

Czeglédi Edit és Csizmadia Péter:
Beszámoló a III. Közösen-Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi Csapatverseny
keretében végzett kérdőíves felmérésről

A vizsgálat során két kérdőív került összeállításra. Az OEFI hivatalos, programkísérő kérdőíve mellett kidolgozásra került egy második kérdőív, amely a résztvevők testsúlyának történetét, egészségmagatartását, testképét, táplálkozási magatartását és elhízással kapcsolatos hiedelmeit hivatott felmérni. E második kérdőív célja a sikeres életmód-változtatás potenciális prediktorainak vizsgálata volt.

A két kérdőívet Csizmadia Péter és munkatársai e-mailben küldték ki a csapatkapitányoknak, akik továbbították a tagoknak. A kitöltött kérdőíveket vagy egyénileg, vagy összegyűjtve a kapitányok révén kapták vissza postán, vagy e-mailen, illetve kinyomtatva hozták vissza a mérlegelésre.

A jelen beszámolóban azon személyek adatai képezik az elemzés alapját, akik részt vettek a mérlegelésen és mindkét kérdőívet kitöltötték.

A minta rövid bemutatása

A minta 681 főből áll (245 férfi és 436 nő).

Átlagéletkor: 37,5 év (szórás: 9,87; terjedeleme: 21-63 év).

Iskolai végzettség: a válaszadók 6%-a alapfokú, 32%-a középfokú, 62%-a pedig felsőfokú végzettséggel bír.

A testtömeg-index (BMI) átlaga 26,9 kg/m² (szórás: 5,38, terjedeleme: 17,1-60,6 kg/m²).

A WHO (1998) testtömeg-index felosztása alapján a minta 1%-a alultáplált (BMI<18,5 kg/m²), 40%-a normál súlyú (BMI: 18,51-24,9 kg/m²), 35%-a túlsúlyos (BMI: 25-29,9 kg/m²) és 24%-a elhízott (BMI≥30 kg/m²). Az elemzések során az alultáplált és normális testsúlyú egyéneket egy csoportba vontuk össze. Az életkor tekintetében nincs, a tápláltsági állapot tekintetében viszont van szignifikáns nemi különbség: a férfiak testtömeg-indexe magasabb, mint a nőké ($W_{(585)}=5,427$; $p<0,001$).

A testsúly története

Rákérdeztünk arra, hogy ha a válaszadó túlsúlyos, hány éves kora óta vannak súlyproblémái. A kérdésre a résztvevők 55,5%-a felelt. A válaszadási arány nagyjából megfelel a tápláltsági állapot testtömeg-index kategória szerinti felosztásának, amely szerint a résztvevők 59%-a túlsúlyos vagy obese. A válaszok alapján kirajzolódó kép azt mutatja, hogy az esetek kis százalékában (5%) a súlyfelesleg már kisgyermekkorban (≤ 6 év) megjelent. Iskoláskori kezdet (6-18 év között) a válaszadók 20%-ára jellemző. A magukat túlsúlyosnak ítélik túlnyomó többsége (75%-a) esetében a súlyprobléma felnőttkorban (18 év felett) kezdődött.

Tekintettel arra, hogy a szakirodalmi adatok szerint a gyakori diétázás és a jelentős súlyingadozások (ún. jojó-effektus) a sikeres súlycsökkenés gátját képezhetik, kérdéseket tettünk fel erre vonatkozóan is.

Arra a kérdésre, hogy „élete során hányszor fordult elő, hogy a testsúlya nagymértékű (minimum 4,5 kg-os) ingadozást mutatott, azaz »jojózott«?” résztvevők 85%-a válaszolt. A válaszadók 29%-ánál egyszer sem fordult elő a jojó-effektus. 32%-uk egy-két alkalommal, ugyancsak 32%-uk 3-9 alkalommal tapasztalta meg a testsúlya jelentős ingadozását. A válaszadók 7%-a 10, vagy annál több jojó-effektusról számol be. Néhányuk egészen szélsőséges értékeket adott meg válaszként (30, 40 illetve 80 alkalom). A nők szignifikánsan több súlyingadozásról számolnak be, mint a férfiak ($Z=2,327$; $p=0,020$).

Az első fogyókúra idejére vonatkozó életkort firtató kérdésre a résztvevők 65%-a válaszolt. A válaszadók közel egyharmada (32%-a) már gyermekkorában (≤ 18 év) megkísérelt fogyókúrázni. A nők átlagéletkora szignifikánsan alacsonyabb volt az első fogyókúrájuk idején, mint a férfiaké ($Z=3,649$; $p<0,001$).

Végül rákérdeztünk arra, hogy hányszor próbált meg fogyókúrázni a személy az elmúlt 12 hónapban. E kérdésre csaknem valamennyi résztvevő (98,5%) válaszolt. A válaszadók 54%-a egyszer sem fogyókúrázott az adatgyűjtést megelőző év során. 36%-uk 1-2 alkalommal kísérelt meg fogyókúrázni, 9%-uk pedig 3-8 alkalommal. Ennél gyakoribb (10-20 diétázásról) csak kevesebb, mint 1% számolt be. A nők szignifikánsan több, az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban véghezvitt fogyókúrázás próbálkozásáról számolnak be, mint a férfiak ($Z=5,882$; $p<0,001$).

Önjellemzős egészségi állapot

A válaszadók túlnyomó többsége pozitívan ítéli meg az egészségi állapotát, 76 %-uk szerint az egészségi állapotuk jó, nagyon jó, vagy kitűnő. Tűrhetőnek 22% véli az egészségi állapotát, és csak 2,5% gondolja kifejezetten rossznak (1. táblázat). Nemi különbség nem mutatkozott az egészségi állapot önmegítélése tekintetében ($\chi^2_{(4)}=2,189$; $p=0,701$).

1. táblázat: Az önjellemzős egészségi állapot alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	kitűnő	nagyon jó	jó	tűrhető	rossz
Férfi	2,9	17,1	54,7	21,6	3,7
Nő	3,0	17,2	56,0	22,0	1,8
Teljes minta	2,9	17,2	55,5	21,9	2,5

Egészségmagatartás

Dohányzás

A válaszadók közel kétharmada jelenleg nem dohányzik és korábban sem dohányzott. 15%-uk leszokott a dohányzásról. 13%-uk rendszeresen, 12%-uk pedig alkalmanként dohányzónak vallja magát (2. táblázat). A nemek között különbség mutatkozik, amely szerint a nők tendenciaszinten kisebb gyakorisággal dohányoznak, mint a férfiak ($\chi^2_{(3)}=6,344$; $p=0,096$).

2. táblázat: A dohányzás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	nem és korábban sem	leszokott	alkalmanként	rendszeresen
Férfi	56,0	17,3	10,7	16,0
Nő	62,6	13,4	12,9	11,1
Teljes minta	60,2	14,8	12,1	12,9

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás tekintetében a válaszadók mérsékelt fogyasztásról tesznek tanúbizonyságot. A résztvevők 4,3%-a rendszeresen, 84,4%-a alkalmanként fogyaszt alkoholt. 11,3%-uk teljes absztinenciáról számol be (3. táblázat). E tekintetben szignifikáns nemi különbség adódott a mintában: a férfiak nagyobb arányban fogyasztanak rendszeresen alkoholt, mint a nők ($\chi^2_{(2)}=32,975$; $p<0,001$).

3. táblázat: Az alkoholfogyasztás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	egyáltalán nem fogyaszt alkoholt	alkalmanként	rendszeresen
Férfi	7,3	82,9	9,8
Nő	13,5	85,3	1,1
Teljes minta	11,3	84,4	4,3

A nemi különbség az elmúlt heti alkoholfogyasztás tekintetében is megmutatkozott. Míg a férfiak 34%-a számolt be arról, hogy legalább egy napon ivott meg egymás után több mint 5 alkoholtartalmú italt, addig a nők körében ez az arány csak 12% volt ($\chi^2_{(4)}=55,537$; $p<0,001$).

Testedzés

A rendszeres testgyakorlás folytatásának felmérése oly módon történt, hogy definiáltuk a rendszeres testedzés fogalmát, majd rákérdeztünk arra, hogy végez-e a személy rendszeres testedzést eme definíció értelmében.¹ A válaszlehetőségek a következők voltak: (1) igen, több mint 6 hónapja; (2) igen, kevesebb mint 6 hónapja; (3) nem, de tervezem az elkövetkező 30 napban; (4) nem, de tervezem az elkövetkező 6 hónapban; (5) nem, és nem is tervezem az elkövetkezendő 6 hónapban. E válaszlehetőségek egy az egyben megfeleltethetők a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljében (Prochaska és DiClemente, 1982) feltüntetett szakaszoknak, úgymint (5) töprengés előtti fázis; (4) töprengés fázisa; (3) előkészület szakasza; (2) cselekvés szakasza; (1) fenntartás fázisa. Segítségével megbecsülhető a személy testedzésre vonatkozó motivációjának szintje.

A válaszadók 48%-a folytat, 52% nem folytat rendszeres testedzést (4. táblázat). Ez utóbbi csoporton belül azonban a válaszadók tekintélyes aránya tervezi a rendszeres testedzés elkezdését 30 napon belül (22%), vagy 6 hónapon belül (27%). A nemek összehasonlítása azt mutatja, hogy a férfiak tűnnek aktívabbnak a rendszeres testedzés tekintetében ($\chi^2_{(4)}=9,962$; $p=0,041$).

¹ Alkalmazott mérőeszköz: *Exercise: Stages of Change (Short Form)* (Marcus és mtsai., 1992). Definíció: **Rendszeres testedzésnek** minősül bármely előre tervezett fizikai tevékenység (pl. útemes gyaloglás, aerobic, kocogás, úszás, biciklizés, evezés, stb.), amit a testi erőnlét javítása érdekében végzünk. Az ilyen tevékenység ideális esetben heti 3-5-szöri alkalommal ismétlődik, egyenként 20-60 perces időtartamban. A testedzés nem csak akkor hatásos, ha fájdalom kíséri, ellenben olyan intenzitású kell legyen, hogy megterhelje a légzést és izzadást idézzen elő.

4. táblázat: A rendszeres testedzés alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	igen, több mint hat hónapja	igen, kevesebb, mint hat hónapja	nem, de tervezi 30 napon belül	nem, de tervezi 6 hónapon belül	nem, és nem is tervezi 6 hónapon belül
Férfi	34,6	14,2	19,2	27,5	4,6
Nő	26,8	20,2	24,2	26,1	2,6
Teljes minta	29,6	18,0	22,4	26,6	3,3

Súlycsoportonkénti bontásban (5. táblázat) megmutatkozik a tápláltsági állapot összefüggése a rendszeres testedzés alakulásával ($\chi^2_{(8)}=26,078$; $p=0,001$). A normális testsúlyúak dominálnak az egészségmagatartás eme aspektusa tekintetében, azonban biztató, hogy a túlsúlyos válaszadók körében is igen magasnak, sőt, a normális súlyúakéhoz hasonlóan tűnik a rendszeres testedzés folytatásának aránya (54,5% vs. 49,6%). Ugyancsak bizakodásra ad okot, hogy noha az elhízottak kétharmada nem folytat rendszeres testedzést, 28%-uk fontolgatja annak megkezdését 30 napon belül (előkészület fázisa), 36 %-uk pedig 6 hónapon belül tervezi elkezdni a rendszeres testedzés folytatását (töprengés fázisa).

5. táblázat: A rendszeres testedzés alakulása a mintában súlycsoportonkénti bontásban (%-os gyakoriságok)

	igen, több mint hat hónapja	igen, kevesebb, mint hat hónapja	nem, de tervezi 30 napon belül	nem, de tervezi 6 hónapon belül	nem, és nem is tervezi 6 hónapon belül
Normál súlyú	35,2	19,3	18,9	23,7	3,0
Túlsúlyos	33,1	16,5	22,9	23,7	3,8
Elhízott	15,1	18,2	27,7	35,8	3,1

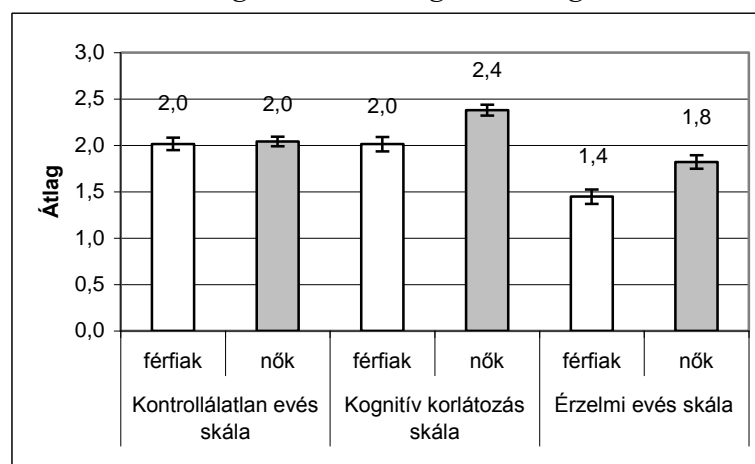
Táplálkozási magatartás

A táplálkozási magatartás felmérése a *21 tételes Háromfaktoros Táplálkozási Kérdőívvel* (HRQL GROUP, 2002; Czeglédi, 2008) történt, amely az alábbi három skálából áll. (1) A *Kontrollálatlan evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy elveszti-e a kontrollt az evése fölött, amikor éhes, vagy amikor külső ingereknek van kitéve. (2) A *Kognitív korlátozás skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy korlátozza-e a táplálékbevitelét annak érdekében, hogy befolyásolja a testsúlyát vagy az alakját. Ez a skála nem merev, önsanyargató diétát, hanem a tudatos táplálkozást (pl. a hizláló ételek fogyasztásának vagy tartalékolásának elkerülése; az egyszerre elfogyasztott ételmennyiség

adagjának csökkentése) méri, amely adaptív táplálkozási magatartásnak tekinthető, mert elősegíti a súlygyarapodás elkerülését a minket körülvevő, ún. toxikus környezetben. Végül (3) az *Érzelmi evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy túleszik-e negatív kedélyállapot esetében, pl. amikor magányosnak, kedvetlennek érzi magát, vagy szorong.

Vizsgált mintánkban a két nem között nem találtunk eltérést a kontrollálatlan evés tekintetében ($t_{(652)}=0,617$; $p=0,537$). A nők azonban mind a kognitív korlátozás skálán ($t_{(637)}=7,366$; $p<0,001$), mind pedig az érzelmi evés skálán ($Z=6,477$; $p<0,001$) szignifikánsan magasabb átlagot értek el, mint a férfiak, ami arra utal, hogy a nők a férfiaknál jobban törekednek a táplálékbevitelük tudatos korlátozására, ugyanakkor a férfiaknál hajlamosabbak arra, hogy érzelmi distressz esetében érzelemszabályozás céljából egyenek (1. ábra). Az előbbi az életmód-változtatást elősegítő adaptív, az utóbbi viszont az életmód-változtatást hátráltató, maladaptív táplálkozási mintázatnak értelmezhető.

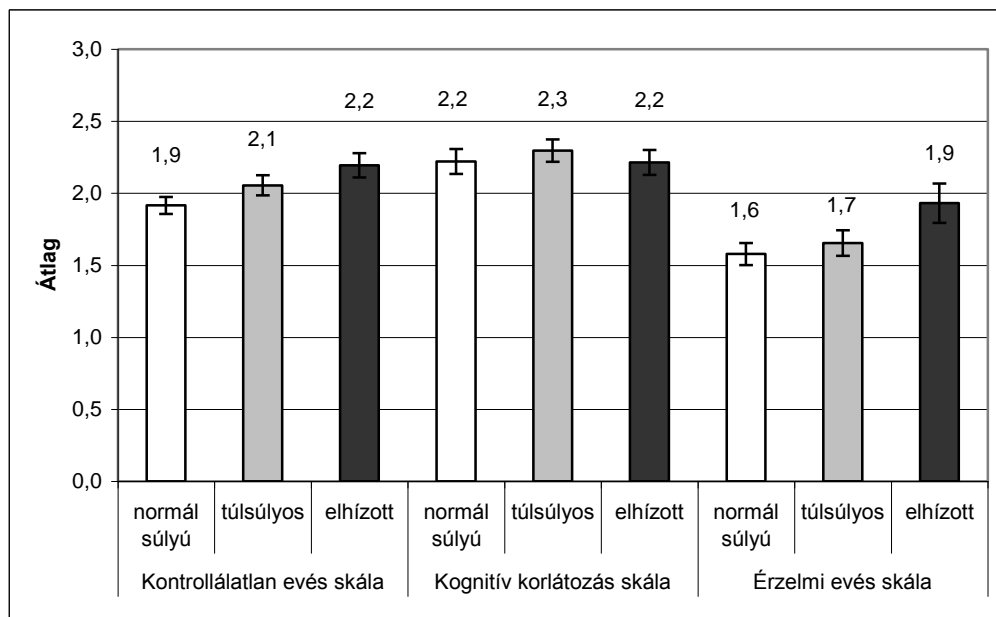
1. ábra: A két nem összehasonlítása az egyes táplálkozási magatartások mentén (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



A tápláltsági állapot és a táplálkozási viselkedés kapcsolatát parciális korrelációs elemzéssel teszteltük, amely során kontrolláltuk a nem és az életkor potenciális zavaró hatását. Eredményeink szerint a táplálékbevitel tudatos kontrollálására, korlátozására irányuló törekvés nem mutat lineáris kapcsolatot a testtömeg-indexszel ($r=0,035$; $p=0,384$). Ez öröndetes eredmény, ami arra utal, hogy a Közösen-könnyebben életmódváltoztató programra jelentkező, súlyfelesleggel bíró személyek a normál súlyúakéhoz hasonló mértékű törekvéssel, szándékkal bírnak a táplálékbevitelük ellenőrzése és korlátozása tekintetében. A maladaptív táplálkozási magatartások azonban szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatnak a tápláltsági állapot alakulásával. A BMI és a kontrollálatlan evés közötti kapcsolat

($r=0,257$; $p<0,001$) arra utal, hogy azok a válaszadók, akik hajlamosak az evés feletti kontroll elvesztésére, nagyobb testtömeg-indexszel bírnak. A BMI érzelmi evéssel mutatott mérsékelt erősségű ($r=0,309$; $p<0,001$) kapcsolata azt jelzi, hogy az evés érzelemszabályozási stratégiaként történő alkalmazása a testtömeg-index növekedésével jár együtt, azaz a súlyfelesleg megjelenésére veszélyeztetheti a személyt. A táplálkozási magatartások egyes súlycsoportokban való alakulását a 2. ábrán szemléltetjük.

2. ábra: A három súlycsoport összehasonlítása az egyes táplálkozási magatartások mentén (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



A vizsgálat során felmértük a válaszadók bulimiára való hajlamát is. Az eredmények szerint egyetlen résztvevő sem haladja meg az Evészavar Kérdőív Bulimia skálájának (Túry és mtsai., 1997) kritikus pontértékét, azaz a válaszadók egyike sem lépi át a kóros ponthatárt, amely indokolná a Bulimia Nervosa feltételezését. Nem bukkantunk továbbá nemi különbségre a bulimiás tendencia tekintetében ($Z=0,306$; $p=0,760$). A bulimiára való hajlam azonban gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat a testtömeg-indexszel ($r_s=0,257$; $p<0,001$), továbbá mérsékelt erősségű, pozitív irányú kapcsolatot mutat a kontrollálatlan evéssel ($r_s=0,486$; $p<0,001$) és az emocionális evéssel ($r_s=0,496$; $p<0,001$), azt sugallva, hogy e maladaptív táplálkozási mintázatok súlygyarapodással járhatnak együtt.

A táplálkozási magatartás és az ételpreferenciák kapcsolatának vizsgálata

A táplálkozási magatartás egyes aspektusai és az egyes étel- illetve italtípusokkal kapcsolatos preferenciára vonatkozó kapcsolatokat Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel vizsgáltuk meg, amely a várakozásunkkal ellentétben nem hozott markáns eredményeket (6. táblázat).

Azon feltételezésünk, miszerint a táplálékbevitel kognitív korlátozására irányuló hajlam a magas energiatartalmú ételek és italok fogyasztási gyakoriságának csökkenésével jár együtt, számos étel kapcsán alátámasztást nyert. A táplálékbevitelük szándékosan kontrollálására törekvők ugyanis az eredmények szerint kevésbé gyakran fogyasztanak pékárukat- péksüteményeket; édességeket és nassolnivalókat; valamint állati zsirokat és vaját. Ezzel párhuzamosan kevésbé gyakori náluk a szénsavas üdítőitalok, valamint az alkoholtartalmú italok fogyasztása is. Ugyanakkor a táplálékbevitel kognitív korlátozása kapcsolatot mutat a gyümölcsök és a zöldségfélék gyakoribb fogyasztásával. Kiemelendő azonban, hogy a kapott összefüggések erőssége igen szerény: a legmagasabb korrelációs együttható értéke sem haladja meg a $|0,24|$ -t

Az a feltételezésünk, miszerint a kontrollálatlan evés és az evés érzelemszabályozásra történő alkalmazása a magas energiatartalmú ételek és italok nagyobb mértékű fogyasztásával jár együtt, csak néhány étel- és italtípus esetében nyert alátámasztást, és ez esetben is csak kifejezetten gyenge kapcsolatok mutatkoztak. Az eredmények szerint mind a kontrollálatlan evés, mind pedig az érzelmi evés az édességek és nassolnivalók gyakoribb fogyasztásával jár együtt. A kontrollálatlan evés negatív irányú kapcsolatot mutat a gyümölcsök és zöldségek fogyasztásával. Az érzelmi evés az édességek mellett csak a húskészítmények és az alkohol fogyasztás gyakoriságával mutat szignifikáns kapcsolatot (az előbbi pozitív, az utóbbi pedig – a várakozással ellentétben negatív – irányú, azonban mindkettő elhanyagolható erősségű).

*6. táblázat: A táplálkozási magatartások és az étel-ital preferencia közötti összefüggések (Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)*

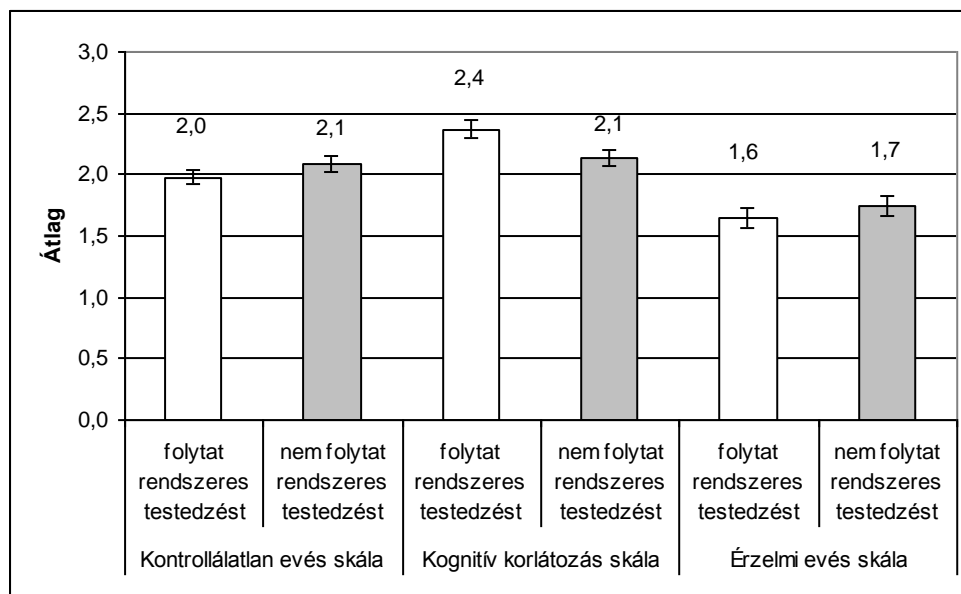
Étel- és italtípusok	Kontrollálatlan evés	Kognitív korlátozás	Érzelmi evés
Tejtermék	-0,05	0,08*	0,02
Pékáruk, péksütemények	0,03	-0,19***	0,05
Édességek, nassolnivalók	0,19***	-0,21***	0,21***
Húsok, húskészítmények	0,15***	-0,15***	0,09*
Állati eredetű zsirok, vaj	0,09*	-0,24***	-0,03
Növényi olajok, margarin	-0,05	-0,04	0,02
Gyümölcsök (friss, mirelit, befőtt, aszalt)	-0,08*	0,24***	-0,03
Zöldségfélék (friss, mirelit, konzerv, főtt, párolt)	-0,17***	0,24***	-0,02
Kóla, szénsavas üdítőitalok	0,18***	-0,23***	0,04
Víz, ásványvíz, gyógytea	-0,10*	0,17***	0,02
Rostos gyümölcslevek	-0,01	-0,00	-0,05
Alkoholtartalmú italok (sör, bor, tömény)	0,02	-0,16***	-0,11**

Eredményeink azt sugallják, hogy a maladaptív táplálkozási szokások (kontrollálatlan evés és emocionális evés) nem járnak együtt kifejezetten egészségtelen táplálékpreferenciával, azaz e tekintetben nincs szükség jelentős intervencióra. Arra is rámutatnak azonban, hogy a táplálkozás önszabályozására irányuló törekvések nem mutatnak szoros kapcsolatot az egészséges ételek-italok fogyasztási gyakoriságának növekedésével és a hizlaló ételek-italok fogyasztási gyakoriságának csökkenésével, ami arra utal, hogy az egészséges, sikeres, hosszú távú testsúlyszabályozást elősegítendő érdemes lenne táplálkozási edukációban részesíteni a program résztvevőit.

A táplálkozási magatartás és a fizikai aktivitás összefüggése

Megvizsgáltuk, hogy a táplálkozási magatartás alakulása kapcsolatot mutat-e az egészségmagatartás egy másik aspektusával, nevezetesen a fizikai aktivitással (rendszeres testedzéssel). Az eredményeink szerint a rendszeres testedzést folytatók szignifikánsan jobban törekednek a táplálékbevitelük tudatos korlátozására ($t_{(625)}=4,540$; $p<0,001$), szignifikánsan kevésbé jellemző rájuk az evés feletti kontroll elvesztése ($t_{(637)}=2,668$; $p=0,008$), és tendenciaszinten kevésbé hajlamosak az emocionális evésre ($t_{(640)}=1,704$; $p=0,089$), a rendszeres fizikai aktivitást nem folytatókhoz képest (3. ábra). A kapott összefüggésekben minden bizonnyal szerepet játszik a személyek tápláltsági állapota.

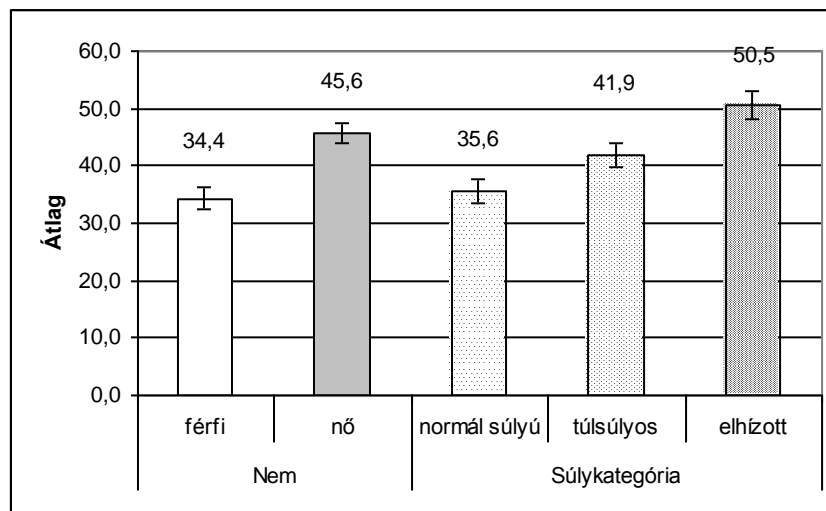
3. ábra: A táplálkozási magatartás mintázata súlycsoportonkénti bontásban (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



A testkép alakulása

A testkép felmérése a Testforma Kérdőív (Dowson és Henderson, 2001) segítségével történt, amely a testtel kapcsolatos elégedetlenséget, aggodalmaskodást, szégyenérzetet méri. A várakozásainknak megfelelően a nők szignifikánsan elégedetlenebbek a testképükkel, mint a férfiak ($t_{(628)}=8,174$; $p<0,001$), és a testképpel való elégedetlenség mértéke kapcsolatot mutat a súlyfelesleg mértékének növekedésével ($F_{(2)}=39,252$; $p<0,001$; 4. ábra).

4. ábra: A testképpel való elégedetlenség alakulása nemi és súlycsoportonkénti bontásban (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



A testképpel való elégedetlenség a nem, az életkor és a testtömeg-index kontrollja mellett gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat a táplálékbevitel tudatos kontrollálására irányuló törekvésekkel ($r=0,262$; $p<0,001$), amely alátámasztja azon feltételezést, miszerint a testtel való elégedetlenség motiváló erőként szolgálhat a testsúly csökkentését célzó viselkedések folytatására.

Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása

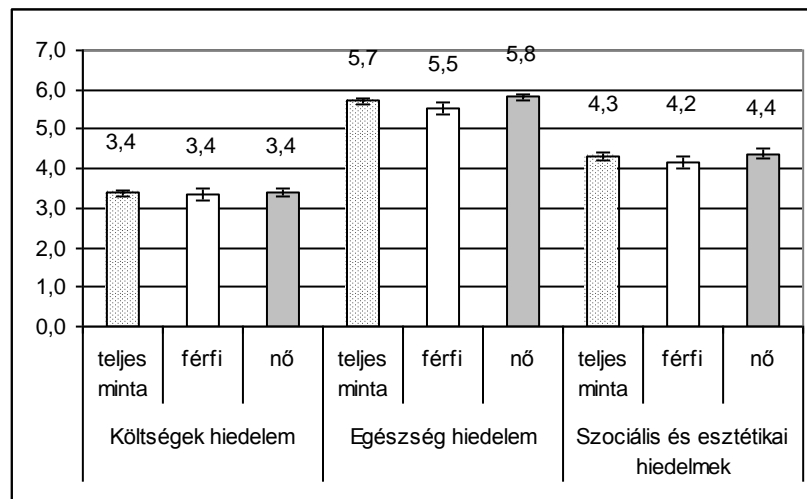
A vizsgálat során felmértük az elhízással kapcsolatos hiedelmeket is. A teoretikus modellek, mint pl. az *Egészséggel kapcsolatos hiedelmek modell* és a *Tervezett cselekvés elmélete* azt sugallják, hogy az egyén sokkal inkább hajlamos elköteleződni egy adott viselkedés iránt, ha úgy hiszi, hogy az sok előnnyel és kevés költséggel jár. Például az emberek sokkal inkább hajlamosak kontrollálni a testsúlyukat, és elkerülni az elhízást, ha úgy hiszik, hogy ez számos előnnyel jár, és ezzel párhuzamosan úgy vélik, hogy az elhízáshoz számos negatív következmény társul. Akkor is sokkal inkább kontrollálják a testsúlyukat, ha abban hisznek,

hogy kevés költséggel jár az elhízás elkerülése, és kevés az elhízás előnyös oldala. Az előnyökkel és költségekkel kapcsolatos hiedelmek nem csupán a viselkedés fontos, közvetlen meghatározói, hanem viszonylag könnyen módosíthatóak az egészségnevelés és egészségfejlesztés révén. Elméleti kutatások és az egészségnevelési kampányok is kimutatták, hogy az előnyökkel és költségekkel kapcsolatos hiedelmek hasznos építőelemül szolgálnak a dohányzási szokások bejósolására és megváltoztatására egyaránt (Swift és mtsai., 2007).

Kérdőíves kutatásunkban az Elhízással kapcsolatos hiedelmek skálát (Swift és mtsai., 2007) alkalmaztuk, amely az elhízás társas és esztétikai, valamint egészségi konzekvenciáival kapcsolatos hiedelmeket (pl. „az elhízott emberekkel jobban bánnának, ha lefognának”; „egy elhízott egyénnek több orvosi ellátásra van szüksége”), továbbá a súlykontrollálás vélt költségeit (pl. „az ideális testsúly fenntartása unalmas” vagy „az ideális testsúly megtartása sok erőfeszítéssel jár”) méri fel.

A két nem összehasonlítása e hiedelmek mentén azt az eredményt hozta, hogy a nők szignifikánsan jobban egyetértenek az elhízás kedvezőtlen társas ill. esztétikai következményeivel ($t_{(649)}=2,027$; $p=0,043$), és egészségi konzekvenciáival ($Z=2,880$; $p=0,004$). Ugyanakkor az ideális testsúly fenntartásának költségei tekintetében nem találtunk szignifikáns nemi különbséget ($t_{(646)}=0,541$; $p=0,588$). Az átlagokat az 5. ábrán szemléltetjük.

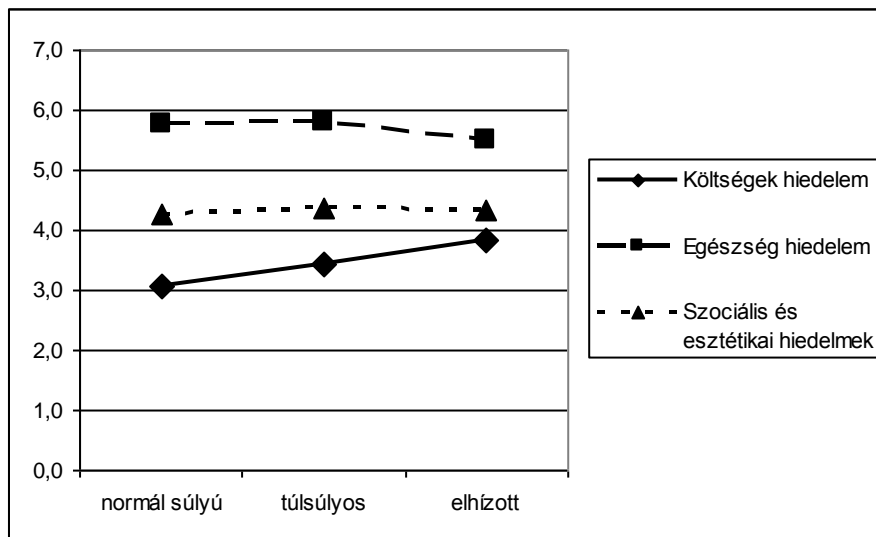
5. ábra: Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



Az 5. ábra jól illusztrálja azt is, hogy a válaszadók elsősorban az elhízás kedvezőtlen egészségi következményeivel értenek egyet, ezt követi a súlyfelesleg kedvezőtlen társas és esztétikai következményeivel való egyetértés. Az ideális testsúly fenntartására irányuló törekvés költségeivel értenek egyet a legkevésbé. Mindez bizakodásra ad okot az életmód-változtatás sikeres végrehajtását illetően.

Az elhízással kapcsolatos hiedelmeket súlycsoportonkénti bontásban vizsgálva azt találtuk, hogy az elhízás társas-esztétikai következményeivel kapcsolatos hiedelmek alakulása nem függ össze a válaszadók tápláltsági állapotával ($F_{(2)}=0,390$, $p=0,677$). Azonban az egészséggel kapcsolatos kedvezőtlen következményekkel az elhízottak kevésbé értnek egyet, mint a normál súlyú, illetve túlsúlyos személyek (Kruskal-Wallis $\chi^2_{(2)}=7,519$; $p=0,023$). Ez azért meglepő eredmény, mert jól ismert, hogy a súlyfelesleg számos egészségügyi szövődménnyel kapcsolódik össze, számos krónikus betegség rizikófaktora (pl. Pi-Sunyer, 1993). Eredményünk talán az elhízás következtében potenciálisan megjelenő betegségektől való félelemből, szorongásból fakadó hártást tükrözik. A súlyfelesleg veszélyeinek lebecsülése, esetleges bagatellizálása azonban semmi jót nem jelent az életmód-változtatás véghezvitelére nézve. Azt találtuk továbbá az ideális testsúly fenntartásának költségeivel kapcsolatos hiedelmek a súlyfelesleg mértékével együtt fokozódnak ($F_{(2)}=23,876$, $p<0,001$). Azaz minél elhízottabb a válaszadó, annál inkább úgy érzi, hogy az ideális testsúly fenntartására irányuló törekvés megterhelő (unalmas, drága, sok erőfeszítéssel és lemondással járó) dolog. Mindez arra utal, hogy a súlyfelesleggel bírók költségesnek ítélik a testsúly önszabályozását, ami ugyancsak gátolhatja a tartós életmód-változtatáshoz való elköteleződést. Az elhízással kapcsolatos hiedelmek súlycsoportonkénti alakulását a 6. ábrán szemléltetjük.

6. ábra: Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása súlycsoportok szerinti bontásban



Hivatkozások

- Czeplédi E. (2008):** *A Háromfaktoros Táplálkozási Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21) hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok.* Előadás a II. Magyar Evészavar Kongresszuson. Budapest, 2008. szeptember 19. *Psychiatria Hungarica*, 23, S10.
- Dowson, J., Henderson, L. (2001):** The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263-271.
- HRQL Group (2002):** *Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21 items.* Manuscript. Göteborg University on-Campus Company, Göteborg, Sweden.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., Rossi, J. S. (1992):** Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60-66.
- Pi-Sunyer, F. X. (1993):** Medical Hazards of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 119, 655-660.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982):** Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Swift, J. A., Glazebrook, C., Novak, N., Anness, A. (2007):** Beliefs regarding the consequences of obesity and ideal weight: An instrument development study. *Patient Education and Counseling*, 68, 200-207.
- Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M., László Zs. (1997):** Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336-342.
- WHO (World Health Organization) (1998):** *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity.* Geneva: WHO.

Csizmadia Péter elérhetősége:

e-mail: csizmadia.peter@oeffi.antsz.hu

telefon: 06205983274