorongás és stressz kapcsolata az evészavarokkal	8
A kapcsolati elégedettség és femininitás szerepe.....	8
Interocepció	9
Anyaság és az evészavarok	9
A test változásának a megélése	11
A környezet hatása a megjelenésre, testképre	13
Célkitűzés és hipotézisek:	14
Módszerek	15
Vizsgálati személyek.....	15
Mérőeszközök	15
Eljárás.....	19
Etikai megfontolások.....	20
Adatfeldolgozás és adatelemzés.....	21
Eredmények.....	21
Leíró statisztikai adatok	21
Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála faktorelemzése	22
Társadalmi Nyomás Érzése Skála faktorelemzése	23
A felhasznált kérdőívek korrelációi	24
Hipotézisek tesztelése	25
Megbeszélés	28
A kutatás korlátjai	32
Összegzés	33

Absztrakt

Az utóbbi években az evészavarok növekvő prevalenciája figyelhető meg. A nők esetében egyre több figyelem irányul a terhesség során, illetve az anyává válás kritikus időszakában visszatérő vagy megjelenő evészavarok vizsgálatára. A szakirodalom alapján eddig kevés kutatás foglalkozott azzal, hogy az édesanyák, hogyan élik meg a szülés körüli időszakban a testük változását és ez milyen összefüggésben lehet az evészavarok kialakulásával. Ezért jelen kutatás középpontjában ezen tényező vizsgálata áll, illetve a kutatás célja egy olyan mérőeszköz kidolgozása, amelynek segítségével felmérhetőek az édesanyák körében a test változásával kapcsolatos attitűdök a szülés körüli időszakban.

A kutatás során az adatfelvétel online formában történt. A vizsgált mintát 620 fő várandós és kisgyermekes édesanya alkotta ($M_{életkor} = 31.9$ év, $SD = 4.13$), a kitöltők közül 209 fő volt érintett kórosan az evészavarok tüneteit illetően. A kérdőívcsomag az alábbi teszteket tartalmazta: Evészavar Kérdőív, WHO Jól-lét Kérdőív, Rosenberg Önértékelés Skála, Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív, Kapcsolati Elégedettség Kérdőív, Liberális Feminista Attitűd és Ideológia Skála, valamint a kutatás során létrehozott Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skálát és Társadalmi Nyomás Érzését vizsgáló skálát. Az elemzések során feltáró (EFA) és megerősítő (CFA) faktorelemzést, korrelációs vizsgálatot, mediációs és regressziós elemzéseket alkalmaztam.

Az eredmények alapján a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála 3-faktoros szerkezetét sikerült igazolni (Belső készletetés, Külső nyomás, Ideál elvárás), továbbá a reliabilitás mutatói is megfelelőnek bizonyultak. Az evészavar kóros tünetei mutató egyének alacsonyabb jól-létről, önértékelésről, párkapcsolati elégedettségéről, valamint a depresszív, szorongásos és stresszhez köthető tünetek magasabb arányáról számoltak be az evészavarokban kórosan nem érintett egyénekhez képest. Az evészavarokban való érintettséget a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök jósolták be a leginkább, azonban az édesanyák azon csoportja, akiknek 0-6 hónapos korú gyermekük volt nem mutattak negatívabb attitűdöket a testük változását illetően a várandós és az olyan édesanyák csoportjához képest, akiknek 7-36 hónapos gyermekük volt.

Jelen kutatás eredményei felhívják a figyelmet a szülés körüli időszak veszélyeztetettségére az evészavarok megjelenése szempontjából, melyek további kutatások megkezdését teszik indokolttá a témát illetően.

Kulcsszavak: evészavarok, kérdőív-fejlesztés, szülés, test változása, várandósság

Elméleti háttér

Evészavarok

Az evészavarok alatt alapvetően olyan tünetcsoportokat értünk, amelyeknek központi eleme a táplálékfelvétel, a testsúly rendellenessége és az ezekhez kapcsolódó rendellenes viselkedéses és pszichológiai tünetek. A hazai szakirodalomban találkozhatunk az evészavar megjelölése mellett a táplálkozásvizavar, evési zavar, étkezési zavar és a táplálkozási magatartás zavara kifejezésekkel is (Ludányi és Szabó, 2017). Az előbbieken említett megnevezések közül jelen kutatásban főként az evészavar kifejezést használom, mely a legcélszerűbb és a legkézenfekvőbb kifejezés. Az evészavarok ma már igen ismert jelenségek, de felbukkanásuk egészen a 20. századig nyúlik vissza. Az anorexia nervosa először 1873-ban írták le, majd csaknem egy évszázaddal később 1979-ben a bulimia nervosa megjelenéséről is beszámoltak. Az evészavarok tekintetében ez a kettő típus a legismertebb, így a szakirodalomban „klasszikus” evészavarokként is jelölik őket (Túry és Szabó, 2010).

Az evészavarokkal kapcsolatos érintettség folyamatosan nő, és újabb típusok is jelennek meg, mint például falászavar (binge eating disorder), izomdiszmorfia vagy éppen az orthorexia nervosa (Túry, 2010). Az előfordulási gyakoriságot tekintve pedig először úgy gondolták, hogy jellemzően a fiatal, felnőttkorú nőket érinti, túlnyomórészt a fejlett, nyugati országokban élők, azonban az újabb kutatások megerősítik, hogy már jóval elterjedtebbek az evészavarok a kezdeti számoknál. Silén és Keski-Rahkonen (2022) összefoglaló vizsgálata azokat a 2013 és 2022 között készült tanulmányokat tekintette át, amelyekben a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (DSM-5) alapján meghatározott evészavarok prevalenciáját vizsgálták. Az összefoglaló metaanalízis eredményei alapján szintén egy növekvő tendencia figyelhető meg, a fiatal nők 5,5-17,9%-a, a fiatal férfiak pedig 0,6-2,4%-a tapasztalt evészavart felnőttkorára. Az anorexia nervosa esetében az élethosszig tartó prevalencia 0,8-6,3%, a férfiak esetében pedig 0,1-0,3% között mozog, míg a bulimia nervosa esetében 0,8-2,6% a nők érintettsége, a férfiaké pedig 0,1-0,2%. További jelentős csoportot képez még az egyéb meghatározott táplálkozási vagy étkezési zavar kategóriája, melynek a prevalenciája a nők esetében 0,6-11,5% közé tehető, míg a férfiaknál mindössze 0,2-0,3%.

A hazai adatokat tekintve Dukay-Szabó, Simon, Varga, Szabó, Túry és Rathner (2016) vizsgálata alapján találhatunk, amelyet egyetemista hallgatók mintáját készítettek el, a Rövid Evészavar-Kérdőív felmérése alapján összesen a minta 0,8%-nál találtak klinikai súlyosságú evészavart (anorexia nervosa: 0,3%; bulimia nervosa: 0,5%), viszont a szubklinikai forma előfordulási gyakorisága a mintában már 8,5% volt.

Anorexia nervosa (AN)

Ahogy már korábban is említettem az anorexia nervosát (AN) már több mint száz évvel ezelőtt leírták. Az anorexia legjellemzőbb tünetei közé a táplálékbevitel jelentős korlátozása, a hízástól és az elhízástól való intenzív félelem tartozik, amelyek együttesen egy súlyosan alacsony testsúly kialakulását és fennmaradását eredményezik. Az AN általában serdülő lányokat és fiatal nőket érint a leginkább (Walsh, Hagan és Lockwood, 2023). A klinikumban a kórkép diagnosztikai kritériumait az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott, betegségsztyályozási rendszer, a DSM-5 szerint (American Psychiatric Association, 2013) szabják meg. Amely alapján, az AN legfőbb tünete a kóros soványság, amelyet a beteg elhízástól való félelme magyaráz, az AN-ben érintett személyeknek testképzavaruk van, amely alapján saját testüket irreálisan érzékelik, a kóros soványságuk ellenére is túlsúlyosnak, kövérnek érzékelik magukat. Az önértékelésük legfőbb szempontját pedig a saját test és alak kinézete határozza meg számukra (Walsh és munkatársai, 2023). Ahogy a DSM-5 kritériumai alapján, az AN-nak két altípusa van, a restriktív altípusban szenvedő beteg a testsúlycsökkentését folyamatos diétázással és mozgással éri el, míg a falás/tisztulás típusban érintett személyek a testsúlycsökkentés drasztikusabb formáit is hajlandóak bevetni, mint például önhánytatás, hashajtózás, gyógyszerek szedése, amelyek mellett falásrohamok is megjelennek (Walsh és munkatársai, 2023).

Bulimia nervosa (BN)

A bulimia nervosa (BN) leírását először 1979-ben publikálták (Túry és Szabó, 2010), a BN-t alapvetően a visszatérő falási rohamok, majd az ezt követő kompenzációs viselkedések jellemzik. A kórkép diagnosztikai kritériumai szintén a DSM-5-ben találhatóak meg (American Psychiatric Association, 2013), amely alapján a BN vezető tünete a falásroham, amely során az érintett személy által elfogyasztott táplálék több ezer vagy akár tízezer kalória is lehet. Ebben az esetben fontos kiemelni, hogy a falásroham nem csak egy kiadós evést jelent, hanem a BN-ban érintett személy akkor is képes ilyen hatalmas adagokat elfogyasztani, ha nem éhes vagy nincs is étvágya. A falásrohamoknak további fontos velejárója, hogy általában szégyen és bűntudat kíséri, az érintett személyek sokszor titokban, elrejtve viszik véghez, így sokáig akár rejtve is maradhat a betegség az érintett személy környezete elől. A falásrohamokat pedig az anorexia nervosa esetéhez hasonlóan gyakran követi valamilyen kompenzációs viselkedés a testsúlygyarapodás megelőzése érdekében, mint például fokozott testmozgás, önhánytatás és fogyasztó gyógyszerek szedése. Azonban az AN-val ellentétben a bulimiában érintett betegek

testsúlya sok esetben nem mutat kóros értéket (Ludányi és Szabó, 2010; Ruchkin, Isaksson, Schwab-Stone és Stickley, 2021).

Az AN-ban és a BN-ban érintett személyek pszichológiai jellegzetességei között hasonlóságok is megfigyelhetők, például mindkét zavar esetében megfigyelhető a saját test és testkép észlelésének a zavara, a saját testtel való elégedetlenség, és az alak vagy testsúly előtérbe helyezése, afeletti aggodalmaskodás (Ludányi és Szabó, 2010). A kontinuum-hipotézis mentén az AN és BN akár át is alakulhatnak egymásba (Túry és Szabó, 2000).

Szubklinikai evészavarok és a kontinuum-elmélet

Az evészavarokkal foglalkozó szakirodalomban a konkrét diagnosztikai kategóriák mellett találkozhatunk a kontinuum-elméletek fogalmával is, amelyek más szempontból közelítik meg az evészavarok diagnózisát. A kontinuum-elméletek lényege, hogy az evészavarok érintettségét illetően számításba veszik azokat az egyéneket is, akik ugyanúgy küzdenek az evészavarokkal, viszont nem felelnek a diagnosztikai rendszer által meghatározott kritériumoknak, vagyis ezeknél az egyéneknél ugyanolyan típusú testi tünetek jelentkeznek, mint a klinikai szempontból evészavarban diagnosztizált személyeknél, de a tünetek súlyosságukban és gyakoriságukban eltérnek. Azonban a pszichológiai tünetek súlyosságában alig fedezhető fel különbség a klinikai és a szubklinikai evészavarban érintett egyének között (Ábrahám, 2018; Wacker, 2018).

Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen és Martinovich (2003) hivatalos definíciója alapján szubklinikai evészavaroknak nevezhetjük azokat az állapotokat, amelyekben az evészavar tünetei magasabbak, mint az általános populációban, de nem felelnek meg a DSM által meghatározott klinikai kritériumoknak, azonban jelentős pszichés károsodást okozhatnak. Az evészavarok szubklinikai formáit a DSM-4 még az EDNOS kategória alatt tartotta számon (Eating disorder not otherwise specified), azonban a DSM-5-ben már az OSFED-ként találhatjuk meg őket (Other specified feeding and eating disorders), és ezzel a változtatással nem titkolt cél volt, hogy szűkítsék a szubklinikai vagy máshol nem osztályozott, továbbá nehezen vizsgálható evészavarok halmazát (Ábrahám, 2018). Tehát a szubklinikai evészavarokkal történő foglalkozás nemcsak abból a szempontból kiemelt jelentőségű, hogy az érintett egyének ugyanazon pszichés és testi tünetekben szenvednek, minőségi szempontból, mint a klinikailag diagnosztizált evészavarokban lévők, hanem azért is, mert a szubklinikai tünetek nagyobb valószínűséggel válhatnak klinikai szintű evészavarokká (Wacker, 2018). Stice, Marti, Shaw és Jaconis (2009) kutatásának eredményei alapján a szubklinikai

evészavarok tekintetében a tünetek 30-40%-a krónikus, felnőttkorban is fennáll, és 5-15%-ból lesz valószínűsíthetően klinikai szintű evészavar.

Evészavarok etiológiája

Az evészavarok megjelenésével legtöbbször a serdülőkor vagy a fiatal felnőttkor éveiben találkozhatunk. Az evészavarok kialakulásáról alkotott elméletek között az egyik uralkodó nézet a rendszerszemléleti megközelítés, ami a családdinamikát helyezi a középpontba. Sztanó, Ress és Pászthy (2007) szakirodalmi összefoglaláson alapuló tanulmányuk alapján 4 fontos jellemzőt neveznek meg, amik az evészavarban érintett személyek családjára jellemzőek, és hozzájárulnak az evéssel kapcsolatos probléma kifejlődéséhez: a konfliktusok kerülése, a család csökkent problémamegoldó képessége, az egyén csökkent autonómiája és a családtagok túlzott érzelmi bevonódása egymás életébe. Az AN-ban érintett személyek családjára még jellemző a fokozott családi kohézió, a BN-ban érintett személyek családja esetében pedig még megfigyelhető a sérült kommunikáció a családtagok között, a csökkent érzelmi kötődés és kifejezőkészség.

Az evészavarok etiológiájának vizsgálatában a rendszerszemléleti megközelítés mellett a bio-pszicho-szociális nézőpont az uralkodó, amely alapján az evészavarok kialakulásának háttérében számos biológiai, pszichológiai, valamint szociokulturális tényező is áll, Barakat, McLean, Bryant, Le, Marks, Touyz, és Maguire (2023) összefoglaló tanulmányukban, melyben a 2009-2021 között megjelent kutatásokat tekintették át az evészavarok kialakulásában szerepet játszó tényezők szerint, összesen 284 kutatás vizsgálata alapján fogalmazták meg eredményeiket. Az evészavarok kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők között említik a genetikai háttérrel; a gasztrointesztinális rendszer rendellenességeit; kora gyermekkori és serdülőkori traumák meglétét; továbbá olyan személyiségjellemzők meglétét, mint perfekcionizmus, impulzivitás, kényszeresség és elkerülő viselkedés; a nemi különbségeket; a társadalmi és gazdasági helyzethez köthető kockázati tényezőket; a testképpel és testsúllyal kapcsolatos aggodalmak; valamint és az élsportolói életvitelt.

Evészavarok kapcsolata pszichológiai tényezőkkel

Szubjektív jól-lét

Az evészavarok pszichológiai jellemzőit illetően szintén számos kutatás született az utóbbi években, ezek közül az egyik leggyakrabban vizsgált tényező az evészavarban érintett személyek szubjektív jól-léte. A WHO (1986) meghatározása alapján a mentális egészség a szubjektív jól-lét azon állapota, melyben az egyén meg tud birkózni a mindennapi stresszel, ki

tudja bontakoztatni a képességeit, produktív tud lenni, eredményeket tud elérni a munkájában, és a közösség érdekeit is tudja szolgálni.

Magallares, Jauregui-Lobera, Gamiz-Jimenez és Santed (2014) kutatásukban evészavarban érintett betegek szubjektív jól-létét, élettel való elégedettségét és a betegek testükkel való elégedettségét vizsgálták, összevetve egy kontrollcsoport eredményeivel. A kutatásban 35 anorexia nervosában, 28 bulimia nervosában és 16 szubklinikai evészavarban érintett nő vett részt, továbbá 25 kontrollszemély. Az eredmények alapján az evészavarban érintett személyek alacsonyabb jól-létről, élettel való elégedettségről és testi elégedettségről számoltak be, mint a kontroll személyek, azonban a különböző evészavarban érintett betegek csoportjai között nem mutatkozott szignifikáns különbség ezekben a tényezőkben.

Önértékelés

Az önértékelés az „én” egyik kognitív összetevője és egyben attitűdbeli komponense is, amely mentén meghatározható, hogy az egyén milyen mértékben képes magát pozitívan látni, illetve negatív tulajdonságait is elismerni (Csóka, Simon, Gyulai, 2023). Az önértékelés meghatározó tényező az étkezéssel kapcsolatos zavarok alakulásában, ahogy ezt több elvégzett kutatás is igazolta.

Egy metaanalízisen alapuló vizsgálatban az AN-ben érintett betegek önértékelésének alakulását vizsgálták a kutatók kontrollcsoporttal összevetve. Elmondható, hogy az AN-ban érintett betegeknek jóval alacsonyabb önértékeléssel rendelkeznek az egészséges kontrollcsoportokhoz képest. Továbbá az eredmények alapján a terápiás kezelések pozitív hatással lehetnek az evészavarban érintett személyek önértékelésének javulására, azonban az önértékelés nem jelezte előre a vizsgálati személyek esetében a testsúly alakulását, az állapot javulását vagy pedig a remissziót (Kaestner, Loewe, Gumz, 2019). Puttevils, Vanderhasselt és Vervaet (2019) szintén az önbecsülés alakulásának a kérdését vizsgálták evészavarral diagnosztizált nők csoportjában. A 732 fővel készült vizsgálat alapján az önértékelés mérsékli a perfekcionizmus miatti vékonyságra való törekvést az evészavarokban, azaz minél magasabb a beteg önértékelése, annál kevésbé lesz megfigyelhető a perfekcionizmus következtében történő súlykorlátozás, vagy a hízástól való félelem. Az eredmények alapján a különböző típusú evészavar-csoportokat tekintve, ez a hatás AN és a szubklinikai szintű evészavarok esetében érvényesül leginkább.

Depresszió, szorongás és stressz kapcsolata az evészavarokkal

Az evészavarok számos más pszichiátriai zavarral mutatnak komorbiditást, így nem meglepő, hogy az evészavar érintettsége esetén más pszichiátriai zavarok is fennállhatnak, hiszen a rendellenességek között közös pszichológiai vonások figyelhetők meg. Az evészavarok különféle szorongásos zavarokkal, mint a generalizált szorongás zavar vagy szociális fóbia gyakran mutatnak együtt járást, továbbá a hangulati zavarokat illetően is, mint a major depresszió, szintén komorbiditás figyelhető meg (Hambleton, Pepin, Le, Maloney, Touyz és Maguire, 2022).

Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St. Clare és Touyz (2012) olyan nők között vizsgálták a szorongásos zavarok előfordulását, akik evészavarral kapcsolatos kezelésre jelentkeztek. Az eredmények alapján a minta 65%-a megfelelt a szorongásos zavar diagnosztikai kritériumainak is, továbbá az érintettek nagyrésze azt állította, hogy a szorongással kapcsolatos zavar megjelenése megelőzte az evészavar tüneteinek felbukkanását. Ez az állítás magyarázható azzal, hogy a szorongásos zavarral küzdő egyének gyakran alkalmaznak olyan diszfunkcionális stratégiákat a szorongással kapcsolatos érzelmeik leküzdésére, mint például a rendszertelen evés vagy falásrohamok. Garcia, Mikhail, Keel, Burt, Neale, Boker, és Klump (2020) kutatásukban pedig major depresszióban és szorongásos zavarban érintett betegek körében vizsgálták az evészavarokkal kapcsolatos tünetek meglétét, összehasonlítva azokat a kontrollcsoport értékeivel is. A 15 és 25 éves nők mintáján végzett vizsgálat alapján a depresszív vagy szorongásos zavarban érintett egyének körében négyszer nagyobb volt az egész életen át tartó evészavar kockázata, mint a kontrollcsoport esetében, tehát a két pszichiátriai zavar együtt járása ezen vizsgálat alapján is bizonyosságot nyert.

A kapcsolati elégedettség és femininitás szerepe

A kutatások alapján elmondhatjuk, hogy az evészavarok kialakulásában, illetve az ezekhez köthető tünetek súlyosságában a párkapcsolatnak, a párkapcsolati elégedettségnek is jelentős szerepe van. Arcelus, Yates és Whiteley (2012) áttekintő tanulmánya alapján elmondható, hogy a párkapcsolati elégedetlenség és a késői evészavarok megjelenése mindenképpen kapcsolatban állnak egymással, azonban a sorra vett tanulmányok alapján a kapcsolat iránya még nem egyértelmű. Mindenesetre az evészavarban érintett nők párkapcsolati jellemzői között szerepelt a párkapcsolati elégedetlenség, a partner támogatásának hiánya és a negatív hangvétellő kommunikáció. Zak-Hunter és Johnson (2015) kutatásukban pedig 58 AN-val és BN-val diagnosztizált nő párkapcsolatát követték nyomon 3 hónapon keresztül, mely során azokat a párkapcsolati viselkedés mintákat vizsgálták, amelyek hozzájárultak az

evészavarban érintett nők tüneteinek súlyosbodásához. Az eredmények alapján a partner érzelmi vagy fizikai távolságtartása, az elhanyagolás súlyosbítja a tünetek jelentkezését.

Mivel az evészavarok javában a nőket érintik, továbbá láthattuk, hogy a párkapcsolati elégedetlenség, illetve a párkapcsolati gondok szintén összefüggésben állnak az evészavarok tüneteinek súlyosságával, jogosan merül fel a kérdés, hogy a nők esetében a női nemi szereppel való azonosulás, femininitás mértéke mennyire határozza meg az evészavarokban való érintettséget. A kutatási eredmények Green, Davids, Skaggs, Riopel és Hallengren (2008) tanulmánya alapján, azt támasztják alá, hogy azok a nők, akik azonosulnak a hagyományos női szereppel, ami alapvetően véve a vékonyságideált támogatja, ők vannak leginkább kitéve az evészavarok kialakulási esélyének.

Interocepció

Egy másik nagyon fontos tényező, amit érdemes vizsgálni az evészavarok érintettsége szempontjából, az az interocepció. A diszfunkcionális interocepció számos pszichoszomatikus és pszichiátriai rendellenesség középpontjában állhat. Az interocepciót alapvetően úgy határozhatjuk meg, mint a test állapotához, belső zsigeri működésekhez kapcsolódó jel (éhség vagy fájdalom érzete), amely segíti az érzetek észlelését és integrálását. Az interocepció azért is kiemelkedő fontosságú, mert döntő szerepet játszik az érzelmi feldolgozási folyamatokban és a motivált viselkedés irányításában. A kutatási eredmények alapján a megváltozott interoceptív tudatosság hozzájárulhat az evészavarok kialakulásához, például éhségérzet megváltozása (Brown, Berner, Jones, 2017).

Jenkinson, Taylor és Laws (2018) metaanalízisen alapuló vizsgálatukban arra voltak kíváncsiak, hogy pontosan milyen kapcsolat áll fenn az interoceptív tudatosság és az evészavarok közt. Az eredmények alapján az evészavarokban érintett egyének jelentős deficitben szenvednek az interocepciót illetően. Az AN-ban és BN-ban érintett egyének esetében nagyobb interoceptív hiány figyelhető meg, mint a falásrohamban szenvedő betegek esetében. Az interocepció fontosságának a felismerése és kapcsolatainak elemzése az evészavarok tekintetében azért is hat kiemelkedően, mert új terápiás lehetőségeket nyit meg (Brown, Vanzhula, Reilly, 2020).

Anyaság és az evészavarok

Az utóbbi években tapasztalhatjuk azt, hogy a szakirodalom nemcsak a szubklinikai szintű evészavarokat kezdte el szélesebb körben vizsgálni, de az evészavarok tekintetében olyan csoportok vizsgálata is középpontba került, akik körében potenciálisan magasabb lehet az

evészavarok kialakulási valószínűsége (Barakat és munkatársai, 2023). A korábbiakból már alapvetően tudjuk, hogy evészavarok javarészt fiatal serdülő- és felnőttkorban alakulnak ki, javarészt a nők esetében, azonban az utóbbi évek kutatásaiban olvashatunk arról is, hogy szintén megjelenhetnek a nővé és/vagy anyává válás kritikus szakaszában (Dukay-Szabó, Varga, Túry, 2016).

A terhes nők esetében az evészavarok prevalenciája 7,5% (Easter, Bye, Taborelli, Corfield, Schmidt, Treasure és Micali, 2013). Tehát láthatjuk, hogy mindenképpen magasabb érték az étkezési zavarok általános prevalenciájához képest. A szülés előtti és a szülés utáni evészavarok prevalenciáját illetően Pettersson, Zandian és Clinton (2016) végzett kutatást, melyben az evészavarok gyakoriságát mérték fel terhesgondozásra érkező nők esetében, egyszer a várandósság 10-12. hetében és egyszer a várandósságot követő 6-8. hónapban. Az eredményeik alapján a várandósság eleji evészavarok prevalenciája 5,3% volt, és ez 12,8%-ra emelkedett a szülést követő 6-8. hónapban vizsgált nők körében, ami jelentős különbség.

Sollid, Clausen, és Maimburg (2021) kutatásukban 122 olyan várandós nőt vizsgáltak, akiknek rendelkeztek evészavar diagnózissal, azonban a terhességüket megelőző 6 hónap során stabil remisszióban voltak. A kutatók végigkövették a vizsgálati alanyok várandósságát és az eredményeik alapján a relapszus előfordulása a mintában 25%-os volt a terhesség során. A vizsgálat egyik legfontosabb eredménye, hogy a relapszusok többsége a terhesség 20. hetében következett be, valamint a szülés utáni korai időszakban. Az eredmények alapján a kutatók azt tartják lehetséges magyarázatnak, hogy a terhesség alatt gyorsan változó test igen aggasztó lehet a várandós édesanyák számára, akik emiatt egy már jól ismert megküzdési stratégiához nyúlnak vissza, melyek újra előhívják az evészavarral összefüggő tüneteiket. Továbbá a szülést követő időszakban bekövetkező visszaesések lehetséges magyarázatának azt látják a kutatók, hogy az evészavarban érintett betegek a szülést követően a fogyás sebességét és mértékét elégtelennek tapasztalják, ami szintén aktiválhatja az evészavarral összefüggő viselkedéseket.

Bár az előző kutatások eredménye alapján azt feltételezhetjük, hogy az evészavarban való érintettség a terhesség során súlyosbodik vagy akkor is kialakulhat, vannak olyan kutatási eredmények, amelyek azt állítják, hogy az evészavarban érintett egyének tünetei a terhesség során javulnak, majd a szülést követő időszakban újulnak ki, és körükben a depresszív és szorongásos tünetek is magasabbak (Bye, Martini, Micali, 2021). Ezt igazolja Dos Santos, Benute, Dos Santos, Nomura, de Lucia és Francisco (2017) tanulmánya, mely alapján az evészavarban érintett nők esetében a terhesség során tapasztalható depresszív és szorongásos tünetek magasabbak, mint az evészavarban nem érintett nők esetében. Ez azzal magyarázható, hogy a terhesség még nagyobb aggodalommal tölti el az evészavarral küzdő édesanyákat a

súlygyarapodás, testképükkel kapcsolatos aggályok, valamint önbecsülésükkel kapcsolatos kételyeik alapján.

Ezzel szemben Baskin, Galligan és Meyer (2021) ausztrál nőkből álló mintán vizsgálta az evészavarok megjelenésének esélyét a várandósság során és után. A vizsgálatban a résztvevőket 3 alkalommal vizsgálták meg, először a terhesség 18-24. hete között, másodszor a terhesség 30-32. hetében és harmadszor a szülést követő 8-10. hétben. Az eredmények alapján a szubklinikai evészavarban való érintettség a terhesség közepétől a szülés utáni időszakig folyamatosan növekedett, így ezek az édesanyák fokozottan ki vannak téve a későbbi időszakban is a tünetek súlyosbodásának. Továbbá a depressziós és szorongásos tünetek fokozott mértéke szintén megjelent a terhesség 30-32. hetében és a szülést követően is a szubklinikai evészavarban érintett édesanyák körében, valamint az eredmények alapján a párkapcsolati elégedettség egyfajta mérséklő szerepet töltött be az evészavarok megjelenésében, azonban ez a hatás abban az esetben nem érvényesült, ha az édesanya életében egyéb stressz okozó tényezők is jelen voltak.

Továbbá az evészavar tüneteinek szülés utáni időszakban történő fokozódását erősíti meg egy korai tanulmány eredménye is, melyben 97 nőt követtek nyomon a várandósság alatt a szülést követő 9. hónapig. Az evészavar tünetei és a súlygyarapodás miatti aggodalom a szülést követő 3. hónapban nőtt a leginkább, majd az azt követő 6 hónapban enyhültek a tünetek mindkét változó esetében. Ezek az eredmények szemléltetik, hogy nem csak a várandósság, de a szülés utáni időszak is igen szenzitív periódus az evészavarok érintettsége tekintetében (Stein és Fairburn, 1996).

A test változásának a megélése

A terhesség, az az időszak a nők életében, amikor testük rövid időn belül óriási változáson megy keresztül, mind az alak, mind a súly tekintetében. A nők életében általában ez az az időszak, amikor elengedik az érvényes társadalmi elvárásokat egy nő ideális megjelenését illetően. Míg egyesek ezt az időszakot úgymond felüdülésként élik meg, addig az evészavarban érintett nők esetében egészen más a helyzet (Bergmeier, Hill, Haycraft, Blewitt, Lim, Meyer és Skouteris, 2020). Az előbbieken szemléltetett tanulmányok eredményei alapján az evészavar kialakulhat ebben az időszakban, visszaesés következhet be vagy éppen a tünetek súlyosbodása.

Az anyai test változása azonban a szülést követő időszakban sem áll meg, hiszen elindul egy regenerálódási folyamat, valamint az édesanyák is igyekeznek mielőbb visszatérni a korábban megszokott testükhöz, így a szülést követő időszakban a testképpel kapcsolatos aggodalmak fokozatosan fokozódhatnak az édesanyák körében (Bergmeier és mtsai, 2020).

Ennek mentén érdekes kutatási eredményről számol be Coker és Abraham (2015), akik evészavarban érintett édesanyák és kontrollszemélyek várandósságát, valamint szülés utáni időszakát követték nyomon. Az evészavarban érintett személyek testtel való elégedetlensége a terhesség ideje alatt nem javult, a szülést követő 6., illetve a szülést követő 12. hónap után csökkent, míg a kontrollszemélyek esetében a testtel való elégedetlenség szintén nem változott a terhesség ideje alatt, azonban a szülést követően rögtön csökkent. Az eredmények alapján tehát az evészavarban érintett személyek testtel kapcsolatos elégedetlensége hosszabb időn keresztül fennállhat.

Arra irányuló kutatásokkal, hogy az édesanyák hogyan élik meg testüknek a változását a terhesség alatt és azt követően, nemigen találkozhatunk. Hodgkinson, Smith és Wittkowski (2014) összefoglaló tanulmánya alapján tudhatjuk, hogy vannak édesanyák, akik kifejezetten elégedetlenek a testükkel a várandósság során, míg mások felmentve érzik magukat a társadalmi elvárásoktól és inkább azzal kapcsolatos aggodalmak töltik el őket, hogy a szülést követően hogyan fogják visszaszerezni régi formájukat. A Neiterman és Fox (2017) által végzett vizsgálat alapján pedig elmondható, hogy vannak olyan várandós édesanyák is, akik a terhesség során arról számolnak be, hogy elvesztették a kontrollt a testük felett, a testük magától változott és ezt a kontroll nélküliséget a felelősségérzet segítségével akarták kompenzálni, ami alapján minden szükséges intézkedést megtettek a baba egészségének érdekében (egészséges étrend és mozgás), azonban a beszámolók alapján várandós nők a családtól, barátoktól és ismerőseiktől nyomást éreztek, hogy mégis képesek legyenek uralni testük várandósság alatti változásait.

Az előbbieken már említettem, hogy eddig kevés kutatás foglalkozott annak vizsgálatával, hogy az édesanyák hogyan élik meg a terhesség és a várandósság utáni időszakban a test változásait, és ezen kutatások során inkább általános testi attitűdökre kérdező mérőeszközöket használtak, mint például Strang és Sullivan (1985) a Testképpel Kapcsolatos Attitűd Skálát (Attitude to Body Image Scale) használták; Ben-Tovim és Walker (1991) pedig a Testi Attitűdök Kérdőívet (Body Attitudes Questionnaire) alkalmazták. Ezek a kérdőívek az általános testképpel kapcsolatos vélekedéseket vizsgálják, azonban Watson, Fuller-Tyszkiewicz, Broadbent és Skouteris (2017) kutatásukban már egy, a terhesség alatti testkép vizsgálatára kifejlesztett mérőeszközt alkalmazott, azonban ez inkább a terhesség alatti testképpel kapcsolatos élményekre kérdezett rá, mintsem magára az érzésekre. Találkozhatunk még a szakirodalomban a Kirk és Preston (2019) által kifejlesztett Test Megértésének Mérése a Terhesség során (Body Understanding Measure for Pregnancy Scale) mérőeszközzel, amely a terhesség alatti testtel való elégedettség vizsgálatára alkalmas. Továbbá Talmon és Ginzburg

(2018) nevéhez pedig a Terhesség alatti Testtapasztalat Skála neve (Body Experience during Pregnancy Scale”) fűződik, ami a terhesség alatti tapasztalatokra kérdez rá a testtel kapcsolatban az édesanyáknál 3 faktor mentén: vizsgálják a test működésével, testi elidegenedés érzésével és a test láthatóságával kapcsolatos tapasztalatokat.

A hazai szakirodalomban még nem nagyon találkozhatunk olyan kutatásokkal, amelyek empirikus alapon foglalkoznak az édesanyák terhesség során megélt testélményeivel vagy érzéseivel. A testi attitűdök mérésére itthon gyakran alkalmazzák a Testi Attitűdök Tesztjét (BAT; Czeglédi, Urbán, Csizmadia, 2010), amely a szubjektív testélmény és a saját testtel kapcsolatos attitűdöket térképezi fel. Továbbá várandós édesanyák mintáján már alkalmazták a Terhességi Súlygyarapodással Kapcsolatos Attitűdök Skálát (PWGAS), amely a terhességi testsúllyal kapcsolatos aggodalmakat és viselkedéseket méri fel (Lukács-Márton, 2013). Így az előbbiekben megfogalmazottak alapján indokolt egy olyan mérőeszköz létrehozása, mely segítségével nyomon lehet követni az édesanyák attitűdjeit, érzéseit a terhesség során fellépő testváltozással kapcsolatban.

A környezet hatása a megjelenésre, testképre

Thompson (2020) cikkében sorra veszi, azokat a pszichoszociális tényezőket, amelyek mind szerepet játszhatnak az evészavarban való érintettségben és az evészavarok kialakulásában. A cikkben szintén olvashatunk arról, hogy az evészavarok tüneteinek fokozódása nemcsak serdülőkorban és fiatal felnőttkorban fordulhat elő, hanem a terhesség, várandósság időszakát is érintheti. Thompson (2020) szerint az evészavar megjelenését illetően 3 fő veszélyeztetett időszak van a terhesség során az édesanyák szempontjából: 1. a terhesség diagnózisát követően; 2. a második trimeszter kezdete során és 3. a szülést követő időszakban.

Amikor a várandósság során megjelenő evészavarok pszichoszociális tényezőit tárjuk fel, akkor a Thompson által (Thompson, 1999; id.: Thompson, 2020) megfogalmazott testkép és étkezési zavarok háromoldalú befolyásolási modelljéből indulhatunk ki, amely alapján Thompson azt feltételezi, hogy a rendellenes testképet és étkezési zavarok kialakulását 3 fő és elsődleges szociokulturális tényező befolyásolja: a média, a család és a kortársak. A modell alapján a média, család és kortársak hatását két pszichológiai tényező is közvetíti: az egyik a társas összehasonlítás, míg a másik a vékonyság internalizációja. A vékonyság internalizációja a nyugati kultúrákban igen megszokott, hiszen itt gyakran találkozhatunk a vékony és karcsú testalkatra vonatkozó ideál-elvárásokkal.

A külső megjelenéssel kapcsolatos elvárások szerepét az étkezési zavarok kialakulásában már több kutatás is alátámasztotta. Izydorezyk és Sitnik-Warchulska (2018)

kutatásukban serdülő lányokat és felnőtt nőket vizsgáltak az alapján, hogy a szociokulturális normák internalizálása a testképpel kapcsolatban milyen mértékben játszik szerepet az evészavar megjelenése szempontjából. Az eredmények alapján mindegyik csoportban hatással volt a megjelenéssel kapcsolatos szociokulturális normák nagyobb fokú internalizálása az evészavar tüneteinek megjelenésére.

Célkitűzés és hipotézisek:

Az elméleti bevezetőben bemutatott kutatási eredmények alapján a dolgozat célkitűzése egy pszichológiai mérőeszköz kidolgozása, mely segítségével vizsgálhatóak az édesanyák saját testük változásával kapcsolatos attitűdjei a várandótság során. Így a dolgozat fő célja a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála kidolgozása, faktorszerkezetének feltárása és a megbízhatósági mutatóinak vizsgálata. Továbbá a dolgozat vizsgálati szempontjai az alábbi hipotézisek mentén alakulnak:

H1: Azok a személyek, akiknél az evészavar kóros tünetei jelentkeznek alacsonyabb jól-létről, önértékelésről és kapcsolati elégedettségről, valamint a depresszív, szorongásos és stresszhez köthető tünetek magasabb szintjéről számolnak be, mint azok a személyek, akik kevésbé érintettek a tünetekben.

H2: Az evési zavarokban való érintettséget a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök, az alacsony önértékelés és alacsony jól-lét, valamint a depresszió, szorongás és stressz magas szintje is bejósolja.

H3: A test változásával kapcsolatos attitűdöket azok az édesanyák élik meg a legrosszabbul, akiknek 0-6 hónapos gyermekük van.

H4: A test változásával kapcsolatos negatív attitűdök és az evészavar tüneteinek kapcsolatát az alacsony kapcsolati elégedettség és társadalmi nyomás mediálja.

H5: Az evési zavarban való érintettség és a testtel való elégedetlenség kapcsolatát az alacsonyabb interoceptív tudatosság mediálja.

H6: Minél inkább negatívabban éli meg egy személy a test változásával kapcsolatos attitűdöket, annál kevésbé figyelhető meg nála a feminizmus.

Módszerek

Vizsgálati személyek

A végső mintát összesen 620 fő válasza alkották. A minta átlagéletkora 31.9 év volt (SD = 4.13). A kitöltők családi állapotát tekintve a minta legnagyobb része, azaz 91.12%-a házas, a kitöltők 5%-a párkapcsolatban él, 2.09% eljegyzett, 1.15% elvált és mindössze a minta 0.64% egyedülálló. A kitöltők a 30.5%-a fővárosban él, 19.4% valamelyik vármegyeszékhelyen, 32.1% városban és a kitöltők csaknem 18%-a él községben.

A legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint a kitöltők legnagyobb része (69.83%) rendelkezik valamilyen felsőfokú végzettséggel (főiskolai vagy egyetemi diploma – Bsc, Msc, PhD), kisebb része (29.67%) pedig középfokú végzettséggel (érettségi, szakmunkás bizonyítvány vagy OKJ) és a minta mindössze 0.5%-nak van alapfokú (8 általános) végzettsége. Az anyaság mellett a kitöltők közül 168 fő jelezte, hogy valamilyen formában dolgozik is: 61.9 % teljes állásban, 26.8% részmunkaidőben és 11.3%, pedig alkalmi munkákat vállal. Továbbá a 620 fős mintából 12.7% az anyaság mellett tanulmányokat is folytat, 7.1% felsőoktatási intézményben, 5.65%, pedig valamilyen egyéb képzésben.

A kérdőív vizsgálati személyeinek kiválasztása során a legfőbb kritérium az volt, hogy a kutatás célközönsége csakis olyan édesanyákból, akik a kitöltés idején várandósok, vagy pedig van 3 éves kor alatti gyermekük. Ez alapján a kitöltők 7.7%-a várandós (48 fő), 21.3%-nak 0-6. hónapos gyermeke van (132 fő), 27%-nak 7-12. hónapos kor közötti gyermeke van (168 fő), a kitöltők 25.6%-nak pedig 13-24. hónapos kor közötti (159 fő) és a kitöltők 18.4%-nak van 25-36. hónapos kor közötti gyermeke (113 fő).

Az evészavarok érintettségét illetően pedig a kérdőívben használt *Evési Zavar Kérdőív (EDI)* eredményei alapján 209 fő (33.7 %) adatai mutatnak kóros értéket az evészavar tüneteinek tekintetében.

Mérőeszközök

A vizsgálati személyeknek a kérdőív elején található tájékoztató, valamint beleegyező nyilatkozat elfogadása után először egy általam összeállított demográfiai kérdőívet kellett kitölteniük. A *demográfiai kérdőív* összesen 21 tételt tartalmazott, melyek a kitöltők általános adataira kérdeztek rá, mint pl.: a kitöltők neme, életkora, családi állapota, legmagasabb iskolai végzettsége, dolgozik-e jelenleg vagy pedig otthon van-e gyermekeivel, illetve az anyasággal kapcsolatos kérdések szerepeltek benne.

Az evéssel kapcsolatos zavarok, egészen pontosan az anorexia nervosa és a bulimia nervosa érintettségének mérésére az *Evészavar Kérdőívet (Eating Disorder Inventory - EDI)* alkalmaztam. Az Evészavar Kérdőívet Garner, Olmsted és Polivy (1983) dolgozták ki, amely azóta az egyik leggyakrabban alkalmazott kérdőív evéssel kapcsolatos zavarok vizsgálatában. A kérdőív magyar adaptációját Túry, Sáfrán, Wildmann és László (1997) készítették el, melynek elméleti háttere az evészavarok multidimenzionális felfogásán alapul. Az Evészavar Kérdőív egy önbevalláson alapuló mérőeszköz, a kitöltőnek 6-fokú Likert-skálán kell értékelnie, hogy milyen gyakran fordul elő vele az adott állítás (1 = Soha; 6 = Mindig). A kérdőívnek összesen 64 tétele van, melyek az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedéses tényezőket is értékelik a kérdőív 8 alskálája mentén: 1. Karcsúság iránti késztetés, 2. Bulimia, 3. Testtel való elégedetlenség, 4. Elégtelenség érzése, 5. Perfekcionizmus, 6. Interperszonális bizalmatlanság, 7. Interoceptív tudatosság és 8. Félelem a felnőtté válástól (Túry és munkatársai, 1997). A kérdőív értékelése az adott alskálákhoz tartozó tételekre adott pontszámok összeadásával történik, a kóros pontérték megállapítása pedig az első három alskálához tartozó érték alapján lehetséges. Túry és munkatársai (1997) vizsgálata alapján az Evészavar Kérdőív megfelelő megbízhatósági mutatókkal rendelkezik a teszt hazai használatához (Cronbach-alfa = .79). Jelen kutatásban az Evészavar Kérdőívnek 4 alskáláját használtam: a Karcsúság iránti késztetés, Bulimia, Testtel való elégedetlenség és Interoceptív tudatosság alskálát. Így a mérőeszközt a kérdőív csomagban 33 tétel alkotta. A kérdőív Cronbach-alfa értékét 3. táblázat tartalmazza.

A vizsgálati személyek szubjektív jól-létének a mérésére a *WHO Jól-lét kérdőív rövidített változat (WBI-5)* változatát alkalmaztam. Az eredeti változat, a WHO Jól-lét Skálája (WHO – Well-Being Scale) Bech, Johansen és Gudex (1996) nevéhez fűződik. A későbbiekben Bech és munkatársai (1996) az eredetileg kialakított kérdőívet egy 5 tételes változatra (WBI-5) rövidítették le. A WBI-5 a vizsgálati személyek általános közérzetéről nyújt információt az elmúlt kéthetes időszak alapján. A magyar adaptációt Susánszky, Konkoly Thege, Stauder és Kopp (2006) publikálták, a kitöltőnek egy 4 fokú skálán kell megadnia, hogy mennyire jellemzőek rá a kérdőív állításai (0 = Egyáltalán nem jellemző; 3 = Teljesen jellemző). A mérőeszköz nem tartalmaz fordított tételt, és a kérdőív kiértékelése a tételekre adott pontszámok összeadásával lehetséges, így az elérhető pontszámok 0 és 15 között változhatnak. Az elért nagyobb pontszám egy kedvezőbb, pozitívabb pszichológiai állapot, jól-lét jelzője. A mérőeszköz Cronbach-alfa értéke pedig .85 volt (Susánszky és munkatársai, 2006).

A kérdőívcsomagban az önértékelés mérésére a leggyakrabban használt mérőeszközt, a *Rosenberg Önértékelés Skálát (Rosenberg Self-esteem Scale - RSES)* alkalmaztam. A skála

kidolgozása Rosenberg nevéhez kötődik (1965;1989) és a mérőeszköz a globális önértékelés feltárására alkalmas. A 10 itemből álló mérőeszköz önmagunk elfogadására és önmagunk értékelésére vonatkozó állításokat tartalmaz, amelyeket a kitöltőnek egy 4-fokú Likert-skálán kell értékelnie (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 4 = Teljesen egyetértek). A kérdőív 5 fordított tételt tartalmaz és az értékelése az egyes tételekre adott pontszámok összeadásával történik. A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H) magyar változatának megbízhatósága kitűnő, Cronbach-alfa = .85 (Sallay, Martos, Földvári, Szabó és Ittész, 2014).

A depresszió, szorongás és stressz mérésére a *Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív (Depression, Anxiety, Stress Scales – DASS-9)* 9 itemes változatát alkalmaztam. Az eredeti kérdőív a DASS-42, mely 42 tételből áll és Lovibond és Lovibond (1995) munkásságához kötődik, később ebből a 42 tételes változatból dolgozta ki Henry és Crawford (2005) a kérdőív már egy rövidített változatát, a DASS-21-et. A jelen kutatásban használt DASS-9 Yusoff (2013) nevéhez kötődik, a kérdőívnek ebben a 9-itemes változatában is 3 alskálát sikerült elkülöníteni, melyek 3-3 tétellel mérik fel a depresszív, szorongásos és stresszhez köthető tüneteket. A DASS-9 egy önbevalláson alapuló kérdőív, így önmagában konkrét diagnózis felállítására nem alkalmas. A kitöltőnek egy 4-fokú Likert-skálán kell megadnia, hogy az elmúlt két hét során mennyire voltak rá jellemzőek a kérdőív állításai (0 = Egyáltalán nem igaz rám; 3 = Teljes mértékben vagy legtöbbször igaz rám). A mérőeszköz alskáláin minimum 0, maximum 9 pont érhető el, a kiértékelés pedig a tételekre adott pontszámok összeadásával lehetséges. Továbbá a kérdőív alskálái összevonhatóak, így az elért pontok alapján egy összpontszám is számítható. A kérdőívnek a kutatás készültekor még hazai validált változata nem jött létre, a DASS-9 angol nyelvű változat fordítását követően a tételeket független személyek vissza is fordították, így nyerte el végleges formátumát a kérdőívben használt magyar változat. A kérdőív megfelelő megbízhatósági mutatókkal rendelkezik, Cronbach-alfa = .72 a kutatásban való használathoz (Yusoff, 2013).

A kutatás során a kitöltők párkapcsolati elégedettségének mérésére a *Kapcsolati Elégedettség Skálát (Relationship Assessment Scale - RAS-H)* alkalmaztam. A párkapcsolatok változatos formáinak felmérésére hozta létre Susan Hendrick (1988) a Kapcsolati Elégedettség Skálát (RAS). A kérdőív összesen 7 tételt tartalmaz a kapcsolattal való elégedettségről, melyek közül 5 tétel pozitív (Pl.: „Általában véve mennyire elégedett Ön a kapcsolatukkal?”) és 2 tétel negatív (Pl.: „Mennyi probléma van az Önök kapcsolatában?”) megfogalmazású. A kitöltőknek egy 5-fokú Likert-skálán kell értékelniük, hogy a kérdésekben megfogalmazott állítások, tapasztalatok mennyire jellemzőek rájuk (1 = Kevésbé; 5 = Nagyon.). A skála hazai változatának elkészítését Martos, Sallay, Szabó, Lakatos és Tóth-Vajna (2014) tették meg, akik

a skála eredeti 7 ítemes változatát még kiegészítették a kutatásuk során 1 tétellel, amely a szexuális elégedettség mértékére kérdez rá a párkapcsolatban („Mennyire találja kielégítőnek a szexuális kapcsolatukat?”). Martos és munkatársai (2014) vizsgálata alapján a mérőeszköz megbízható, a kérdőív Cronbach-alfa értéke = .9.

A kérdőívben szerepel egy általam létrehozott kérdőív, a *Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála*, mely mérőeszköznek a célja, hogy felmérje, hogy a várandós és kisgyermekes édesanyák hogyan élik meg a testük változását a terhesség során és után. A létrehozott kérdőívnek az volt a célja, hogy el tudja különíteni azokat a külső és belső hatótényezőket, amelyek hathatnak az édesanyák saját testük változásával kapcsolatos érzésekre és megélésekre, valamint választ adjon arra, hogy a külső vagy pedig a belső hajtóerők bizonyulnak-e erősebbnek. Ezen elgondolás alapján, a kérdőívet összesen 14 tétel alkotja, továbbá a kérdőívben nincsenek fordított tételek, a kitöltőknek egy 5-fokú Likert-skálán kell megjelölnie, hogy mennyire jellemzőek rá az adott állítások (1 = Egyáltalán nem jellemző; 5 = Teljes mértékben jellemző). A kérdőív faktorszerkezetét az eredmények rész mutatja be. A kérdőíven elért magasabb pontszám pedig azt szemlélteti, hogy a kitöltő nehezen éli meg az anyaság korai szakaszában a saját teste változását a saját magával, valamint a környezete felől érkező elvárások tükrében. A kérdőív Cronbach-alfa értéke a megfelelőnek bizonyult a kutatás során, Cronbach-alfa = .89.

A kérdőívben szerepeltek továbbá olyan tételek, melyeknek célja az volt, hogy a kitöltőre helyezkedő társadalmi nyomás érzését térképezzék fel a kitöltő külső megjelenését illetően, szubjektív szempontból. A kérdőívben ezt a blokkot a Társadalmi Nyomás Érzéséhez kapcsolódó skálának neveztem el és összesen 4 tétel tartozik ide, melyek a társadalom nők megjelenésével kapcsolatos elvárásaira mutatnak rá (Pl.: „A társadalomban az emberek szerint, egy nőnek mindig oda kell figyelnie a külsőjére.”). A kitöltőknek egy 5-fokú Likert-skálán kellett bejelölnie, hogy mennyire ért egyet az adott állításokkal (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 5 = Teljes mértékben egyetértek.) A Társadalmi Nyomás Érzését mérő skála nem tartalmaz fordított tételt, az itemeken elért magasabb pontszám az egyén erős szubjektív vélekedéseit tükrözi azzal kapcsolatban, hogy a társadalmi elvárások szerint egy nőnek mindig oda kell figyelnie a külsőjére. A 4 ítemből álló, rövid kérdőív megfelelőnek bizonyult a méréshez, Cronbach-alfa = .89.

A kérdőívcsomagban az utolsó használt mérőeszköz a *Liberális Feminista Attitűd és Ideológia Skála rövid változata* (*Liberal Feminist Attitude and Ideology Scale - LFAIS-SF*) volt. Az eredeti kérdőívet Morgan (1996) publikálta, a Liberális Feminista Attitűd és Ideológia Skálát (LFAIS), melynek célja a nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdök felmérése, illetve

femininizmussal kapcsolatos ideológiák, valamint célok feltérképezése. A rövidített változatát szintén Morgan (1996) készítette el, amely 11 tételből áll és mindössze egy faktort alkot. Jelen kutatásban a Woodbrown (2015) által készített 10 tételes változatot alkalmaztam, mely a statisztikai mutatók alapján jobban illeszkedik a kutatás célközönségéhez. A Woodbrown (2015) által publikált változat két alskálát alkot, a Képesség/Egyenlő lehetőség és Tisztelet alskálákat. A kitöltőknek egy 5-fokú Likert-skálán kell megjelölnie, hogy mennyire ért egyet a skála tételeivel (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 5 = Teljes mértékben egyetértek). A kérdőív 4 fordított tételt tartalmaz, a skálán elért magasabb pontszám pedig a femininitáshoz köthető erősebb attitűdöket jelzi. A kérdőívnek a kutatás készületkor még nem létezett magyar nyelvű, validált változata, így a kérdőív angol nyelvű változatának fordítását követően a tételeket független személyek vissza is fordították és így nyerte el végleges formátumát a kérdőívben használt magyar változat. A kérdőív Woodbrown (2015) alapján megfelelő megbízhatósági mutatóval rendelkezik a használathoz, Cronbach-alfa = .81.

Eljárás

A kérdőívcsomag létrehozásához a Qualtrics nevű programot választottam, és azért, hogy minél több kitöltő érjek el a legnépszerűbb közösségi oldalak (Facebook, Instagram és Reddit) csoportjaiban, illetve oldalain osztottam meg a kérdőívet. Elsősorban olyan csoportokat és közösségeket céloztam meg, melyek kifejezetten várandós és kisgyermekes édesanyák számára jöttek létre. A kérdőívet olyan személyek tölthették ki, akik megfeleltek a kérdőív célközönségének, azaz elmúltak 18 évesek, továbbá a kitöltés idejekor várandósok voltak vagy pedig olyan kisgyermekes édesanyák, akiknek 3 éves kor alatti gyermekük van.

A kérdőív kitöltése előtt a vizsgálati személyeknek egy rövid tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot elolvasniuk és elfogadniuk, ennek megfelelően a kutatás nem sértette a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexében meghatározott irányelveket (SZEK, 2004), illetve a kutatás megkezdése előtt a kutatáshoz szükséges kutatásetikai engedélyt nyújtottam be a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Kutatásetikai Bizottságához, akik elfogadták az etikai kérvényem, így az etikai engedély 2024_14-es számmal iktatásra került.

A kérdőív és beleegyező nyilatkozata után a vizsgálati személyek demográfiai adatait rögzítettem, majd a kérdőívcsomagban a legelső validált mérőeszköz, az *Evészavar Kérdőív* (Eating Disorder Inventory – EDI; Garner és munkatársai, 1983) magyar változata volt (Túry és munkatársai, 1997), melynek 4 alskáláját használtam, a Karcsúság iránti késztetés, Bulimia, Testtel való elégedetlenség és Interoceptív tudatosság alskálákat. Az Evészavar Kérdőív segítségével a minta evéssel kapcsolatos zavarainak érintettségét térképeztem fel. A következő

validált mérőeszköz a kutatásban a *WHO Jól-lét kérdőív* rövidített változatának (WHO – Well-Being Scale - WBI-5; Bech és munkatársai, 1996), magyar nyelvre validált fordítása volt (Susánszky és munkatársai, 2006), mely a minta szubjektív jól-lét érzetét mérte fel. Ezt követte a kérdőívben a kitöltők önértékelésének felmérésére szolgáló *Rosenberg Önértékelés Skálának* (Rosenberg Self-esteem Scale – RSES; Rosenberg, 1965) Sallay és munkatársai (2014) által magyar nyelvre validált változata. Majd a kérdőívben a kitöltők depresszív, szorongásos és stressz tüneteinek felmérésére a *Depresszió, Szorongás és Stressz kérdőív* 9-itemes változatát alkalmaztam (Depression, Anxiety, Stress Scales – DASS-9; Yusoff, 2013). A *Kapcsolati Elégedettség Skála* (Relationship Assessment Scale - RAS-H; Hendrick, 1988) magyar nyelvű változatát (Martos és munkatársai, 2014), a párkapcsolatban vagy házasságban élő kitöltők párkapcsolati elégedettségének felmérésére alkalmaztam. A kérdőívsomag egyik fő vizsgálati szempontját alkotó *Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skálát* pedig annak a vizsgálatára alkalmaztam, hogy a kitöltők hogyan élik meg saját testük változását a várandósság, illetve a kisgyermekes időszak alatt, milyen nyomást érzékelnek a külső környezet vagy saját maguk felől erre vonatkozóan. Ezentúl a kérdőívsomban szerepelt még a *Társadalmi Nyomás érzése Skála*, amely segítségével a kitöltők azon érzését térképeztem fel, hogy milyen erősen élnek bennünk a társadalmi elvárások a nők megjelenését illetően. A kérdőívsomag utolsó kérdőíve pedig a *Liberális Feminista Attitűd és Ideológia Skála rövid változata* (Liberal Feminist Attitude and Ideology Scale - LFAIS-SF; Woodbrown, 2015) volt, melyet a femininitással kapcsolatos attitűdök vizsgálatára alkalmaztam. A tételek megválaszolását követően a kitöltők a „Küldés” gomb segítségével tudták befejezni a kitöltést és rögzíteni a válaszaikat.

Etikai megfontolások

A kutatás tervezésekor fontos szempont volt, hogy a kutatás minden tekintetben megfeleljen a kutatásetikai alapelveknek. A kitöltők a kérdőívsomag kitöltésének megkezdése előtt elolvashattak egy tájékoztatót, amely a kutatással kapcsolatos fontos információkat tartalmazta, mint pl.: a kutatás fő témáját és célját. Ezt követően, ha a vizsgálati személyek szándékozták megkezdeni a kitöltést, még egy beleegyező nyilatkozatot is el kellett fogadniuk, amely alapján kijelentették, hogy elmúltak 18 évesek, és hozzájárulnak a válaszaik statisztikai elemzés során történő felhasználásához.

Az adatfelvétel online feleületen történt, a kitöltés során semmilyen személyes, azonosításra alkalmas információt nem kellett megadnia a kitöltőknek, a beérkezett adatokat pedig jelszóval védett számítógépen tárolom, amelyekhez rajtam és a témavezetőmon kívül más

személy nem férhet hozzá, ezzel is védve a kitöltők teljes körű anonimitását. Továbbá a kutatásban való részvétel önkéntes volt, így a vizsgálati személyek a kérdőív kitöltéséért cserébe semmilyen juttatásban nem részesültek és egyéni visszajelzést sem adtam számukra.

Adatfeldolgozás és adatelemzés

Az adatok statisztikai elemzéséhez a JASP 18.3-as verzióját használtam, továbbá a hipotézisek tesztelését a .05-ös szignifikanciaszint figyelembevételével végeztem. A változók tulajdonságainak a beállítása után az adattisztítás folyamatát végeztem el. Az adatok tisztítása során a mintában több kiugró értéket is találtam, és az "outlier labeling rule" szabályának megfelelően kezeltem őket.

A dolgozat célkitűzésének megfelelően először a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skálát elemeztem, a mintafelezést követően az adatbázis első felén egy feltáró faktorelemzést végeztem, majd a minta második felén egy megerősítő faktorelemzést hajtottam végre. Ugyanezt a folyamatot a Társadalmi Nyomás Érzése nevű mérőeszközön is elvégeztem.

Az első és hatodik hipotézis vizsgálata esetében nem parametrikus próbát alkalmaztam a változók normál eloszlásának a hiánya miatt, amit a Shapiro-Wilk teszt eredménye alapján ($p < .001$) állapítottam meg. A Shapiro-Wilk teszt eredményeit *XI. melléklet* tartalmazza.

Az első hipotézis elemzése során, Mann-Whitney tesztet alkalmaztam a normalitás sérülése miatt. Továbbá a második hipotézis elemzése során pedig egy többszörös hierarchikus regressziós modellt állítottam fel. A harmadik hipotézis teszteléshez független mintás egyszempontos ANOVA vizsgálatot alkalmaztam és az elemzéshez három csoportot hoztam létre: 1. várandós édesanyák ($n = 48$); 2. olyan édesanyák, akiknek 0-6. hónapos kor közötti gyermeke van ($n = 132$) és 3. azok az édesanyák, akiknek 7-36. hónapos gyermeke van ($n = 440$). A negyedik és az ötödik hipotézis esetében mediációs modellt állítottam fel, míg a hatodik hipotézis vizsgálata során Spearman-féle korreláció használata volt indokolt.

Eredmények

Leíró statisztikai adatok

Elsőként a vizsgálatban alkalmazott kérdőívek és alskáláik Cronbach-alfa mutatóit néztem meg, amelyeket a *XII. melléklet* szemléltet, továbbá a Cronbach-alfa értékek mellett az egyes kérdőíveken elért átlagpontszámokat és szórást is láthatjuk. Az eredmények alapján mindegyik kérdőív, illetve alskála Cronbach-alfa mutatója megfelelőnek bizonyult, így kijelenthetjük, hogy a kutatás szempontjából is megbízhatónak minősülnek.

Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála faktorelemzése

Feltáró faktorelemzés (EFA)

A kérdőív faktor szerkezetének a feltárása érdekében faktorelemzést hajtottam végre a mintán. Ez alapján először véletlenszerű módon megfelezttem a mintát ($N = 620$), két egyenlő részre osztva és a minta első felén ($N_1 = 310$) egy feltáró faktorelemzést hajtottam végre, mely során oblimin forgatási módot választottam. A minimális faktortöltöttségi szintet pedig .50-ra állítottam. A Bartlett-teszt eredménye szignifikáns értéket mutatott, amely alapján a tételek korrelálnak egymással, azonban nem túlzott mértékben, χ^2 ($df = 66$) = 2155.455 $p < .001$. A faktoranalízis alkalmazhatóságát a Kaiser-Meyer-Olkin teszt is megerősítette, mivel a KMO értéke .886, ami alapján a nagyon jó kategóriába tartozik (Ketskeméty és Izsó, 2005). Továbbá a tételek MSA értéke, mind .5 feletti értéket mutatott, így kijelenthetjük, hogy a változók szoros kapcsolatban állnak egymással. A korrelációs mátrix alapján a tételek között túlzottan erős korrelációt nem találtam, így feltételezhető, hogy a tételek között a multikollinearitás problémája nem áll fenn ($r = .134 - .773$ $p < .001$). Az elemzés során első körben egy 3-faktoros modellt rajzolódott ki.

A faktortöltések elemzése során azonban a 2-es tétel (TVKAS-2: „A párom érzékeltette velem, hogy már nem vagyok olyan vonzó, mint korábban.”) egyik faktorra sem mutatott magas töltést, így az elemzés ezen szakaszában kizárásra került, illetve a 14-es tétel (TVKAS-14: „Úgy gondoltam, hogy minél előbb szükséges jobb formába hoznom magam.”) is szintén kikerült az itemek közül, mivel keresztöltés problémája állt fenn.

Tételek	Faktorok		
	Belső készletelés	Ideál elvárás	Külső nyomás
5. Zavart, ha a tükörbe nézve észrevettem, hogy nem olyan az alakom, mint korábban volt. (TVKAS-5)	.962		
11. Úgy éreztem, hogy a testem már nem olyan vonzó, mint korábban. (TVKAS-11)	.860		
8. Nem éreztem magam olyan magabiztosnak a bőrömben, mint korábban. (TVKAS-8)	.832		
6. Készletést éreztem, hogy több időt töltsek a régi formám visszanyerésével. (TVKAS-6)	.673		
3. Sűrgetőnek éreztem, hogy minél hamarabb visszanyerjem a régi alakomat. (TVKAS-3)	.647		
13. Rossz érzéssel töltött el, ha belegondoltam, hogy mennyit változott a testem a terhesség alatt. (TVKAS-13)	.595		
9. A jó megjelenésű nők a médiában arra ösztönöztek, hogy én is alakítsak a formámon. (TVKAS-9)		.888	
12. A várandósság alatt és a szülés után tökéletes formában megjelenő nők a közösségi médiában arra sarkalltak, hogy én is változtassak a formámon. (TVKAS-12)		.834	
10. A hirdetések, reklámon hatására próbáltam rávenni magam, hogy visszanyerjem a régi formámat. (TVKAS-10)		.744	
4. Az ismerőseim, barátaim tudomra adták, hogy a külsőm már nem a régi. (TVKAS-4)			.757
7. A számomra fontos emberek jeleztek, hogy változtatnom kellene az alakomon. (TVKAS-7)			.713
1. Egy közeli családtag vagy rokon negatív megjegyzéseket tett a külsőmre. (TVKAS-1)			.659

Megjegyzés: Oblimin forgatási mód.

1. táblázat: Az elemzés során létrejött faktorok töltései

A 2-es és a 14-es tétel eltávolítását követően létrejött faktorstruktúrát és a faktorok töltéseit a *1. táblázat* mutatja be. Ezt követően a modell illeszkedési mutatói is megfelelő értéket mutattak (CFI = .968 TLI = .936). A faktorok által megmagyarázott variancia értéke 62,9% volt.

Megerősítő faktorelemzés (CFA)

A kérdőív faktorszerkezetének teljes feltárásához a megfelelő minta második felén ($N_2 = 310$) egy megerősítő faktorelemzést futtattam le. A megerősítő faktorelemzés során a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála mérési modellje megfelelő illeszkedést mutatott, χ^2 (df = 66) = 1908.937, CFI = .946, TLI = .930, RMSEA = .079 [.065-.094]. A standardizált faktortöltéseket és ezzel együtt a kérdőív végső faktorszerkezetét a *2. táblázat* mutatja be.

Tételek	Faktorok		
	Belső késztetés	Külső nyomás	Ideál elvárás
TVKAS-3	.630		
TVKAS-5	.840		
TVKAS-6	.670		
TVKAS-8	.840		
TVKAS-11	.830		
TVKAS-13	.730		
TVKAS-1		.620	
TVKAS-4		.810	
TVKAS-7		.760	
TVKAS-9			.910
TVKAS-10			.700
TVKAS-12			.820

2. táblázat: A faktorok és a tételek faktorsúlyai

A faktorelemzések következtében egy 3-faktoros modell jött létre, így az eredeti 14 tételes kérdőívből, csak 12 tétel került megtartásra. Az első faktort, a *Belső késztetést* 6 tétel alkotja ($M = 18.627$, $SD = 6.981$), a második faktort, a *Külső nyomást* 3 tétel ($M = 4.9$, $SD = 2.5$), és a kérdőív harmadik faktora az *Ideál elvárás* is 3 tételből áll ($M = 6.73$, $SD = 3.48$). A megbízhatósági mutatók tekintetében a Belső késztetés faktor Cronbach-alfa értéke .901, mely 6 tételből áll, a Külső nyomás faktor Cronbach-alfa értéke pedig .731, mely csak 3 tételt tartalmaz, és az utolsó, 3 itemet tartalmazó, Ideál elvárás faktor Cronbach-alfa értéke pedig .857. Ez alapján elmondhatjuk, hogy a létrejött mérőeszköz reliabilitása megfelelő. A fő skála a *Test Változása* és az alsókálák korrelációit a *XV. melléklet* tartalmazza.

Társadalmi Nyomás Érzése Skála faktorelemzése

Feltáró faktorelemzés (EFA)

A Társadalmi Nyomás Érzését mérő skála faktorszerkezetének a feltárása érdekében szintén a minta ($N = 620$) első felén ($N_1 = 310$) egy feltáró faktorelemzést hajtottam végre, mely során oblimin forgatási módot választottam és a minimális faktortöltöttségi szintet ismét .50-re

állítottam. A Bartlett-teszt eredménye szignifikáns értéket mutatott, amely alapján a tételek között túlzott mértékű korreláció nem áll fenn, χ^2 (df = 6) = 839.672 $p < .001$. A KMO érték .824, ami alapján a nagyon jó kategóriába tartozik (Ketskeméty és Izsó, 2005), továbbá a tételek MSA értéke mind .7 feletti értéket mutatott, így láthatjuk, hogy a változók között szoros kapcsolat áll fenn. Az elemzés eredménye megerősítette a kezdeti elképzelésnek megfelelő 1-faktoros szerkezetet.

Tételek	Faktor
	<i>Társadalmi nyomás érzése</i>
2. A társadalomban az emberek úgy vélik, hogy egy nőnek mindig vonzónak kell lennie. (TNYÉS-2)	.937
1. A társadalomban az emberek szerint egy nőnek mindig oda kell figyelnie a külsejére. (TNYÉS-1)	.880
3. A társadalomban az emberek egyetértenek azzal, hogy egy nőnek mindig kordában kell tartania a súlyát. (TNYÉS-3)	.780
4. A társadalomban az emberek elvárják, hogy egy nő a szülés után hamar visszanyerje az alakját. (TNYÉS-4)	.760

Megjegyzés: Oblimin forgatási mód.

3. táblázat: Az elemzés során létrejött faktor töltései

A létrejött modell faktor töltéseit a 3. táblázat szemléleti. A modell 1-faktoros szerkezetét az illeszkedési mutatók is igazolták, CFI = .994 TLI = .982. Az 1-faktoros modell által megmagyarázott variancia értéke pedig 71% volt.

Megerősítő faktorelemzés (CFA)

Az 1-faktoros modell megerősítéséhez a minta (N = 620) második felén (N₂ = 310) egy megerősítő faktorelemzést is végeztem. A Társadalmi Nyomás Érzése Skála 1-faktoros modellje közel tökéletes illeszkedést mutatott, χ^2 (df = 6) = 760.384, CFI = .999, TLI = .998, RMSEA = .027 [.000- .119]. A skála standardizált faktortöltéseit a 4. táblázat mutatja be.

Tételek	Faktor
	<i>Társadalmi nyomás érzése</i>
TNYÉS-1	.890
TNYÉS-2	.910
TNYÉS-3	.780
TNYÉS-4	.710

4. táblázat: A tételek tételsúlyai

A faktorelemzés következtében egy 1-faktoros modell jött létre, mely 4 tételt tartalmaz (M = 14.735 SD = 3.98). A skála Cronbach-alfa értéke is megfelelő .893, ezek alapján a mérőeszköz megbízhatóan alkalmazható.

A felhasznált kérdőívek korrelációi

A kutatásban felhasznált kérdőívek korrelációi összefoglalóan a *XVII. mellékletben* tekinthetők meg. A létrehozott *Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála (TVKAS)* pozitív irányú korrelációt mutatott az evészavar tüneteivel, a depresszió, szorongás és stressz szintjével,

valamint a társadalmi nyomás érzésével, ellenben fordított irányú korreláció mutatkozott a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála és jól-lét, önértékelés és kapcsolati elégedettség között.

Hipotézisek tesztelése

Az első hipotézisem teszteléséhez a Mann-Whitney tesztet alkalmaztam annak vizsgálatára, hogy az evészavar tüneteiben kórosan érintett személyek ($n = 209$) alacsonyabb jól-léttel, önértékeléssel és kapcsolati elégedettséggel, valamint a depresszív, szorongásos és stressz tünetek magasabb szintjével rendelkeznek-e, az evészavar kóros tüneteit nem mutató egyénekhez képest ($n = 411$). A Mann-Whitney teszt eredménye alapján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között a szubjektív jól-lét tekintetében $U = 31272$ $p < .001$ (1-tailed) $r = -.272$. Az evészavar tüneteiben kórosan érintett személyek ($Mdn_{jól-lét} = 7$) alacsonyabb jól-létről számolnak be azokhoz a személyekhez képest, akik nem érintettek a tünetekben ($Mdn_{jól-lét} = 9$). Továbbá az önértékelés tekintetében szintén szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között $U = 25715$ $p < .001$ (1-tailed) $r = -.401$. Az evészavar tüneteiben kórosan érintett személyek ($n = 209$, $Mdn_{önértékelés} = 26$) szintén alacsonyabb önértékelésről számolnak be a kóros tüneteket nem mutató egyénekhez képest ($n = 411$, $Mdn_{önértékelés} = 31$). A Mann-Whitney teszt eredménye alapján szintén szignifikáns különbség mutatkozott a depressziós, szorongásos és stressz tüneteinek tekintetében a csoportok között $U = 61334$ $p < .001$ (1-tailed) $r = .428$. Az evészavar tüneteiben kórosan érintett egyének ($n = 209$) körében magasabb volt a depressziós, szorongásos és stressz tüneteinek a megléte ($Mdn_{dass-9} = 8$), mint a kóros tüneteket nem mutató egyének esetében ($n = 411$, $Mdn_{dass-9} = 5$). A kapcsolati elégedettség tekintetében szintén szignifikáns különbséget mutatott a teszt a két csoport között $U = 31406$ $p < .001$ (1-tailed) $r = -.242$. Az evészavarban kórosan érintett egyének ($n = 205$, $Mdn_{kapcs} = 33$) alacsonyabb kapcsolati elégedettségről számolnak be, mint a kóros tüneteket nem mutató egyének ($n = 404$, $Mdn_{kapcs} = 35$). Így a második hipotézis is beigazolódott: az evészavar kóros tüneteit mutató egyének alacsonyabb jól-létről, önértékelésről, párkapcsolati elégedettségről és a depressziós, szorongásos és stressz tünetek magasabb jelentkezéséről számolnak be, mint a kóros tüneteket nem mutató egyének.

A második hipotézis tesztelésére többszörös hierarchikus lineáris regressziót alkalmaztam, annak vizsgálatára, hogy evészavarokban való érintettséget, az alacsonyabb szubjektív jól-lét (továbbiakban: JÓLLÉT), alacsonyabb önértékelés (továbbiakban: ÖNÉRT.), depresszió, szorongás és stressz magasabb szintje (továbbiakban: DASS), a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök (továbbiakban: TESTVÁLT.) is bejósolják. A kollinearitás feltételének ellenőrzésére alkalmas tesztek alapján a változók között sem a kollinearitás, sem

a multikollinearitás nem állt fent. A prediktor változók közötti korrelációk $r = -.004$ és $r = .445$ között mozognak, és a tolerancia értékek minden prediktorra relatíve magasak: JÓLLÉT 68,3%, ÖNÉRT. 62,1%, DASS 54,1 és TESTVÁLT. 84%. A prediktorok nagymértékű függetlensége lehetővé teszi, hogy hatásuk tisztán kerüljön értelmezésre a regresszióban. A standardizált predikált értékeket és standardizált reziduális hibákat megjelenítő pontdiagram alapján megállapítható, hogy a mintán teljesül a homoszkedaszticitás és linearitás feltétele. A 4. ábrán található hisztogram alapján pedig látható, hogy teljesül a standardizált reziduális hibák normalitásának a feltétele. Az adatokon teljesül a reziduális hibák függetlenségének a feltétele is, a Durbin-Watson érték = 2.259.

A hierarchikus regresszió első szintjén a TESTVÁLT. változót léptettem a modellbe, a második szinten pedig a JÓLLÉT, ÖNÉRT. és DASS került az elemzésbe. A regresszió alapján a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök az evészavarokban való magas érintettségnek a varianciáját szignifikánsan, 41,3%-ban magyarázzák. A test változásával kapcsolatos negatív attitűdök, alacsonyabb önértékelés és a depressziós, szorongásos, stressz tünetek együttesen pedig 55,3%-ot magyaráznak, így az előző modellhez képest volt szignifikáns változás a magyarázóerőben. A JÓLLÉT változó, azonban az eredmények alapján nem szignifikáns prediktora az evészavarban való érintettségnek. Tehát az evészavarokban való érintettséget leginkább a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök jósolják be, ahogy a 5. táblázat is szemlélteti, de ez mellett az alacsony önértékelés és a depressziós, szorongásos és stresszhez köthető tünetek is szerepet játszanak az érintettség alakulásában.

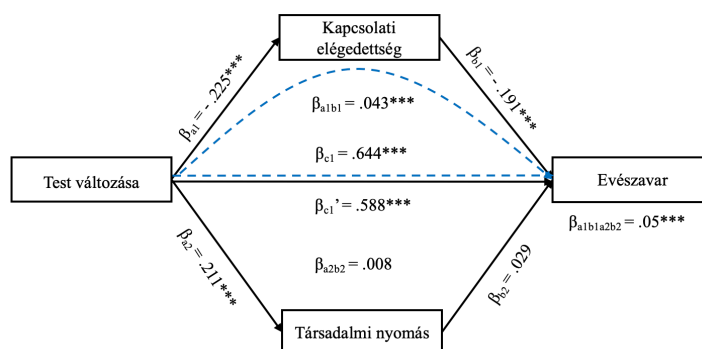
		B	SE(B)	B	t	p	Tolerancia
Modell 1	Konstans	35.595	2.428		14.660	< .001	
	TESTVÁLT.	1.585	.076	.644	20.905	< .001	1.000
Modell 2	Konstans	72.608	6.030		12.040	< .001	
	JÓLLÉT	-.496	.314	-.052	-1.582	.114	.683
	ÖNÉRT.	-.951	.137	-.238	-6.941	< .001	.619
	DASS	1.040	.212	.181	4.914	< .001	.541
	TESTVÁLT.	1.183	.073	.480	16.235	< .001	.834
Kimeneti változó: Evészavarban való érintettség.							
Modell 1: $R^2 = .414$ $R^2_{Adj} = .413$ $F(1, 618) = 437.014$ $p < .001$							
Modell 2: $R^2 = .551$ $R^2_{Adj} = .548$ $F(4, 615) = 188.621$ $p < .001$							
Változás: $F(3,615) = 62.403$ $p < .001$							

5. táblázat: Az evészavarban való érintettség összefüggése jól-léttel, önértékeléssel, depresszió, szorongás és stressz tünetekkel, valamint a test változásával kapcsolatos attitűdökkel

Ahhoz, hogy megvizsgáljam az ötödik hipotézis alapján, hogy azok az édesanyák érintettek-e legjobban a test változását érintő negatív attitűdöket illetően, akiknek 0-6 hónapos gyermekük van, először a mintából ($N = 620$) 3 csoportot hoztam létre. Az első csoportot alkották a várandós édesanyák ($n_1 = 48$), a második csoportban azok az édesanyák voltak, akiknek 0-6 hónapos gyermekük van ($n_2 = 132$) és a harmadik csoportba pedig azok az

édesanyák kerültek, akiknek 6-33 hónapos kor közötti gyermekük van ($n = 440$). A hipotézis teszteléséhez függetlenmintás egyszempontos ANOVA eljárást alkalmaztam, melynek eredményei alapján nem volt szignifikáns különbség a csoportok között $F(2,617) = 2.761$ $p = .064$ $\eta^2 = .009$. Tehát azok az édesanyák, akiknek a vizsgálat idején 0-6 hónapos kor közötti gyermeke volt, nem mutattak a testük változásával kapcsolatos negatívabb attitűdöket a másik két csoportokhoz képest.

A hatodik hipotézis teszteléséhez, mely alapján azt feltételezem, hogy a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök indirekten, az alacsony kapcsolati elégedettségen és a magas társadalmi nyomás érzésén keresztül mutatnak összefüggést az evészavar tüneteivel, mediációs elemzést használtam. A hipotézis alapján a mediációs elemzésben egy bemeneti (továbbiakban: Test változása), és két mediátor tényező (továbbiakban: Kapcsolati elégedettség és Társadalmi nyomás) szerepel, a kimeneti változó (továbbiakban: Evészavar) mellett.



1. ábra: Test változása → Kapcsolati elégedettség és Társadalmi nyomás → Evészavar mediációs útmodellje
Jelölés: ***: $p < .001$

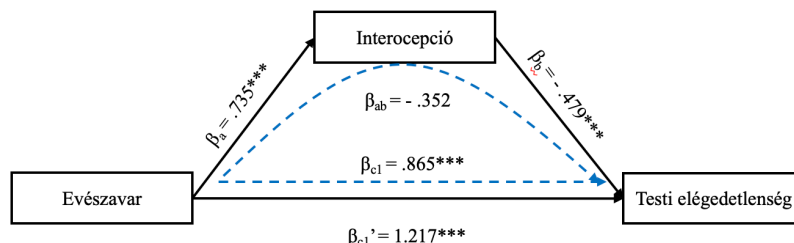
A mediációs elemzés alapján a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök részben közvetlenül kapcsolódnak az evészavar tüneteinek, részben pedig indirekten a kapcsolati elégedettség csökkentésén keresztül, a mediációs hatás 5% volt. A társadalmi nyomás érzése esetében az indirekt hatás nem volt igazolható.

X	Y	Path	β	SE(β)	p	LLCI	ULCI
Test Változása a kapcs. elégt. át	Evészavar	Path a1b1 (indirekt)	.043	.010	< .001	.023	.063
Test Változása a társadalmi nyomáson át	Evészavar	Path a2b2 (indirekt)	.008	.006	.239	-.005	.020
Test Változása	Evészavar	Total indirekt	.050	.012	< .001	.027	.074

6.. táblázat: Mediált (indirekt) hatások 2 mediátor változó esetén

A hetedik hipotézis vizsgálata során szintén mediációs elemzést használtam annak vizsgálatára, hogy az evészavarban való érintettség (továbbiakban: Evészavar) indirekten az interoceptív tudatosság (továbbiakban: Interocepció) csökkentésén keresztül összefügg a testtel való elégedetlenséggel (továbbiakban: Testi elégedetlenség). Az eredmények alapján a

hipotézis megerősítést nyert, azaz a mediáció alapján az evészavar, interocepció, testi elégedetlenség összefüggésrendszerén egy részleges mediáció lett igazolva. Az evészavar tünetei részben közvetlenül kapcsolódnak a testi elégedetlenséghez, részben pedig indirekten az interoceptív tudatosság csökkentésén keresztül hatnak a testi elégedetlenségre.



2. ábra: Evészavar → Interocepció → Testi elégedetlenség mediációs útmodellje

Az utolsó, nyolcadik hipotézis tesztelésére egy Spearman-féle korrelációt alkalmaztam annak vizsgálatára, hogy ha egy személy a test változásával kapcsolatos negatív attitűdöket erősebben éli meg, akkor ez a feminizmus alacsonyabb mértékével jár-e együtt. A Spearman-féle korreláció eredménye alapján a két változó között nem áll fenn szignifikáns kapcsolat $r_s = -.013$ $p = .739$ (1-tailed). Tehát a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök megélése nem társul a feminizmus alacsony mértékével.

Megbeszélés

Jelen kutatás fókuszában egy olyan mérőeszköz létrehozása állt, amelynek segítségével felmérhetőek a test változásával kapcsolatos attitűdök a várandósság során és a szülést követően az édesanyák körében. A létrehozott mérőeszköz, a *Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála (TVKAS)*, tehát egy olyan mérőeszköz, amely a várandósság és a szülést követő időszakban hivatott felmérni az édesanyák attitűdjeit a saját testük változását illetően. A faktorelemzés következtében a végleges mérőeszközt 12 tétel alkotja, amelyek 3 faktor mentén rendeződnek: Belső készletés, Külső nyomás és Ideál elvárás. A kezdeti elképzelés alapján először egy 14 teteles kérdőív került összeállításra, és az elméleti elrendezés alapján 2 faktor elkülönülését vártam. A létrejött, végleges faktorstruktúra azonban nemcsak a statisztikai, de az elméleti háttér alapján is indokolt. Az első faktor, a *Belső készletés* olyan itemeket tartalmaz, amelyek alapján feltérképezhető, hogy a saját maga nézőpontjából az egyén mennyire érzi sürgetőnek a változtatást a testen, illetve mennyire elégedetlen azzal. A testtel való elégedetlenség alakulását Dalhaug és Haakstad (2022) vizsgálták kutatásukban norvég édesanyákból álló mintán. A kutatás eredménye alapján a terhességet megelőző időszaktól egészen a terhesség végéig a testtel való elégedetlenség növekvő tendenciát mutat az édesanyák körében, melynek következtében sürgetőbbnek érezték a régi alakjuk visszanyerését, a terhesség során a testtel

való elégedetlenség mérséklő tényezőjének a terhességet megelőző fizikai aktivitás fokozott mértékét mutatták ki. Ez alapján láthatjuk, hogy az édesanyákban egy fokozott belső készítés van jelen a terhességet megelőző alakjuk visszanyerésére, és ez a belső készítés fokozott testi elégedetlenséggel párosulhat, ami a terhesség alatti test negatív megítélését és a testi változás nehezebb megélését jelenti. A létrehozott mérőeszköz alapján ezért is kifejezetten szükséges a belső attitűdöknek a feltérképezése a terhesség során és az azt követő időszakban. A mérőeszköz második faktora a *Külső nyomás*, amely olyan itemeket tartalmaz, amelyek az egyén arra vonatkozó attitűdjeit vizsgálják, hogy a környezete felől érkező elvárásokat, mint a családtól, barátoktól vagy ismerősöktől érkező elvárások, milyen mértékben teszi magáévá. Ez egybevág a Thompson által (Thompson, 1999; id.: Thompson, 2020) megfogalmazott testkép és étkezési zavarok háromoldalú befolyásolási modelljével, amely alapján a rendellenes testkép és étkezési zavarok kialakulásában olyan szociokulturális tényezők, mint a család és a kortársak, szerepet játszanak, és az utóbbi kettőnek a hatását a vékonyság internalizációja, valamint a társas összehasonlítás is közvetíti. A Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skálának pedig a harmadik faktora az *Ideál elvárás*. Ebbe a faktorba olyan tételek sorolhatóak, amelyek arra kérdeznak rá, hogy a korunk megjelenéssel kapcsolatos elvárásait, amelyeket a közösségi média és hírportálok közvetítenek, az egyén saját teste változásával kapcsolatos attitűdjeire milyen mértékben hatnak az egyén szubjektív megítélése alapján. Thompson (Thompson, 1999; id.: Thompson, 2020) a testkép és az étkezési zavarok háromoldalú befolyásolási modelljében a szociokulturális tényezők között említi a média szerepét is mint tényezőt, amely szerepet játszik a rendellenes testkép és étkezési zavarok kialakulásában. A média közvetítő szerepét a testképpel kapcsolatos elvárásokra és a megjelenést illetően már számos kutatási eredmény is igazolta, például Peterson, Paulson és Williams (2007) kutatásának eredményei alapján a média által közvetített elvárások fokozottan hatnak az evészavarokkal kapcsolatos tünetek megjelenésére, illetve a testtel való elégedetlenségre. Összességében elmondható, hogy a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála olyan dimenziók vizsgálata mentén szerveződik, amelyek egyébként is szerepet játszhatnak az evészavarok megjelenését illetően, azonban ezeknek a tényezőknek a vizsgálata egy olyan érzékeny időszak - mint a terhesség és a szülést követő időszak – vizsgálatára irányul, amely még inkább fokozott veszély hordoz magában az evészavarok megjelenése vagy fokozódása szempontjából.

A kutatás során a másik létrehozott mérőeszköz a *Társadalmi Nyomás Érzése Skála (TNYÉ)*, amely összefoglalóan méri fel az egyén vélekedését azzal kapcsolatban, hogy mennyire véli magáénak a kitöltő személy a társadalom felől érkező nyomást, elvárást a külső

megjelenést illetően. A faktorelemzés alapján sikerült igazolni a skála 1 faktorból álló szerkezetét, amely 4 ítemet tartalmaz. A kutatási eredmények alapján az evészavarok tüneteinek fokozódásában a társadalom felől érkező elvárások internalizációja szintén kitüntetett szerepet játszik (Thompson, 2020).

Továbbá annak vizsgálata során szintén szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között, hogy az evészavar tüneteiben kórosan érintett egyének alacsonyabb jól-létről, alacsonyabb önértékelésről és magasabb párkapcsolati elégedetlenségről, valamint a depresszióhoz, szorongáshoz és a stresszhez köthető tünetek magasabb arányáról számoltak be, az evészavar kóros tüneteiben nem érintett egyénekhez képest. Ez a kutatási eredmény szintén összhangban van a szakirodalomban olvasható további kutatási eredményekkel. Például De Vos, Radstaak, Bohlmeijer és Westerhof (2018) evészavarral diagnosztizált egyének körében vizsgálta a szubjektív jól-lét alakulását, összevetve egy kontrollcsoportéval. Az elemzések alapján ebben a kutatásban is az evészavarban érintett egyének mutattak alacsonyabb szubjektív jóllétet. Továbbá az önértékelés tekintetében a Kaestner és munkatársai (2019) által végzett kutatásában szintén az evészavarral diagnosztizált egyének számoltak be alacsonyabb önértékelésről az egészséges kontrollcsoport mintájához képest. Ugyanezen elméleti keret mentén Garcia és munkatársai (2020) a depresszív és szorongásos zavarok, valamint az evészavarhoz köthető tünetek együtt járását vizsgálták, és az eredményei alapján a major depresszióban és a szorongásos zavarban érintett egyének esetében az evészavarhoz köthető tünetek is megjelentek, míg a kontrollcsoport esetében egyik zavar tünete sem mutatkozott. A párkapcsolati elégedettség tekintetében is ugyanúgy elmondható Zak-Hunter és Johnson (2015) kutatásának eredménye alapján, hogy az AN-ban vagy BN-ban érintett egyének alacsonyabb párkapcsolati elégedettségről számolnak be az evészavar tüneteit nem mutató egyénekhez képest.

Továbbá a kutatásban használt hierarchikus regressziós modell alapján az evészavarokban való érintettséget a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök jósolták be a legerősebben, az alacsonyabb önértékelés és a depresszív, szorongásos és stresszhez köthető tünetek fokozott megléte mellett. A kapott eredmény ebben az esetben is összhangban áll a szakirodalomban olvasható eredményekkel. Bár még kevés kutatás készült annak vizsgálatára, hogy a test változásának megélése a várandósság során milyen mértékben prediktora az evészavarok megjelenésének vagy az evészavarok tüneteinek a fokozódásának, Sollid és munkatársai (2021) kutatásának eredménye alapján láthatjuk, hogy a terhesség során az evészavarok tüneteinek megjelenése vagy kiújulása a várandósság 20. hetétől a szülést követő időszakig emelkedő tendenciát mutat, amelynek hátterében a kutatók szerint az állhat, hogy a

terhesség során a gyorsan változó test igen aggasztó az édesanyák számára, amelynek következménye az evészavarral összefüggő tünetek megjelenése. A test változásával kapcsolatos negatív attitűdök mellett az alacsony önértékelés is szignifikáns prediktora volt az evészavarokban való érintettségnek, ugyanerre az eredményre jutott Zamani Sani, Fathirezaie, Gerber és munkatársai (2021) serdülők körében készült vizsgálatának eredménye is, amely során az alacsony önbecsülés szintén szignifikáns prediktora volt az evészavarral összefüggő tünetekben. Az eredmények alapján a depresszív, szorongásos és stresszhez köthető tünetek fokozott megjelenése szintén bejósolta az evészavarokban való érintettséget. Csakúgy, mint az Ernst, Werner, Tibubos és munkatársai (2021) által végzett vizsgálat alapján, melyben az evészavarok megjelenését a depressziós és szorongásos tünetek 32%-ban magyarázták a nők esetében.

A statisztikai elemzések alapján, a korábban vártakkal ellentétben nem mutatkozott szignifikáns különbség az édesanyák csoportjai között annak tekintetében, hogy azok az édesanyák, akiknek 0-6 hónapos kor közötti gyermekük van, nem tapasztaltak meg a testük változásával kapcsolatos negatívabb attitűdöket, mint azon édesanyák csoportjai, akik várandósok voltak vagy pedig 7-36 hónapos kor közötti gyermekük volt. Ez az eredmény ellentmond a korábban bemutatott kutatások eredményeinek. Például Stein és Fairburn (1996) korai kutatásukban, a várandósság kezdetétől a szülést követő 9. hónapig követték nyomon az édesanyákat, azt találták, hogy az evészavar tünetei és a súlygyarapodás miatti aggodalom a szülést követő 3. hónapban nőtt meg a leginkább, melynek hátterében azt a motivációt vélték felfedezni a kutatók, hogy a szülést követően az édesanyák már magukra is fokozottabban elkezdnek figyelni, és szeretnék megakadályozni a további súlygyarapodást. A kapott eredmény azzal magyarázható, hogy valószínűsíthetően az evészavarok tüneteinek alakulása konzisztens az érintett egyéneknél a vizsgált mintában a terhesség kezdetétől fogva egészen a szülést követő időszakig, így a testtel kapcsolatos változások sem érinthetik ezeket az egyéneket negatívabban a szülést követő 0-6. hónapban, mint a terhesség más időszakában.

Jelen kutatás eredményei alapján még bebizonyosodott, hogy a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök részben közvetlenül kapcsolódnak az evészavarok tüneteinek fokozott megjelenéséhez, részben pedig indirekten a párkapcsolati elégedettség csökkentésén keresztül. Ez az eredmény szintén összhangban van a szakirodalomban található kutatási eredményekkel, hiszen a korábban bemutatott kutatási eredmények alapján láthatjuk, hogy az anyai test változását a terhesség során az evészavarban érintett egyének különösen nehezen élik meg az egészséges kontrollcsoportéhoz képest, és az evészavarban érintett egyének testtel kapcsolatos elégedetlensége hosszabb ideig is fennáll a szülést követően, mint az egészséges

személyeknél (Coker és Abraham, 2015). Baskin és munkatársai (2021) kutatási eredményei alapján a kapcsolati elégedettség pedig csökkentette a várandós édesanyák esetében annak kockázatát, hogy az evészavarok tünetei a terhesség során fokozottabban jelentkeznek, tehát ebben az esetben is a párkapcsolati elégedettség mediáló szerepe bizonyosodott be. A mediációs vizsgálat során azonban jelen kutatásban nem mutatkozott indirekt összefüggés a test változásával kapcsolatos negatív attitűdök és az evészavar tüneteinek fokozódása között a társadalmi nyomás érzésén keresztül. Ez az eredmény ellentmondásban áll Thompson (2020) tanulmányával.

A másik mediációs elemzés alapján bebizonyosodott, hogy az evési zavarban való érintettség és a testtel való elégedetlenség kapcsolatát az alacsonyabb interoceptív tudatosság mediálja. A kapott eredmény összhangban van Jenkinson és munkatársai (2018) vizsgálatának eredményével, ami alapján szintén elmondható, hogy az evészavarban érintett egyének az interoceptív tudatosság hiányában szenvednek, aminek következtében saját testük jelzéseit nem képesek adekvátan értelmezni, ami fokozza az evészavarok tüneteinek alakulását, illetve a saját testükkel való elégedetlenséget is.

A kutatás utolsó hipotézisének vizsgálata során azonban nem mutatkozott szignifikáns összefüggés annak a tekintetében, hogy azok az édesanyák, akik negatívabban élik meg a saját testük változásával kapcsolatos attitűdöket, a feminizmus alacsonyabb mértékéről számolnak be. Ez az eredmény ellentmond a Kinsaul, Curtin, Bazzini és Martz (2014) kutatása során kapott eredményeknek, amelyek alapján a feminizmus ideológiája egyfajta védőfaktorként szolgál a nők körében, így a feminizmus ideológiájával azonosuló édesanyák a megjelenéssel kapcsolatos társadalmi elvárásokat kevésbé érzik sajátjuknak, amelynek következtében körükben alacsonyabb az evészavarok tüneteinek megjelenésének valószínűsége és a testi elégedettség tekintetében is magasabb mértéket mutatnak, mint azok az édesanyák, akik a hagyományos női szereppel azonosulnak. Mivel jelen esetben nem mutatkozott szignifikáns összefüggés a két tényező között, ezért feltételezhetjük, hogy a vizsgált mintán a feminizmus ideológiájával történő azonosulás nem játszhat protektív szerepet a test változását érintő attitűdök megélésében.

A kutatás korlátjai

A kutatás során kapott eredmények fontos részét képezhetik a hazai szakirodalomnak, azonban a kutatás jelentős eredményei mellett annak számos korlátja is van. Jelen kutatás keresztmetszeti elrendezésen alapult, a vizsgált változókat tekintve egy longitudinális

kutatással pontosabban nyomon lehetne követni a változók alakulását a vizsgálati személyek esetében, valamint a változók közötti ok-okozati összefüggéseket feltérképezni.

Továbbá jelen kutatás kényelmi mintavétellel zajlott, a kérdőív megosztása elsősorban várandós és kisgyermekes édesanyáknak készült online platformokon történt, így a mintában jelentős torzítás jelenhet meg az evészavarok előfordulását illetően, valamint a mintában a várandós édesanyák száma jelentősebb alacsonyabb volt a többi csoport létszámához képest, ami szintén torzító hatással lehetett a kapott eredményekre. Illetve fontos kiemelni, hogy a minta nem reprezentatív, így általános, az országokra vonatkozó következtetések vagy kulturális sajátosságok megállapítását nem teszi lehetővé. Valamint a létrehozott mérőeszközök esetében még a faktorstruktúra validitásának a megerősítése céljából további empirikus vizsgálatok válnak szükségessé.

Összegzés

Az utóbbi években egyre többet olvashatunk az evészavarok növekvő prevalenciájáról a szakirodalomban, különösen a szubklinikai evészavarok előfordulását illetően (Silén és Keski-Rahkonen, 2022). A hazai szakirodalomban azonban még nem nagyon találkozhattunk olyan kutatásokkal, amelyek az evészavarok vizsgálatára irányulnának felnőtt nők körében, különös tekintettel a várandósság és a szülést követő kisgyermeket nevelő időszak vizsgálatára.

Jelen kutatás fő célkitűzése egy olyan mérőeszköz létrehozása volt, amelynek segítségével vizsgálhatóak a test változásával kapcsolatos attitűdök a várandósság során és a szülést követő időszakban az édesanyák körében. A létrehozott mérőeszköz a Test Változásával Kapcsolatos Attitűd Skála. A faktorelemzés következtében a mérőeszköznek egy 3 faktoros szerkezetét sikerült igazolni, továbbá az eredmények alapján megbízhatóan működött a vizsgált mintán.

Összességében elmondható, hogy a kapott eredmények fontos és hiánypótló részét képezhetik az evészavarokkal foglalkozó hazai szakirodalomnak, azonban a létrehozott a kapott mérőeszköz segítségével, még további vizsgálatok szükségesek az összefüggések pontosabb megértése érdekében.

Irodalomjegyzék:

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5thed.). Washington: American Psychiatric Association.

2. Arcelus, J., Yates, A., & Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 147-161.
3. Ábrahám, I. (2018). Az evészavarok kontinuum hipotézise, egy modell alakulása az 1970-es évektől napjainkig. *Neuropsychopharmacol Hung*, 20(4): 131-139.
4. Baskin, R., Galligan, R., & Meyer, D. (2021). Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: the role of psychosocial and mental health factors. *Appetite*, 156, 104862.
5. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8.
6. Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190.
7. Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological medicine*, 21(3), 775-784.
8. Bergmeier, H., Hill, B., Haycraft, E., Blewitt, C., Lim, S., Meyer, C., & Skouteris, H. (2020). Maternal body dissatisfaction in pregnancy, postpartum and early parenting: An overlooked factor implicated in maternal and childhood obesity risk. *Appetite*, 147, 104525.
9. Brown, T. A., Berner, L. A., Jones, M. D., Reilly, E. E., Cusack, A., Anderson, L. K., ... & Wierenga, C. E. (2017). Psychometric evaluation and norms for the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) in a clinical eating disorders sample. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 411-416.
10. Brown, T. A., Vanzhula, I. A., Reilly, E. E., Levinson, C. A., Berner, L. A., Krueger, A., ... & Wierenga, C. E. (2020). Body mistrust bridges interoceptive awareness and eating disorder symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 129(5), 445.
11. Bye, A., Martini, M. G., & Micali, N. (2021). Eating disorders, pregnancy and the postnatal period: a review of the recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 563-568.
12. Castellini, G., Fioravanti, G., Ravaldi, C., Masetti, S., Vannacci, A., Mannucci, E., ... & Ricca, V. (2013). The Eating Disorders Well Being Questionnaire (EDwell): a new measure of quality of life in eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18, 11-22.

13. Coker, E., & Abraham, S. (2015). Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 71-79.
14. Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*.
15. Czeglédi, E., Urbán, R., Czizmadia, P. (2010). A testkép mérése: A testi attitűdök tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 431-461.
16. Dalhaug, E. M., & Haakstad, L. A. H. (2022). Does appearance matter during pregnancy? A cross-sectional study of body satisfaction from pre-pregnancy to late gestation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16375.
17. De Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an eating disorder and still being able to flourish? Examination of pathological symptoms and well-being as two continua of mental health in a clinical sample. *Frontiers in psychology*, 9, 2145.
18. Dos Santos, A. M., Benute, G. R. G., Dos Santos, N. O., Nomura, R. M. Y., de Lucia, M. C. S., & Francisco, R. P. V. (2017). Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*, 51, 12-15.
19. Dukay-Szabó, S., Simon, D., Varga, M., Szabó, P., Túry, F., és Rathner, G. (2016). Egy rövid evészavar-kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyogy Sz*, 69(3-4), 144.
20. Dukay-Szabó, S. Varga, M., Túry, F. (2016). Az evészavarok és a terhesség összefüggései. *Ideggyogy Sz*, 69(9–10):299–305.
21. Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340-344.
22. Ernst, M., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Beutel, M. E., De Zwaan, M., & Brähler, E. (2021). Gender-dependent associations of anxiety and depression symptoms with eating disorder psychopathology in a representative population sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645654.
23. Fitzgibbon, M. L., Sánchez-Johnsen, L. A. P., & Martinovich, Z. (2003). A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 83–97. doi:10.1002/eat.10160

24. Garcia, S. C., Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M. C., Boker, S., & Klump, K. L. (2020). Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1844-1854.
25. Garner, D. M., Olmsted, M. P., és Polivy, J. (1983): Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1: 15-34.
26. Green, M. A., Davids, C. M., Skaggs, A. K., Riopel, C. M., & Hallengren, J. J. (2008). Femininity and eating disorders. *Eating Disorders*, 16(4), 283-293.
27. Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*, 10(1), 132.
28. Hendrick, S.S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), 93—98.
29. Henry, J. D., Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239.
30. Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 1-11.
31. Izydorczyk, B., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Frontiers in psychology*, 9, 329735.
32. Jenkinson, P. M., Taylor, L., & Laws, K. R. (2018). Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *Journal of psychosomatic research*, 110, 38-45.
33. Kaestner, D., Loewe, B., & Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101-116.
34. Ketskeméty, L., Izsó, L. (2005). *Bevezetés az SPSS programrendszerbe*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
35. Kinsaul, J. A., Curtin, L., Bazzini, D., & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body image*, 11(1), 63-67.

36. Kirk, E., & Preston, C. (2019). Development and validation of the Body Understanding Measure for Pregnancy Scale (BUMPS) and its role in antenatal attachment. *Psychological assessment*, 31(9), 1092.
37. Lovibond, S. H., Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. 2nd Edition. Sydney: Psychology Foundation.
<http://www2.psy.unsw.edu.au/DASS/>
38. Ludányi, B., & Szabó, P. (2017). Evészavarok és az iskola: Kockázati tényező vagy a megelőzés terepe?. *Magyar Pedagógia*, 117(1), 73-93.
39. Lukács-Márton, R., A. (2013) Speciális csoportok evészavarai különös tekintettel a szépségiparban dolgozókra és a várandós kismamákra. Doktori disszertáció, Debreceni Egyetem BTK.
40. Magallares, A., Jauregui-Lobera, I., Gamiz-Jimenez, N., & Santed, M. A. (2014). Subjective well-being in a sample of women with eating disorders. *The Psychological Record*, 64, 769-776.
41. Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete, (2004) *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe* (SzEK) Budapest.
42. Martos, T., Sallay, V., Szabó, T., Lakatos, C., és Tóth-Vajna, R. (2014). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői= Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Relationship Assessment Scale (RAS-H). *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15(3), 245-258.
43. Morgan, B. L. (1996). Putting the feminism into feminism scales: Introduction of a Liberal Feminist Attitude and Ideology Scale (LFAIS). *Sex Roles*, 34(5-6), 359-390.
[10.1007/BF01547807](https://doi.org/10.1007/BF01547807)
44. Neiterman, E., & Fox, B. (2017). Controlling the unruly maternal body: Losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social science & medicine*, 174, 142-148.
45. Peterson, K. A., Paulson, S. E., & Williams, K. K. (2007). Relations of eating disorder symptomology with perceptions of pressures from mother, peers, and media in adolescent girls and boys. *Sex roles*, 57, 629-639.
46. Pettersson, C. B., Zandian, M., & Clinton, D. (2016). Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of women's mental health*, 19, 675-680.
47. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

48. Ruchkin, V., Isaksson, J., Schwab-Stone, M., and Stickley, A. (2021). Prevalence and early risk factors for bulimia nervosa symptoms in inner-city youth: gender and ethnicity perspectives. *Journal of Eating Disorders*, 9, 1-13.
49. Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., és Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15:3 259-275.
50. Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371.
51. Stein, A., & Fairburn, C. G. (1996). Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosomatic Medicine*, 58(4), 321-325.
52. Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 587.
53. Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(4), 332-337.
54. Sollid, C., Clausen, L., & Maimburg, R. D. (2021). The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2132-2142.
55. Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255.
56. Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131.
57. Sztanó, F., Rész, K. & Pászthy, B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői = Family risk and protective factors of eating disorders. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 49-61.
58. Talmon, A., & Ginzburg, K. (2018). "Who does this body belong to?" The development and psychometric evaluation of the Body Experience during Pregnancy Scale. *Body Image*, 26, 19-28.

59. Thompson, K. (2020). An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Archives of Women's Mental Health*, 23(5), 625-633.
60. Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M., László Zs. (1997): Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventroy) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336-342.
61. Túry, F., & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai. Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
62. Túry, F., & Szabó, P. (2010). Az evés zavarai. anorexia, bulimia, falási zavar. In Zs. Demetrovics & B. Kun (Eds.), *Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési addikciók és az impulzuskontroll egyéb zavarai* (pp. 423–446). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
63. Wacker, E. C. (2018). Barriers and facilitators to seeking treatment for subclinical eating disorders: The importance of supportive relationships. *Journal of Family Psychotherapy*, 29(4), 292-317.
64. Walsh, B. T., Hagan, K. E., and Lockwood, C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 56(4), 798-820.
65. Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., & Skouteris, H. (2017). Development and validation of a tailored measure of body image for pregnant women. *Psychological Assessment*, 29(11), 1363.
66. WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion. Charter for action presented at the first international conference on health promotion*. World Health Organization (WHO), Ottawa, Canada.
67. Woodbrown, V. D. (2015). *A comparison of the factor structure of the short form Liberal Feminist Attitude and Ideology Scale (LFAIS) for women and men in a university survey* (Doctoral dissertation, University of South Carolina).
68. Yusoff, M. S. B. (2013). Psychometric properties of the depression anxiety stress scale in a sample of medical degree applicants. *International Medical Journal*, 20(3), 295-300.
69. Zak-Hunter, L., & Johnson, L. N. (2015). Exploring the association between partner behaviors and eating disorder symptomology. *Families, Systems, & Health*, 33(4), 405–409. <https://doi.org/10.1037/fsh0000147>
70. Zamani Sani, S. H., Fathirezaie, Z., Gerber, M., Pühse, U., Bahmani, D. S., Bashiri, M., ... & Brand, S. (2021). Self-esteem and symptoms of eating-disordered behavior among female adolescents. *Psychological reports*, 124(4), 1515-1538.